

purement symptomatique. Le temps n'est pas venu encore pour la chirurgie de tenter avec quelques chances de succès l'extirpation des lésions de cet ordre. Elle n'y serait guère encouragée du reste par l'importance physiologique de l'organe et la nature de ses connexités anatomiques. »

Mirallié estime aussi que le traitement du cancer primitif du pancréas est purement symptomatique. Il ajoute que Fles et lui-même ont obtenu une amélioration en alimentant leurs malades avec des pancréas de porc.

Cependant il existe déjà quelques cas d'intervention pour tumeurs malignes et bénignes du pancréas, et comme les observations sont encore peu nombreuses, comme le diagnostic exact de la nature du néoplasme ne peut pas être toujours fait et que les indications de l'acte opératoire sont à peu près les mêmes dans tous les cas, nous ferons, dans un chapitre général, l'étude du traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas. Bien entendu nous tâcherons de faire ressortir les particularités inhérentes à chaque variété de tumeurs.

Le traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas se divise en : 1° *Traitement radical; extirpation*; 2° *Traitement symptomatique; opérations palliatives*.

1° TRAITEMENT RADICAL. — EXTIRPATION DES TUMEURS SOLIDES DU PANCRÉAS. — Trendelenburg, au dire de Körte (1), aurait le premier, en 1882, enlevé une tumeur solide de la queue du pancréas; c'était un sarcome. Ruggi extirpa un adéno-sarcome de la queue en 1889; son observation est publiée en 1890. Cette même année paraît le cas de Briggs, ablation d'un sarcome de la queue accompagné d'hydatides. En 1892, Routier énuclée une tumeur ganglionnaire maligne siégeant sur la queue du pancréas et s'y étant creusé une loge, et le Professeur Terrier enlève une tumeur épithéliomateuse kystique de la tête.

Malthe, en 1894, extirpe un carcinome giganto-cellulaire de la queue. Cette même année Krönlein enlève un angio-sarcome et Biondi un adénome de la tête; l'observation de Krönlein est publiée en 1895 et celle de Biondi en 1896.

Enfin, en 1896, Sandler extirpe un lymphome tuberculeux de la tête du pancréas.

En résumé, j'ai pu réunir 9 cas d'extirpation de tumeurs solides du pancréas. Sur ces 9 cas, 5 siégeaient au niveau de la queue et 4 sur la tête. La nature des tumeurs peut être établie de la façon suivante : sarcome, 1 cas; sarcome et hydatides, 1 cas; adéno-sarcome, 1 cas; angio-sarcome, 1 cas; lympho-sarcome, 1 cas; adénome, 1 cas; lymphome tuberculeux, 1 cas; tumeur épithéliomateuse kystique, 1 cas; carcinome giganto-cellulaire, 1 cas.

Les différentes variétés de sarcomes siégeaient toutes au niveau

(1) KÖRTE, *Deutsche Chirurgie*, février 1898, Stuttgart (déjà cité).

de la queue, sauf dans un cas (Krönlein). Les cas de lymphome tuberculeux et d'adénome occupaient la tête. Des deux cas de cancer, l'un siégeait au niveau de la tête et l'autre au niveau de la queue.

Les résultats de ces opérations ont été les suivants : sur 9 interventions il y a eu 6 guérisons et 3 morts. Il va sans dire qu'il s'agit ici de guérisons opératoires, car si nous exceptons les malades de Biondi et de Sandler, les autres sont restés exposés à la récurrence, comme dans tous les cas de tumeurs malignes. Parmi les 6 cas de guérison, 4 se rapportent à des tumeurs de la queue et 2 à des tumeurs de la tête. Les 3 cas de morts comprennent 2 tumeurs de la tête et

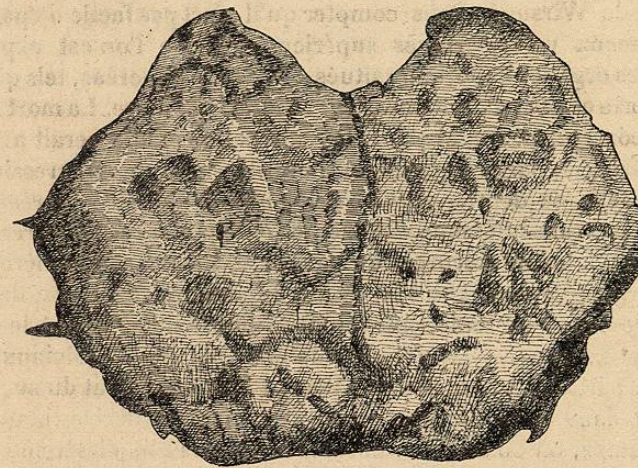


Fig. 9. — Adénome de la tête du pancréas extirpé avec succès par Biondi (de Cagliari).

1 de la queue. La mort est survenue au bout de deux jours par anurie (Routier); sept heures après l'opération par shock (Terrier); sept jours après par gangrène du côlon (Krönlein).

Il est à remarquer que, parmi les deux observations de cancer proprement dit, il y a eu une guérison et une mort; dans ce dernier cas la lésion siégeait au niveau de la tête.

Enfin, si nous considérons les résultats des interventions pour tumeurs bénignes et malignes nous trouvons : tumeurs bénignes, 2 cas avec 2 guérisons; tumeurs malignes, 7 cas avec 4 guérisons et 3 morts.

Il résulte de cet exposé : 1° que l'extirpation des tumeurs solides bénignes du pancréas a donné 0 p. 100 de mortalité; or, les 2 cas opérés et suivis de guérison se rapportent à des tumeurs siégeant au niveau de la tête; 2° que l'opération est bien plus grave lorsque le néoplasme occupe la susdite tête. Cette dernière conclusion était facile à prévoir : en effet, par sa situation et sa mobilité, la partie

gauche ou queue du pancréas est une partie relativement facile à extirper. Les vaisseaux spléniques peuvent même être sacrifiés sans porter absolument dommage à la rate. (Körte.) La partie droite, au contraire, la tête du pancréas, est d'un accès difficile ; en outre ses rapports avec de gros troncs vasculaires et avec la terminaison des canaux pancréatique et cholédoque rendent périlleuse la simple extirpation d'une tumeur avec conservation partielle du tissu pancréatique. Ces dangers, cela va sans dire, sont en rapport avec le nombre et l'étendue des adhérences.

Quant à l'extirpation totale de la tête et de tout l'organe, elle exige la section de l'artère pancréatico-duodénale, du canal cholédoque et du canal de Wirsung. Sans compter qu'il n'est pas facile d'épargner les vaisseaux mésentériques supérieurs et que l'on est exposé à blesser des organes importants situés derrière le pancréas, tels que les veines porte et cave, l'aorte, la mésentérique inférieure. La mort serait donc la conséquence fatale de cette extirpation et elle serait amenée par hémorragie, par gangrène de l'intestin, par la suppression de l'arrivée dans ce dernier viscère de la bile et du suc pancréatique.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici les expériences assez récentes de Biondi (1) sur la chirurgie du pancréas. Dans une première série ce chirurgien détruit tantôt la moitié supérieure de la tête de l'organe et le canal de Santorini, tantôt la moitié inférieure et le canal de Wirsung, qu'il sépare du cholédoque. Sur quatre animaux, l'un meurt de péritonite, due probablement à l'épanchement du suc pancréatique dans le ventre ; sur les trois autres, sacrifiés au bout d'un certain temps, on constate l'existence d'un tissu de cicatrice englobant la partie extirpée de la tête, le duodénum et le cholédoque, qui était perméable.

Dans une deuxième série d'expériences, Biondi sépare la tête du pancréas du duodénum, isole le canal de Wirsung et le fixe dans un tunnel creusé obliquement dans la paroi du duodénum : deux chiens ainsi traités meurent de péritonite et de gangrène intestinale.

Sur quatre autres, il suture directement le tissu pancréatique sectionné à une fente duodénale, en ayant soin de ne pas prendre le canal de Wirsung dans la suture ; les quatre animaux succombent.

Le chirurgien de Cagliari a étudié ensuite l'action du suc pancréatique sur le péritoine ; d'après ses expériences, il n'y a de guérison que si la sécrétion pancréatique peut sortir au dehors à travers une fistule de la paroi abdominale, si l'on fixe le pédicule en dehors du ventre.

Enfin, vient la question de l'extirpation totale de la tête. Si Martinotti, sur trois expériences, a eu deux succès, par contre Senn a vu mourir les six animaux opérés par lui (trois chiens et trois chats)

(1) BIONDI, loco citato.

et Mugnai a eu aussi cinq insuccès sur cinq expériences. Les essais de Biondi n'ont pas été plus heureux : des cinq animaux sur lesquels il a expérimenté, deux n'ont pas tardé à mourir ; les trois autres ont survécu dix, vingt et vingt-trois jours seulement.

Les extirpations expérimentales de la queue, de la moitié et même des deux tiers du pancréas ont toujours été couronnées de succès entre les mains de Biondi, Minkowski, Mering, Senn, etc.

De ses expériences, Biondi tire les conclusions suivantes :

1° On peut opérer sur la tête du pancréas, à la condition de ménager l'un des deux conduits excréteurs ;

2° Les petites plaies du cholédoque peuvent guérir sans intercepter la lumière du canal ;

3° Après l'extirpation totale de la tête du pancréas il n'est pas possible de rétablir l'écoulement du suc pancréatique dans l'intestin et les chiens meurent par abolition de la fonction de la glande ;

4° Le suc pancréatique versé dans le péritoine peut être indirectement cause de péritonite ; d'où la nécessité de bien suturer toute plaie du pancréas ou de faire le traitement extrapéritonéal de la portion lésée ;

5° Si l'extirpation totale du pancréas n'amène pas la mort par infection, par lésion des plexus nerveux, par gangrène de l'intestin, elle la détermine par la suppression complète de la fonction.

En résumé, il serait téméraire, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions définitives au sujet de l'extirpation des tumeurs solides du pancréas. Ce que l'on peut dire d'ores et déjà, c'est que des traumatismes chirurgicaux graves de cette glande peuvent avoir une terminaison heureuse, que l'on peut réséquer sans inconvénients la queue et une partie du corps, que l'on peut même pratiquer l'extirpation totale de certaines tumeurs siégeant au niveau de la tête. Mais, dans ces cas, la tumeur devra être limitée, car on ne peut songer, pour le moment, au succès de l'extirpation totale de la tête du pancréas. Malheureusement, les tumeurs solides et en particulier le cancer, siègent de préférence au niveau de cette partie de la glande ; aussi, faudra-t-il, par une connaissance très approfondie des phénomènes cliniques, arriver à opérer de bonne heure. A cette condition l'on pourra quelquefois tenter la cure radicale des néoplasmes du pancréas.

*Manuel opératoire de l'extirpation des tumeurs solides du pancréas.* — L'incision de choix, celle à laquelle ont eu recours tous les chirurgiens, sauf Ruggi, est représentée par une ligne allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic ; c'est en somme la laparotomie médiane sus-ombilicale. Si l'on est obligé de se donner plus de jour, on ajoute à l'incision médiane un débridement latéral.

Ruggi suivit la voie extrapéritonéale ; sa malade étant couchée sur le côté droit, il pratiqua dans le flanc gauche une incision un peu

oblique en bas et en avant, de la ligne axillaire postérieure à la ligne parasternale, au-dessous des fausses côtes.

Le ventre ouvert, le chirurgien traverse le grand épiploon, le mésocôlon transverse, écarte l'estomac en haut, le côlon transverse en bas et arrive ainsi à bien mettre en évidence le néoplasme.

Sendler attaqua la tumeur à travers le petit épiploon; mais il fait remarquer que cette voie n'est pas la meilleure et qu'il se décida à la suivre parce que l'estomac était rétracté et que le néoplasme se présentait facilement au-dessus de la petite courbure.

Quoi qu'il en soit, la tumeur est bien mise à nu; il s'agit de la libérer de ses adhérences avec les organes voisins et de la pédiculiser. C'est ici que commencent les difficultés. Si la tumeur siège sur la queue du pancréas, sa libération et sa pédiculisation seront relativement faciles et peu dangereuses, car cette portion de la glande n'affecte pas des rapports avec des organes importants et jouit d'une certaine mobilité qui permet même de faire une opération extrapéritonéale. Nous savons, en outre, que la queue et une partie du corps du pancréas peuvent être extirpés, de sorte que l'organe lui-même peut contribuer à former un pédicule naturel.

Les manœuvres deviennent autrement délicates lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la tête. Il faut, dans ces cas, chercher à détacher le néoplasme avec les plus grandes précautions, en s'efforçant de ne pas dépasser la ligne médiane du pancréas pour ménager le canal de Wirsung. S'il est nécessaire de réséquer une portion de la glande, on n'oubliera pas la présence, en arrière de celle-ci, de la veine porte, de la veine cave inférieure, de l'aorte, du tronc cœliaque, des plexus nerveux, des vaisseaux mésentériques supérieurs. On devra se rappeler aussi la situation de la pancréatico-duodénale, de la gastro-épiploïque droite et des vaisseaux spléniques.

La question de l'hémostase offre ici un intérêt capital. L'application d'un lien constricteur avant la section du pédicule, présente des inconvénients; mieux vaudrait placer des pinces au fur et à mesure.

Enfin, les ligatures vasculaires faites, on suturera le pédicule et il sera prudent, dans certains cas, de le fixer au dehors.

2° TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES TUMEURS SOLIDES DU PANCRÉAS. — OPÉRATIONS PALLIATIVES. — L'extirpation des tumeurs solides du pancréas étant souvent entourée de graves difficultés et de grands dangers, étant quelquefois même impraticable, on a songé à attaquer d'une façon indirecte les troubles fonctionnels que provoquent ces tumeurs. Or, ces troubles sont de deux ordres: 1° l'*obstruction intestinale* (1) due à la compression du duodénum ou à l'envahisse-

(1) Le duodénum peut aussi être comprimé par un hématome du pancréas, par une pancréatite aiguë ou un abcès parapancréatique, par une pancréatite chronique, par un kyste du pancréas et par cette malformation spéciale désignée sous le nom de pancréas annulaire.

ment de ses parois par un néoplasme; 2° la *rétenion biliaire par obstruction du cholédoque*.

Je dirai ensuite quelques mots du traitement chirurgical palliatif de l'obstruction du canal pancréatique.

1° *Obstruction duodénale. — Gastro-entérostomie.* — Les résultats actuels de la gastro-entérostomie appliquée aux affections stomacales et le perfectionnement de la technique opératoire autorisent à proposer cette opération palliative dans les cas d'obstruction duodénale par tumeur du pancréas, mais il est bien entendu que cette intervention ne sera réellement utile que si elle est pratiquée de bonne heure.

Nimier et Körte citent le cas de Stansfield relatif à un malade qui, trente-trois jours après la gastro-entérostomie, avait gagné deux livres et qui se trouva très bien pendant deux mois. Puis, il éprouva de nouveau des douleurs, s'affaiblit et mourut quatre mois après l'opération. A l'autopsie, on trouva une oblitération de la bouche gastro-intestinale. Il y a lieu de supposer que la survie aurait été plus longue si la communication avait persisté.

2° *Rétenion biliaire par obstruction du cholédoque. — Cholécystostomie et cholédochoestomie. — Cholécystentérostomie et cholédochoentérostomie.* — On pourrait quelquefois agir sur le cholédoque en pratiquant une cholédochoestomie ou une cholédochoentérostomie. Exemple: un malade de Chantemesse qui, avec un cancer du pancréas oblitérant le cholédoque et le canal de Wirsung, présentait une vésicule atrophiée renfermant des calculs, un canal cystique oblitéré par un calcul volumineux, mais des voies biliaires intra- et extrahépatiques dilatées à l'extrême.

Je ne m'occuperai ici que des opérations pratiquées sur la vésicule. Il est établi, et c'est là un point important, que dans les cas de compression du cholédoque par cancer du pancréas, l'ectasie de la vésicule est la règle.

Que l'on se borne à faire une cholécystostomie ou que l'on se décide à aboucher la vésicule dans l'intestin, il est indispensable de s'assurer de la libre communication de cette vésicule avec le reste des conduits biliaires. Il faudra donc explorer les canaux cystique et hépatique et extirper, broyer ou chasser par pression digitale le ou les calculs qui pourraient en obstruer le calibre. En effet, si la bile n'arrive pas dans la vésicule, toute intervention ayant pour but d'en dévier le cours au dehors ou dans l'intestin, deviendrait inutile.

Les résultats de l'intervention sur la vésicule sont bien différents suivant qu'on s'adresse à la cholécystostomie ou à la cholécystentérostomie. Nimier a nettement établi en quelques lignes la valeur comparative de ces deux opérations. Tandis, dit-il, que l'établissement d'une bouche biliaire sur la vésicule est suivie dans 8 cas sur 17 de mort rapide en quelques jours, cette fâcheuse terminaison est relevée

deux fois seulement sur dix après anastomose cystico-intestinale. En outre, la durée de la survie est loin d'être la même dans les deux cas : l'opéré qui a survécu à la cholécystostomie succombe au bout de quelques semaines ; après la cholécystentérostomie, au contraire, la survie se chiffre par mois : le malade de Kappeler a travaillé pendant dix mois après son opération et a eu une survie de quatorze mois et demi. D'autres malades ont eu une survie de : un an, Körte ; dix mois, Reclus ; neuf mois, Socin ; huit mois, Terrier ; cinq mois, Reynier.

D'après Biondi, la moyenne de la survie serait de six à huit mois.

Enfin, l'état général des malades peu ou pas modifié par l'établissement d'une fistule biliaire externe, s'améliore notablement lorsque la bile passe directement de la vésicule dans l'intestin.

Il est aisé de conclure après tout cela que la cholécystentérostomie est supérieure à la cholécystostomie lorsqu'on se propose de combattre les phénomènes de rétention biliaire due à la compression du cholédoque par un néoplasme de la tête du pancréas. Est-ce à dire qu'il faille préconiser et imposer la cholécystentérostomie ? Tel n'est pas l'avis de tous les chirurgiens, et Nimier fait remarquer, avec juste raison, que c'est affaire de tempérament de la part du malade aussi bien que de l'opérateur.

3° *Obstruction du canal pancréatique.* — *Fistule pancréatico-intestinale* (1). — Il résulte de la lecture de certaines observations de cancer de la tête du pancréas, que le canal de Wirsung comprimé à son extrémité duodénale, peut acquérir des dimensions considérables, une dilatation « prodigieuse » (2). On peut donc, dans ces cas, établir une bouche pancréatico-intestinale pour amener le suc pancréatique dans l'intestin, comme on a établi une communication cystico-duodénale dans le but de rétablir le cours de la bile. Weir (3) a tenté cet abouchement pancréatico-intestinal ; mais il n'a pas réussi, s'étant placé dans des conditions défectueuses, qu'il serait trop long de rappeler ici.

(1) Je tiens à rappeler, à propos des fistules pancréatico-intestinales, que l'obstruction du canal de Wirsung peut être amenée aussi par une pancréatite chronique, par une cicatrice duodénale ou par un calcul du cholédoque arrêté au niveau de l'ampoule de Vater, ou bien encore par un calcul pancréatique. Dans ces derniers cas, l'intervention serait radicale. Mais, nous ne connaissons pas encore d'une manière précise les troubles résultant de la simple suppression du suc pancréatique ; de sorte que le diagnostic de l'obstruction du canal de Wirsung, par cicatrice ou par calculs, n'est guère possible. Si, au cours d'une laparotomie exploratrice commandée par certains désordres attribuables à une lésion du pancréas, on tombait sur une dilatation du canal pancréatique due aux causes susindiquées, le chirurgien pourrait établir une communication entre le conduit dilaté et le jéjunum près de son origine. On pourrait peut-être aussi établir directement une fistule pancréatico-duodénale en allant du duodénum vers le canal dilaté ou inversement.

Encore une fois, la clinique ne permet pas de prévoir l'existence d'une dilatation cicatricielle ou calculeuse du canal excréteur du pancréas.

(2) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1856, t. III, p. 366.

(3) WEIR, *Med. Record*, 23 décembre 1893.

Quoi qu'il en soit, l'intervention n'aurait d'autre but que de prolonger la résistance du malade en favorisant le travail normal de la digestion.

### III

## RATE

La chirurgie de la rate, mieux connue que celle du pancréas, a été étudiée d'une façon encore plus complète dans ces dernières années, je pourrais dire dans ces derniers temps. Les points les plus saillants dans l'histoire des affections chirurgicales de la rate sont, à l'heure actuelle : 1° le *perfectionnement* de la *technique opératoire* et les *résultats heureux* de la *splénectomie* pratiquée d'après les règles nouvelles ; 2° l'étude de la *splénopexie* ; 3° celle de la *tuberculose primitive* de la rate faite de toutes pièces par MM. Quénu et Baudet ; 4° celle des *kystes séreux* et *séro-sanguins* que mon élève M. Poterel-Maisonneuve a bien voulu traiter dans sa récente thèse inaugurale.

Ainsi que je l'ai fait pour le pancréas, je rappellerai tout d'abord la topographie de la rate et j'indiquerai comment on doit pratiquer l'exploration de cet organe.

#### I. — TOPOGRAPHIE DE LA RATE.

Si la rate est habituellement unique chez l'homme, il n'est cependant pas très rare de trouver dans son voisinage des petites masses de tissu splénique possédant un pédicule vasculaire propre, qui constituent ce qu'on appelle les rates multiples, les rates accessoires ou surnuméraires. On a pu rencontrer 3, 4, 7, et même 23 rates accessoires chez le même sujet. Ces organes siègent soit dans l'épiploon gastro-splénique, soit dans l'épiploon pancréato-splénique ; on en a découvert même dans l'épaisseur de la couche graisseuse périrénale et dans le grand épiploon. Cette question des rates surnuméraires peut intéresser le chirurgien au point de vue des suites de la splénectomie.

Occupant comme le pancréas l'abdomen supérieur, la rate est profondément située dans l'hypocondre gauche où elle affecte des rapports avec des organes importants.

Sa face externe, convexe et lisse, répond au diaphragme, par l'intermédiaire duquel elle se met en rapport avec le poumon gauche et la face interne des côtes inférieures.

Sa face interne, où siège le hile de l'organe, répond à la grosse tubérosité de l'estomac, à la partie terminale de l'arrière-cavité des