

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,

diabète), dont le syndrome est plus ou moins net. La lithiase pancréatique se traduit, en outre, quelquefois par des crises particulières de coliques épigastriques et par la présence de calculs dans les selles.

### III. — CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS

**Signes étiologiques.** — Observé entre 30 et 50 ans, chez l'homme plus souvent que chez la femme, le cancer du pancréas répond à des causes encore obscures; on a incriminé l'alcoolisme et la mauvaise alimentation.

**Signes cliniques.** — La plupart des signes, liés au siège de la tumeur, sont indirects. Les premiers consistent tantôt en crises de douleurs lombaires, tantôt en ictère. La maladie déclarée se révèle par un ensemble assez caractéristique dont les éléments méritent une étude détaillée.

L'ictère débute brusquement, avec des douleurs rappelant la colique hépatique, ou plus souvent, insidieusement, sans douleur; progressif et continu, il est d'abord jaune clair, puis olivâtre, puis brun, plus marqué sur la face que sur le corps, sujet à pâlir à la phase ultime, par *acholie*. On constate habituellement la décoloration des selles, le prurit et le souffle cardiaque de la jaunisse. Il arrive pourtant que celle-ci soit légère ou tardive, ou même fasse défaut (en cas de situation anormale du cholédoque).

Le foie, qui d'abord peut être un peu gros, est ordinairement réduit, ou se rétracte à un moment donné.

La tumeur est presque toujours située de façon à provoquer, par compression, la dilatation de la vésicule biliaire qui forme, sous le bord inférieur du foie, une tuméfaction tendue, lisse et rénitente. On ne rencontre ce signe, dans la lithiase, que si le calcul est arrêté au-dessous de la réunion des canaux hépatique et cystique.

La tumeur pancréatique n'est que très rarement accessible au palper, sous forme d'une masse horizontale, allongée, dure et peu mobile. Souvent précoce, la douleur, profonde, térébrante, occupe tout l'épigastre, ayant pour foyer maximum la dernière vertèbre dorsale et les premières lombaires; procédant d'abord par crises passagères, elle finit par être continue et paroxystique, sujette à irradier vers les hypocondres et les membres inférieurs. L'ingestion des aliments, les mouvements la provoquent et l'exaspèrent; la flexion du corps en avant l'apaise. Les accès peuvent simuler l'angine de poitrine.

En comprimant les organes voisins, la tumeur détermine d'autres signes. Elle est soulevée par les battements de l'aorte abdominale dont la compression se traduit par un souffle. La compression de la veine porte détermine une ascite se reproduisant vite après ponction; celle, plus rare, de la veine cave entraîne de l'œdème des membres inférieurs. Ailleurs, la compression porte sur le pyllore (ectasie gastrique), le duodénum et le colon transverse.

D'autres signes révèlent l'insuffisance pancréatique. Malgré un appétit normal ou exagéré, les graisses, non assimilées, sont reconnaissables dans

les vomissements, dans les selles, où se retrouvent parfois aussi des débris de fibres musculaires striées.

L'amaigrissement rapide et extrême est très significatif.

Quoique fréquente, la glycosurie est inconstante et seulement initiale. Selon Bard et Pic, il y aurait tantôt forte glycosurie et syndrome diabétique, tantôt glycosurie faible et variable liée à la sclérose du pancréas. L'urée est toujours abaissée (6, 4, 2 gr.).

**Évolution.** — Elle est continue et progressive. Dans une première phase se montre un ictère progressif avec foie un peu gros, ectasie de la vésicule, douleurs et parfois glycosurie. Dans une seconde, l'ictère est intense, la vésicule très distendue, le foie rétracté; la glycosurie cesse, la tumeur peut être perceptible, la cachexie est extrême. La durée varie de 6 à 17 et 25 mois. Le marasme, une hématurie, une hémorragie intestinale (par perforation d'un gros vaisseau), la pyéléphlébite, l'occlusion intestinale sont les principales causes de mort.

**Diagnostic.** — Il est souvent difficile. Toute rétention biliaire avec ectasie de la vésicule et cachexie sera toujours suspecte; la glycosurie, la stéarrhée, l'hypo-azoturie, les douleurs épigastriques, une tumeur appréciable, seront de nature à confirmer l'hypothèse. La rétention biliaire peut tenir à un calcul, mais en ce cas, la vésicule est souvent vide, l'ictère variable, coupé de coliques, la cachexie bien moins rapide; certaines rétentions tiennent à un cancer des voies biliaires inférieures, de l'ampoule de Water ou du duodénum (forme péri-ampullaire); le problème est alors difficile, surtout en l'absence d'insuffisance pancréatique vérifiable (glycosurie, épreuve du salol). Isolée de tout autre signe, la tumeur peut appartenir au pyllore. Seule, la glycosurie peut être rattachée à la lithiase ou à la sclérose du pancréas.

Le diagnostic repose surtout sur l'association de l'ictère et de la glycosurie.

### IV. — KYSTES DU PANCRÉAS

D'origine souvent épithéliale, les kystes du pancréas sont alors de véritables cancers à forme kystique.

Le début est marqué par des douleurs abdominales vagues, rarement par des troubles pancréatiques (stéarrhée, glycosurie, diarrhée). Bientôt se montrent des vomissements et de la diarrhée, tandis que la douleur, sourde, profonde, quelquefois aussi vive que la colique hépatique, envahit plus précisément l'épigastre. Après un temps variable, on constate, dans la même région, une tumeur arrondie, lisse, peu mobile, élastique ou nettement fluctuante, dont le volume peut être considérable; la matité n'en est pas franche et est séparée de la matité hépatique par une zone nettement sonore. La tumeur grossit lentement, à moins qu'une hémorragie intra-kystique ne la distende brusquement. Le kyste peut suppurer, comprimer l'intestin (occlusion), le cholédoque (ictère), s'ouvrir dans l'intestin ou le péritoine.

Le *diagnostic* est fort difficile. On conclut à un kyste, mais on le localise dans le mésentère, le péritoine (péritonite tuberculeuse), l'ovaire, le foie (kyste hydatique), le rein. La marche de la tumeur, le toucher vaginal permettent quelquefois de lui refuser une origine génitale. Une zone sonore séparant le foie de la tumeur permet aussi de la situer dans le pancréas, mais ce signe n'exclut pas l'ectasie vésiculaire ou un kyste du bord antérieur du foie. La distension des organes (estomac ou côlon), par un mélange gazogène, pourra aider à localiser la tumeur.

## CINQUIÈME PARTIE

### SÉMIOLOGIE DU FOIE

#### CHAPITRE I

#### SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

##### I. — SÉMIOLOGIE PHYSIQUE

**Examen du foie normal.** — A l'inspection, le foie normal ne fait aucune saillie chez l'adulte, mais forme assez souvent, au-dessous d'un an, une voussure appréciable; après six ans, il ne dépasse plus le rebord costal droit.

La *percussion* permet de tracer sur la paroi la projection de l'organe. En haut, la matité hépatique, grâce à la languette pulmonaire interposée, se transforme en submatité dont une percussion forte permet d'apprécier la limite supérieure. A gauche, les matités hépatique et cardiaque se confondent.

La limite inférieure de la matité hépatique suit, d'arrière en avant : sur les lignes scapulaire et axillaire, la 11<sup>e</sup> côte; sur la ligne mammaire, le bord inférieur des fausses côtes qu'elle dépasse ensuite de façon à couper la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de la base de l'appendice xiphoïde. A gauche, cette limite va se perdre dans la matité cardiaque à l'union des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> cartilages costaux gauches.

**Examen du foie pathologique.** — Les divers états pathologiques modifient la situation, le volume et les rapports du foie. Tout en restant normal, celui-ci peut être soit déplacé, soit abaissé en masse, par relâchement de ses moyens de fixité (*hépatoptose*) ou sous l'influence des affections pleuro-pulmonaires droites.

Ces diverses conditions rendent le foie plus ou moins accessible à l'inspection et au palper. La *vue* constate souvent, en avant et à droite de l'abdomen, une *voussure* plus ou moins marquée qui suit les mouvements respiratoires, refoulant les côtes en haut et en dehors. Quand l'abaissement du foie est lié à un épanchement pleural, les espaces intercostaux sont distendus et