

voquer des selles abondantes, dans lesquelles on retrouve du pus et des fragments de pancréas mortifié. Ces selles sont liquides, quelquefois mélangées de sang et de pus fétides. La guérison dans un cas de Chiari a pu survenir après l'élimination par l'intestin d'un fragment considérable de pancréas.

Le pus des abcès pancréatiques présenterait certaines particularités, d'après Körte (1), qui a trouvé deux fois dans l'arrière-cavité des épiploons un contenu épais, en bouillie, fortement mélangé de grumeaux brunâtres ou grisâtres. Au microscope, on distinguait des cristaux gras, du pigment jaune, peu ou pas de globules blancs.

L'ictère a été souvent rencontré, dans un quart des cas environ; on l'a expliqué par la compression du canal cholédoque, par la tête du pancréas enflammée et tuméfiée.

Dans les urines on a trouvé parfois de l'albumine, de la peptone, assez rarement du sucre.

Dans les cas à évolution lente, l'amaigrissement est considérable, il se produit de l'œdème des membres inférieurs, quelquefois des pétéchies, et la mort survient dans le marasme. Les complications possibles sont du reste très variées.

**Diagnostic.** — Les symptômes de la pancréatite aiguë sont bien faits pour donner le change : douleurs vives au creux épigastrique irradiées dans l'abdomen, nausées, vomissements, constipation, quelquefois avec alternatives de diarrhée, météorisme plus ou moins marqué, fièvre irrégulière, sensibilité, quelquefois tuméfaction à la palpation du creux épigastrique, facies abdominal marqué, grande dépression; tels sont les symptômes communs aux pancréatites aiguës.

Dans la *pancréatite hémorragique* à évolution aiguë, le diagnostic, comme l'apprend la clinique, n'est presque jamais exactement établi. On songe à une colique hépatique ou néphrétique, au début d'une péritonite par perforation, à l'occlusion intestinale, presque jamais à une hémorragie pancréatique. Dans plusieurs cas le diagnostic a été établi après laparotomie.

Dans la *pancréatite suppurée* l'évolution plus lente permet la réflexion, l'existence d'une tuméfaction limitée à la région pancréatique peut amener au diagnostic. Dans quelques cas, on l'a vu, on a pu reconnaître dans des selles purulentes des fragments mortifiés du pancréas. Il faut toutefois avouer que, dans bien des cas, en admettant même qu'on puisse soupçonner l'existence d'une collection purulente dans l'abdomen, l'intervention chirurgicale pourrait seule en affirmer la présence et en faire reconnaître l'origine et le siège exacts.

On supposerait plus volontiers qu'il s'agit d'une lésion suppurée du pancréas s'il existait auparavant une lésion susceptible d'amener secondairement une suppuration du pancréas, par exemple un ulcère ou un cancer du duodénum.

Dans quelques cas exceptionnels, l'origine pancréatique de la suppuration a pu être reconnue parce qu'à son ouverture au dehors a succédé une fistule par laquelle s'écoulait du suc gastrique.

Pour diagnostiquer les lésions du pancréas il faut y penser; malgré cela on restera encore dans l'incertitude dans le plus grand nombre des cas.

(1) Cité par OSER, p. 157.

**Pronostic.** — Toutes les pancréatites aiguës sont d'une grande gravité, celles du moins que nous connaissons; nous ne les connaissons en effet que parce qu'elles amènent à l'autopsie. L'angio-pancréatite catarrhale existe peut-être, mais nous n'en savons rien.

Que la pancréatite aiguë, hémorragique puisse guérir, la chose est rendue probable par ce fait bien constaté de longues rémissions entre la poussée première et la poussée mortelle.

Quant à la pancréatite suppurée, elle peut être, dans son évolution, suraiguë, aiguë, subaiguë ou même chronique. Les formes à évolution lente présentent des chances de guérison. Le pus peut s'évacuer spontanément par le tube digestif, ou être évacué par l'intervention chirurgicale.

**Traitement.** — Que dire d'utile à propos du traitement de la pancréatite aiguë hémorragique? On a bien proposé l'intervention chirurgicale. En admettant que le chirurgien arrête l'hémorragie, guérirait-il la pancréatite? Le malade pourrait-il survivre à sa maladie et à l'opération?

Pour la pancréatite suppurée le traitement chirurgical peut être mis en œuvre dans certains cas.

L'intervention a été théoriquement proposée par Sen, Fitz, Seitz, Nimier, elle a été pratiquée avec succès par Wandersleben, par Körte et par van Thayer.

## II. — PANCRÉATITE CHRONIQUE

La pancréatite chronique peut être *généralisée* ou *localisée*.

La pancréatite localisée peut résulter de la guérison d'une lésion antérieure du pancréas, abcès, foyer hémorragique; elle peut être la conséquence d'une lésion du voisinage : ulcère rond de l'estomac, anévrisme de l'aorte ou du tronc coeliaque, mal de Pott et abcès par congestion, etc. Nous ne nous y arrêtons pas davantage.

La *pancréatite généralisée* aboutit à la destruction de la glande par la sclérose et la dégénérescence graisseuse. C'est la lésion la plus souvent rencontrée dans le diabète maigre.

Or, l'histoire de la pancréatite chronique se trouve intimement liée à celle de la lithiase pancréatique et des kystes du pancréas : sur bien des points, les chapitres attribués à ces diverses lésions sont appelés à se compléter les uns les autres, il ne faut pas l'oublier si l'on veut avoir une idée d'ensemble complète de ces diverses questions.

**Division.** — Il en est du pancréas comme des autres glandes, les causes d'irritation chronique et par conséquent de sclérose interstitielle avec tendance à la disparition de l'élément sécréteur peuvent l'atteindre par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ou par celle des conduits excréteurs. Par les vaisseaux arrivent les agents infectieux venus des profondeurs de l'organisme, les substances toxiques diverses; par les conduits excréteurs peuvent pénétrer les microbes pathogènes de l'intestin, de façon à déterminer, après des poussées subaiguës d'inflammation de la muqueuse de ces conduits, une inflammation chronique, progressive à leur pourtour. On

peut donc distinguer théoriquement deux groupes dans les pancréatites chroniques (1):

Les pancréatites chroniques d'origine vasculaire;

Les pancréatites chroniques d'origine canaliculaire.

Dans le premier groupe se rangent les pancréatites dans lesquelles l'agent irritant toxique ou microbien est venu par la voie sanguine; ce groupe comprend la pancréatite consécutive à l'artériosclérose, la pancréatite alcoolique, la pancréatite chronique syphilitique et, d'après P. Carnot, la pancréatite scléreuse d'origine tuberculeuse. S'il est possible que la pancréatite chronique scléreuse succède à la pancréatite de certaines pyrexies, telles que la rougeole, les oreillons, c'est ici qu'elle doit prendre place.

Dans le second groupe, se rencontrent les pancréatites consécutives à des poussées successives d'angio-pancréatite, à des lésions chroniques de la tête du pancréas ou du duodénum, à l'oblitération ou au rétrécissement du canal de Wirsung, la pancréatite de la lithiase pancréatique.

*Pancréatite chronique scléreuse d'origine vasculaire.* — Dans ce groupe, la lésion primitive serait vasculaire, artérielle ou veineuse et même très probablement lymphatique, d'après Lancereaux (2).

La lésion artérielle ne serait autre que l'endo-périartérite chronique, l'artériosclérose. L'endartérite, la périartérite et la sclérose périartérielle seraient le point de départ et l'axe de formation d'un travail progressif de cirrhose semblable à celle que l'on peut rencontrer dans le foie, les reins, le myocarde.

Oser cite comme exemple caractéristique un fait d'Hoppe-Seyler. Une femme de 57 ans meurt diabétique. A l'autopsie, on trouve le pancréas réduit à l'état d'un moignon graisseux; à l'examen histologique on relève des lésions d'inflammation interstitielle chronique. Les artères cœliaque, gastro-duodénale, et surtout l'artère splénique, dont les rameaux plongeaient dans la masse du pancréas, étaient fortement athéromateuses. Hoppe-Seyler pense que, dans ce cas, la lésion des vaisseaux était le phénomène primitif, que leur rétrécissement avait amené les lésions de dégénérescence du pancréas. Fleiner a rapporté un cas analogue chez un malade également diabétique.

Lépine a été amené par des considérations théoriques à admettre que les lésions du pancréas chez les diabétiques devaient être cherchées au *pourtour des veines*. Il en serait ainsi dans la sclérose périacineuse dont il a été rapporté plusieurs observations. La sclérose périveineuse a été signalée par Lemoine et Lanois (3) dans le pancréas de trois diabétiques. Dans ces conditions, cet organe conserve ses apparences normales et l'examen macroscopique ne ferait nullement soupçonner l'existence de la lésion scléreuse. Cependant l'examen microscopique dévoile une prolifération fibreuse accentuée surtout au pourtour des veines et des lymphatiques. Partie de là, la cirrhose envahit l'organe dans son entier, dissocie les lobes et les lobules, et sépare même les cellules les unes des autres. Dans un cas d'Obici, les lésions étaient identiques à celles qui viennent d'être indiquées. Dans un cas personnel d'Oser, avec des lésions microscopiques analogues, il existait une atrophie évidente du pancréas.

(1) OSER, *loc. cit.*, p. 165.

(2) LANCEREAUX, *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1899.

(3) Arch. de méd. expériment., 1891.

*Pancréatite scléreuse d'origine tuberculeuse.* — Par l'injection soit de cultures de bacilles de Koch, soit de tuberculine, P. Carnot a déterminé la production d'une sclérose généralement très marquée du pancréas. La sclérose du pancréas se rencontrerait du reste fréquemment chez les tuberculeux; tandis que les lésions réellement spécifiques de la tuberculose, le tubercule et la caséification, y sont très rares. La dégénérescence scléreuse représenterait donc la réaction habituelle au bacille de Koch et à ses produits.

*Pancréatite scléreuse chez les alcooliques.* — L'alcool, poison charrié par le sang, produit volontiers, on le sait, des lésions de sclérose périvasculaire; la cirrhose hépatique en est le type. D'après Lancereaux, le pancréas sclérosé d'origine alcoolique est ferme, légèrement tuméfié, de teinte grisâtre ou jaunâtre; sa surface est lisse ou quelquefois parsemée de petites granulations jaunâtres dues à la saillie des lobules. Sous le microscope, on trouve le tissu interstitiel épaissi; les cellules épithéliales des lobules sont surchargées de graisse et tuméfiées. On a trouvé assez souvent l'induration et la sclérose du pancréas chez des sujets qui avaient succombé à la cirrhose du foie, ainsi que Friedreich paraît l'avoir remarqué le premier.

*Pancréatite paludique.* — Lancereaux décrit la pancréatite paludique; la glande est indurée; augmentée de volume, d'une teinte noire ou ocre. A l'examen microscopique, on constate des travées conjonctives formées de tissu jaune plus ou moins développé. Elles siègent sur le trajet de vaisseaux qui *semblent* être des vaisseaux lymphatiques. La pancréatite scléreuse d'origine paludéenne serait le type de la sclérose pancréatique d'origine lymphatique.

*Pancréatite scléreuse syphilitique.* — La pancréatite chronique syphilitique, qui prend tout naturellement place ici, mérite une description particulière. Elle a été fréquemment rencontrée sur des fœtus ou des nouveau-nés tués par la syphilis héréditaire. C'est ainsi que Birch-Hirschfeld sur 124 cas de syphilis congénitale a relevé 27 fois des lésions spécifiques du pancréas. Hecker, de son côté, admet que le pancréas est lésé 22 fois sur 100 dans la syphilis héréditaire. On peut donc concevoir que la syphilis héréditaire et même la syphilis acquise puissent être la cause de lésions chroniques susceptibles à un moment donné d'amener une atrophie scléreuse de la glande et des accidents graves de dyspepsie ou de diabète.

Le pancréas, chez les enfants qui ont succombé à la syphilis héréditaire, peut être augmenté de volume, dur, blanchâtre, résistant à la coupe. La structure glandulaire peut avoir complètement disparu. Au microscope, on trouve le tissu fibreux très développé, très dense, çà et là, des amas de cellules arrondies ou fusiformes. Ce sont les cas extrêmes; dans les cas moins accentués, il y a augmentation et épaississement du tissu conjonctif interlobaire, mais les acinis glandulaires sont encore conservés. L'organe dans son ensemble est augmenté de volume et grisâtre (Birch-Hirschfeld).

Dans d'autres cas, Müller a trouvé des amas embryonnaires disséminés, constituant comme un semis de petites gommées miliaires.

Les lésions du pancréas ne sont naturellement pas les seules lésions spécifiques que l'on rencontre dans la syphilis héréditaire: on peut rencontrer aussi les lésions cutanées, osseuses et viscérales les plus variées.