

QUATRIÈME PARTIE
SÉMIOLOGIE DU PANCRÉAS

CHAPITRE I

SYNDROME DE L'INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE

Le pancréas peut être troublé dans ses deux principales fonctions physiologiques : *fonction digestive, fonction glycémique.*

I. *Troubles digestifs.* — Corrigés par le rôle de l'estomac et de la bile, les troubles digestifs restent légers.

La *digestion insuffisante des albuminoïdes* peut se traduire par la présence, dans les selles, de fibres musculaires non digérées (rare).

La *digestion imparfaite des graisses*, quelquefois appréciable, malgré la suppléance de la bile, se révèle par des *selles graisseuses*, contenant de petites boulettes blanchâtres, onctueuses, solubles dans l'éther, ou des taches d'huile à leur surface, quand elles sont liquides. Dans les cas douteux, on dissout les graisses dans l'éther, qui rend alors transparent le papier qu'on y trempe. Les corps gras ingérés sont la principale source de graisse; mais la désassimilation ou la stéatose de la muqueuse intestinale en seraient une autre source possible. Les *vomissements graisseux*, quoique dénués de valeur spécifique en pareil cas, sont également assez communs. Les selles graisseuses sont encore plus typiques, quand il y a arrêt simultané des sécrétions biliaire et pancréatique.

Le dégoût des graisses est la règle dans les affections pancréatiques qui, en outre, se traduisent d'habitude par des douleurs abdominales, des coliques, du ptyalisme et de la diarrhée dite pancréatique.

La *douleur*, continue et paroxystique, exagérée par la pression, est surtout épigastrique et irradie parfois vers les hypocondres, les membres inférieurs ou la 1^{re} vertèbre lombaire (point douloureux dorsal); elle oblige le malade, couché ou debout, à se tenir plié en deux.

II. *Glycémie.* — En ce qui concerne la fonction glycémique du pancréas, les faits et la théorie sont en désaccord. Dans tous les cas cliniques de diabète pancréatique, la portion intacte de la glande était théoriquement suffisante pour éviter la glycosurie. Par contre, la glycosurie peut faire défaut dans des cas de transformation hémorragique, purulente ou gangreneuse presque

totale de la glande. La glycosurie, quand on la constate, offre donc une haute valeur. Rare dans les pancréatites aiguës, elle est plus commune dans les scléroses d'origines diverses (infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques).

L'épreuve du salol (V. Nencki-Sahli), quoique très discutée, fournirait cependant des données précieuses. La suppression fonctionnelle du pancréas entraînerait celle du dédoublement normal du salol, dans le duodénum, en acides phénique et salicylique; en ce cas, l'acide salicylique n'est plus décelable dans l'urine (par le perchlorure de fer), après administration de 1 gramme de salol. Toutefois, cette épreuve comporte de nombreuses causes d'erreur (discordance entre l'arrivée du salol dans l'intestin et l'écoulement du suc pancréatique; imperméabilité rénale, etc.).

La situation profonde du pancréas derrière le côlon, l'estomac et les anses intestinales en rend l'exploration directe difficile, impossible même, s'il est normal. On le perçoit vaguement, à la pression, s'il est induré et hypertrophié; mais il ne devient réellement explorable qu'en cas de tumeur ou de kyste. La percussion détermine alors quelquefois une zone mate que voile souvent l'intestin interposé et qu'une zone sonore sépare de la matité hépatique.

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DU PANCRÉAS

I. — PANCRÉATITES AIGUËS

L'histoire des pancréatites est plus anatomique que clinique; on les distingue en *hémorragiques*, *non hémorragiques*, et *suppurées*.

I. Pancréatite hémorragique. — Elle reconnaît des causes *mécaniques*: traumatisme de l'abdomen, hypertension veineuse (affections du cœur, du poumon ou du foie); *toxiques*: intoxications par le mercure, la morphine, etc.; ou *infectieuses*, ces dernières difficiles à démontrer.

On distingue diverses formes cliniques:

La *forme suraiguë*, habituellement méconnue, se traduirait par des douleurs épigastriques et dorsales avec hypothermie et facies grippé, rapidement suivies de mort subite.

La *forme à rechutes* comporte des crises répétées de violentes coliques épigastriques avec palpitations, pouls petit et tendance syncopale, d'une durée de plusieurs heures à plusieurs jours. D'abord sourde et intermittente, la *douleur*, à début épigastrique et accompagnée de régurgitations claires et brûlantes, devient plus tard sous-ombilicale, plus fixe, et sujette à des paroxysmes. Une crise peut entraîner la mort qui, d'autres fois, succède à une péritonite ou à la pyohémie. On observe également le passage à l'état chronique.

La *forme chronique* implique l'enkystement du sang dans l'arrière-cavité des épiploons; elle se traduit, pendant des mois, par des douleurs sourdes sujettes à exacerbation, et par des troubles de compression gastrique et intestinale. La palpation constate un empatement diffus assez volumineux. Le diagnostic, souvent douteux, n'est précisé que par la laparotomie exploratrice. A défaut d'intervention, l'épanchement s'organise ou, plus souvent, s'infecte et entraîne la mort.

II. Pancréatites aiguës non hémorragiques. — Les causes en sont analogues à celles des pancréatites hémorragiques.

La pancréatite est tantôt *spontanée*, due à une infection ascendante d'origine intestinale (entérite, dysenterie, choléra, fièvre typhoïde) favorisée par la stase biliaire; tantôt *secondaire* à une infection ou à une intoxication générale (typhus, fièvre jaune, rougeole, pyohémie, fièvre typhoïde, pneumonie, oreillons).

Très vagues, les *symptômes* consistent en gastralgie exaspérée par la pression et en signes d'insuffisance pancréatique (stéarrhée, glycosurie rare). Le diagnostic n'est presque jamais posé pendant la vie.

III. Pancréatite suppurée. — La suppuration est un des aboutissants des pancréatites. Rarement elle reconnaît une *origine générale* (pyohémie, variole, septicémie puerpérale, pyléphlébite consécutive à une appendicite); bien plus souvent, une *origine locale*, par propagation (ulcère de l'estomac ou du duodénum) ou infection ascendante de source duodénale, favorisée par la stase biliaire ou une lésion préexistante du pancréas: kyste, cancer, lithiase, sclérose ou infection chronique.

Malgré l'obscurité des signes, le diagnostic a été quelquefois posé. On note les *troubles généraux* propres à toute suppuration abdominale: frissons, fièvre, langue saburrale, facies grippé. Sourde et continue, ou violente et paroxystique, la *douleur* est tantôt généralisée à tout l'abdomen, tantôt limitée à l'épigastre, et irradiée vers l'hypocondre et la région interscapulaire. La *digestion* est peu troublée (stéarrhée dans un cas). Souvent les malades subissent un amaigrissement rapide et extrême. La glycosurie manque presque toujours. L'ictère, le hoquet, les vomissements, dépendent de complications surajoutées (complications hépatiques, péritonite). La suppuration, épilogue fréquent d'affections lentes du pancréas (4, 5, 10, 11 mois), évolue elle-même en quelques heures (56) ou quelques jours (5, 8, 12) vers la mort (par péritonite, pyohémie ou ouverture soit dans l'estomac, soit dans le duodénum).

II. — PANCRÉATITES CHRONIQUES

Les scléroses (syphilis, tuberculose), la stéatose, la lithiase du pancréas n'ont généralement pas d'expression clinique, ou leurs signes se réduisent à ceux de l'insuffisance pancréatique (stéarrhée, amaigrissement, glycémie,