

l'intestin en ses deux éléments, par le suc pancréatique<sup>1</sup> ; si donc on donne deux grammes de salol à un malade qui n'a pas de lésions du pancréas, l'acide salicylique et l'acide phénique résultant de la décomposition du salol vont apparaître dans l'urine ; si on ne les y retrouve pas, c'est que le salol n'a pas été décomposé parce qu'il n'y a pas de sucre pancréatique dans l'intestin. Ce procédé, à supposer qu'il soit exact, serait insuffisant dans le cas actuel pour permettre d'affirmer le diagnostic, puisque le canal de Wirsung est parfois oblitéré en même temps que le canal cholédoque, au cas d'ictère catarrhal. La marche seule de la maladie lèvera donc les doutes et permettra d'affirmer l'existence de l'ictère catarrhal prolongé.

Le diagnostic entre l'ictère catarrhal prolongé et le *cancer de l'ampoule de Vater* présente pendant plusieurs semaines les plus grandes difficultés.

Le *pronostic* de l'ictère catarrhal est généralement bénin ; toutefois, en présence d'un ictère, même le plus simple, il faut toujours faire des réserves, car l'*ictère grave* peut, lui aussi, débiter avec les apparences d'un ictère infectieux bénin. Ainsi, on voit, dans une même épidémie, des cas très bénins d'ictère catarrhal, des cas terribles d'ictère grave et des cas mixtes qui leur servent d'intermédiaire.

**Traitement.** — Quand l'angiocholite est liée à un état catarrhal gastro-intestinal, on commence par prescrire un purgatif salin ; on met le malade à la diète, on lui donne des amers, de la macération de quinquina édulcorée avec du sirop d'écorces d'oranges (Jaccoud), des boissons alcalines, l'eau de Vichy.

Il y a quelques années, Krüll a mis en usage une nouvelle méthode de traitement de l'ictère catarrhal. Il fait prendre tous les jours un lavement froid de un à deux litres d'eau à la température de 15 à 18 degrés centigrades. Habituellement, après quelques lavements, la bile reparait dans l'intestin, le canal cholédoque redevient perméable et la gué-

1. Salli. *Semaine médicale*, 1886, p. 153.

risson s'effectue en quelques jours. Je n'ai pas obtenu d'aussi beaux résultats. On a également préconisé l'ingestion d'huile à haute dose, mais peu de malades consentent à se soumettre à ce moyen dont les résultats sont, du reste, discutables.

## CHAPITRE VIII

### MALADIES DU PANCRÉAS

#### § 1. GÉNÉRALITÉS SUR LES MALADIES DU PANCRÉAS

Le pancréas peut être le siège d'altérations irritatives, destructives ou néoplasiques qui entravent le fonctionnement normal de la glande. Les symptômes qui en résultent permettent dans quelques cas de faire le diagnostic de la lésion pancréatique.

Les signes physiques ont ici peu d'importance ; le pancréas est trop profondément caché pour que la palpation soit possible ; seules, les grosses tumeurs d'origine pancréatique peuvent être perçues. Néanmoins, dans certaines affections du pancréas, l'épigastre est très sensible à la pression, on constate parfois des douleurs aiguës à forme névralgique. Mirallié, qui a bien étudié ces douleurs, les attribue à des névralgies du plexus cœliaque, qui est en contact direct avec le bord supérieur du pancréas.

Les physiologistes ayant démontré l'importance de la sécrétion pancréatique dans la digestion intestinale, on pourrait croire logiquement que les altérations du pancréas entraînent des troubles digestifs caractéristiques. Il n'en est rien ; le dégoût pour les substances grasses et albuminoïdes, la difficulté à digérer les graisses, le météorisme intestinal sont autant de symptômes d'ordre banal.

Les vomissements pancréatiques auraient pour caractères de survenir plusieurs heures après le repas, et de contenir un liquide visqueux et filant. La diarrhée pancréatique serait caractérisée par la présence de graisse non émulsionnée; gouttelettes huileuses et petites boulettes onctueuses, blanchâtres, solubles dans l'éther (*stéarrhée*).

Le diabète est un symptôme important des altérations étendues du pancréas. L'ablation ou la destruction expérimentale totale du pancréas entraîne une glycosurie intense (Mering et Minkowski<sup>1</sup>). Le pancréas déverse en effet dans le sang une sécrétion interne, diastase spéciale, qui empêche la glycémie (ferment glycolytique, Lépine<sup>2</sup>). La conservation d'un petit fragment du pancréas suffit à empêcher la glycosurie. Le diabète pancréatique (Lancereaux<sup>3</sup>) a quelques caractères spéciaux : début brusque, marche aiguë, amaigrissement et cachexie rapide. A l'intensité près, symptômes et complications sont ceux du diabète ordinaire; je les décrirai quand je m'occuperai du diabète en général. La terminaison par phthisie galopante est fréquente dans le diabète pancréatique; même en l'absence de cette complication, la durée de la maladie est courte; en 5, 6 mois le malade meurt par cachexie ou par coma diabétique.

#### § 2. CANCER DU PANCRÉAS

Le pancréas peut être envahi secondairement par le cancer d'un organe voisin. Plus souvent, il s'agit d'un cancer primitif, de la tête, du corps ou de la queue du pancréas. Le cancer de la tête du pancréas est de beaucoup le plus fréquent; c'est aussi celui dont le diagnostic est le plus facile.

Les rapports du canal cholédoque avec la tête du pancréas expliquent l'oblitération de ce canal par le cancer pancréatique; c'est une question que j'ai traitée longue-

1. Mering et Minkowski. *Société de médecine de Strasbourg*, 1889.

2. Lépine. *Académie des sciences*, 1891.

3. Lancereaux. *Le diabète maigre et le pancréas*. Paris, 1879.

ment au chapitre consacré à l'oblitération permanente du cholédoque, je n'y reviens pas ici. Je me contente de consacrer quelques lignes au cancer du pancréas qui ne s'accompagne pas d'ictère, ce qui s'explique quand le néoplasme siège sur le corps ou sur la queue de l'organe.

En pareil cas, la symptomatologie est des plus obscures : amaigrissement rapide, inappétence, dégoût pour les matières grasses, troubles dyspeptiques. L'obstruction ou l'infection ascendante des canaux excréteurs du pancréas peut entraîner la sclérose et consécutivement le diabète<sup>1</sup>. Quand le cancer englobe le plexus solaire, il détermine la coloration bronzée de la peau.

Le cancer du pancréas peut envahir secondairement les ganglions prévertébraux, englober la veine cave, la veine porte, l'artère mésentérique supérieure. En obstruant la veine cave, il cause l'œdème cyanotique de la moitié sous-diaphragmatique du corps; en comprimant la veine porte, il fait apparaître l'ascite et la circulation collatérale. La thrombose de l'artère mésentérique supérieure entraîne l'infarctus intestinal, suivi de diarrhée sanglante et de péritonite mortelle.

La propagation au foie est la règle. Les nodules cancéreux hépatiques sont multiples, lenticulaires, transparents, semblables à des taches de bougie. Parfois ce sont de gros noyaux blancs, ramollis au centre, que Gilbert nomme cancer en noix de coco.

La durée du cancer du pancréas est courte, la mort survient généralement en 5 à 6 mois; j'ai cependant observé un malade chez lequel l'affection a duré 21 mois<sup>2</sup>.

#### § 3. KYSTES DU PANCRÉAS

Je n'ai pas en vue ici la dilatation des canalicules pancréatiques qu'on rencontre dans les pancréatites chro-

1. Lancereaux. *Maladies du foie et du pancréas*. Paris, 1899, p. 848.

2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1897-1898, p. 212.

niques et dans la lithiase du pancréas; non plus que les kystes consécutifs à l'enkystement d'une hémorrhagie intra-glandulaire; je ne m'occupe que des grands kystes du pancréas, ceux qui peuvent se révéler cliniquement. Tantôt ces kystes sont multiples, il s'agit d'une véritable maladie kystique du pancréas<sup>1</sup>; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il se développe un seul gros kyste uniloculaire pouvant dépasser le volume d'une tête d'adulte<sup>2</sup>. Il est formé d'une paroi fibreuse, lisse extérieurement, irrégulière et anfractueuse à sa surface interne, avec liquide limpide et incolore.

Parti de la région pancréatique, en arrière de l'estomac, le kyste ne peut évoluer qu'en insinuant entre les organes situés en avant de lui. Parfois, il se développe entre l'estomac et le foie, refoule l'estomac en bas, et vient au contact de la paroi abdominale antérieure en se coiffant de l'épiploon gastro-hépatique distendu (type interhépatogastrique). Plus ordinairement, il repousse en haut l'estomac, en bas le côlon transverse et se loge dans le grand épiploon qu'il dédouble à mesure qu'il progresse (type intergastrocolique). Dans quelques cas rares, des adhérences du grand épiploon empêchent son dédoublement et le kyste ne peut progresser qu'en s'insinuant sous le côlon (type sous-colique).

Le kyste du pancréas, à cause de sa situation, produit de bonne heure des troubles de compression : vomissements incoercibles, douleurs épigastriques vives et paroxystiques, obstruction intestinale intermittente; ces troubles n'ont rien de caractéristique et c'est seulement à la période de tumeur qu'on peut arriver au diagnostic. Quand le kyste se développe vers le bas (type sous-colique), il est difficile de ne pas le confondre avec un kyste du mésentère ou de l'ovaire. Mais dans les types à progression supérieure, la saillie spéciale formée par le kyste au-dessus

1. Lancereaux. *Maladies du foie et du pancréas*, p. 858.

2. Berard. *Presse médicale*, 1900, n° 57.

de l'ombilic permet parfois le diagnostic; cette saillie est pulsatile par propagation des battements aortiques, mais elle n'est pas expansive. Elle est ordinairement séparée du foie par une zone de sonorité.

Le seul traitement est le traitement chirurgical. La ponction du kyste donne des résultats déplorables. La laparotomie permet au contraire de guérir le malade dans la très grande majorité des cas. L'ablation totale du kyste n'est pas toujours possible; dans la plupart des cas, des adhérences obligent à recourir à l'incision et à la marsupialisation<sup>1</sup>.

#### § 4. HÉMORRHAGIES DU PANCRÉAS

La rareté de l'hémorrhagie du pancréas fait qu'on n'y pense pas. Elle présente néanmoins une symptomatologie assez constante. Il s'agit le plus souvent d'un homme adulte, faisant des excès d'alcool, et ayant des stigmates d'intoxication alcoolique. Un jour, sans cause appréciable, il est pris de vives douleurs épigastriques, il frissonne, ses traits expriment l'anxiété; si on l'examine à ce moment, on ne trouve rien pour expliquer cet état, qu'une sensibilité de l'épigastre à la pression profonde. Le lendemain, l'état s'est aggravé, le facies est devenu péritonéal, le pouls est petit et fréquent; le ventre est sensible dans l'étage supérieur; il y a des nausées, parfois des vomissements; les extrémités se refroidissent, la température s'abaisse, la voix s'éteint, le malade meurt dans le collapsus 24 à 48 heures après le début des accidents.

À l'autopsie, on trouve du sang noirâtre dans l'arrière-cavité des épiploons et à la périphérie du pancréas; le pancréas lui-même est transformé, partiellement ou en entier, en une masse noirâtre diffluite, ayant l'aspect d'un caillot

1. *Congrès de Paris*, 1900. Rapports sur « la chirurgie du pancréas » et discussion, MM. Ceccherelli, Robson, Beckel, Michaux et Villar.

sanguin; on a peine à reconnaître les lobules dissociés par le sang. Par places, le sang est brunâtre, comme digéré; cette transformation semble en effet le résultat de l'auto-digestion du pancréas. Cette auto-digestion peut aller assez loin pour que l'organe semble être en fonte gangréneuse. L'auto-digestion a été également constatée quand l'hémorragie est le résultat d'un traumatisme épigastrique; les symptômes sont ceux de l'hémorragie spontanée.

#### § 5. PANCRÉATITES

La plupart des maladies infectieuses et des intoxications sont capables de causer des lésions de pancréatite; la structure acineuse du pancréas est alors détruite, les cellules épithéliales sont bouleversées, désorientées, atteintes de tuméfaction trouble, de nécrose, de dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse; le réticulum interacineux est épaissi, et des bandes de sclérose interlobulaire ou intralobulaire fragmentent le parenchyme<sup>1</sup>. Ces lésions existent dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la dysenterie, la diphthérie<sup>2</sup>, le paludisme<sup>3</sup>, et avec quelques variantes dans les intoxications par le phosphore, le mercure, l'alcool. On peut trouver également des altérations du pancréas dans les maladies des reins<sup>4</sup>, du foie, du cœur, de l'estomac<sup>5</sup>. Les pancréatites infectieuses et toxiques ont pu être reproduites expérimentalement<sup>6</sup>.

Les lésions de pancréatite n'acquièrent un intérêt clinique que lorsqu'elles sont assez aiguës pour aboutir à la suppuration (pancréatite suppurée), ou assez profondes

1. Klippel. *Le pancréas infectieux*.

2. Guillaïn. *Société de Biologie*, 1900.

3. Lancereaux. *Maladies du foie et du pancréas*, p. 826.

4. Lefas. *Le pancréas dans les néphrites. Presse médicale*, 1899, p. 507.

5. Klippel et Lefas. *Maladies du pancréas. Arch. de méd.*, 1899, p. 79.

6. Garnot. *Les pancréatites*. Th. de Paris, 1898.

pour entraîner la dégénérescence totale du pancréas et la sclérose de la glande (pancréatite scléreuse).

*Pancréatite suppurée. Absès du pancréas.* — Les absès du pancréas peuvent être le résultat d'une infection par voie sanguine. Témoin l'observation de Macaigne, où plusieurs absès pancréatiques à pneumocoques se développèrent à la suite d'une bronchopneumonie<sup>1</sup>. Plus souvent, il s'agit d'une affection locale, par infection canaliculaire ascendante d'origine intestinale. Cette infection est favorisée par les lésions des canaux excréteurs du pancréas; aussi la pancréatite suppurée se voit-elle souvent comme complication du néoplasme de la tête du pancréas et de la lithiase pancréatique. La pancréatite est quelquefois cause de phlegmon périnéphrétique.

*Pancréatite scléreuse. Sclérose du pancréas.* — Dans certains cas de diabète pancréatique, on trouve à l'autopsie le pancréas atrophié et induré; l'examen histologique montre que le parenchyme a été étouffé par la prolifération scléreuse.

#### § 6. LITHIASÉ PANCRÉATIQUE

On peut observer dans les canaux excréteurs du pancréas des concrétions de carbonate de chaux, arrondis comme un pois, ou allongées comme un grain de blé. Elles sont souvent multiples. Elles entraînent la dilatation secondaire des canaux pancréatiques, et la formation de petits kystes par rétention. Elles sont une des principales causes de suppuration du pancréas et de sclérose pancréatique. Elles provoquent des crises douloureuses épigastriques (coliques pancréatiques), qu'il est bien difficile de diagnostiquer et de rapporter à leur véritable cause.

1. Macaigne. Absès du pancréas. *Société anatomique*, 1894, p. 566.

BIBLIOTHEQUE  
DE LA FACULTE DE MED. U. ANI.

TABLE DES MATIÈRES  
DU TOME II

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

CHAPITRE I. — Maladies de la bouche . . . . . 1

§ 1. Stomatite érythémateuse . . . . . 1

§ 2. Stomatite mercurielle. . . . . 5

§ 3. Stomatite ulcéro-membraneuse. . . . . 6

§ 4. Le muguet. . . . . 10

§ 5. Les aphthes . . . . . 17

§ 6. Gangrène de la bouche. — Noma. . . . . 20

§ 7. Syphilis des lèvres. . . . . 22

§ 8. Syphilis de la langue. . . . . 25

§ 9. Perforation syphilitique de la voûte palatine . . . . 54

§ 10. Tuberculose de la bouche . . . . . 47

CHAPITRE II. — Maladies de la gorge et du pharynx 51

§ 1. Angine catarrhale aiguë. — Angine érythémateuse  
aiguë . . . . . 51

§ 2. Amygdalite aiguë. — Simple. — Suppurée. — Ul-  
céro-membraneuse. — Infectieuse. — Angine de  
Vincent . . . . . 55

    A. Amygdalite simple aiguë. . . . . 54

    B. Amygdalite suppurée. — Angine phlegmo-  
neuse. . . . . 55

    C. Amygdalites infectieuses. . . . . 57

§ 3. Abscess rétro-pharyngiens. — Phlegmon péri-pharyn-  
gien. . . . . 64