

Le diabète peut être, en cas de doute, considéré comme un gros argument en faveur de l'origine pancréatique des accidents, mais il faut se défier des coïncidences. Un diabète grave peut n'être pas pancréatique, et coïncider avec des crises douloureuses à maximum du côté gauche d'origine néphrétique ou colique.

En somme, le diagnostic de la lithiase pancréatique est des plus difficiles. Oser ne connaît que 5 cas dans lesquels le diagnostic ait été fait pendant la vie. Dans quelques autres, l'existence d'une lésion destructive du pancréas pouvait bien être soupçonnée en vertu du diabète, mais, dans le plus grand nombre, la lithiase a été une pure trouvaille d'autopsie.

Le pronostic résulte moins de la lithiase pancréatique elle-même que des lésions concomitantes du pancréas. Il peut être fort grave, comme on vient de le voir. Cependant, il semble, d'après les faits connus, que la lésion soit compatible avec une longue survie. La guérison est-elle possible? Rien de précis ne peut être répondu à cette question.

Traitement. — Les indications sont celles de toutes les lésions destructives du pancréas : nous renverrons à ce que nous avons dit à propos de la thérapeutique générale.

Eichhorst a traité avec un succès apparent un cas de lithiase pancréatique probable, sans diabète, par des injections hypodermiques de pilocarpine : un 1/2 à 1 centimètre cube d'une solution à 1 pour 100. La pilocarpine, en effet, d'après les recherches de Dolenski, aurait la propriété d'exciter la sécrétion pancréatique. Il en serait de même des acides et surtout de l'acide chlorhydrique; on pourrait donc y avoir recours dans le même but en cas semblable.

La chirurgie sera-t-elle jamais appelée à intervenir contre la lithiase pancréatique? Cela n'est pas impossible.

VII. — KYSTES DU PANCRÉAS

Les kystes du pancréas présentent un grand intérêt depuis que la chirurgie est intervenue dans leur traitement. Les succès obtenus amèneront certainement à intervenir plus fréquemment encore à l'avenir.

Historique. — Bécourt ⁽¹⁾ a rapporté les deux premiers cas connus de kystes du pancréas. Bœckel, en 1891, en connaissait 44 cas; Oser, en 1896, 154.

Dans une première période, les faits de kystes pancréatiques ont été recueillis à titre de curiosités anatomiques; dans une seconde période, celle de l'intervention chirurgicale, l'étude clinique s'est trouvée appuyée sur les résultats de la biopsie par laparotomie.

Nous avons emprunté les éléments de ce chapitre à un mémoire très remarquable publié par Bœckel en 1891, à une revue très complète de Nimier (1895) et à l'ouvrage récent d'Oser ⁽²⁾.

⁽¹⁾ BÉCOURT, Recherches sur le pancréas, ses fonctions, ses altérations organiques, Thèse de Strasbourg, 1850.

⁽²⁾ BŒCKEL, Des kystes pancréatiques, 1891. — NIMIER, Revue de médecine, 1895. — OSER, Die Erkrankungen des Pankreas, 1898.

Anatomie pathologique. — Si l'on considère les kystes du pancréas simplement au point de vue de leur description anatomique, sans s'inquiéter de les classer d'après leur pathogénie probable, on peut les diviser en kystes à grandes cavités multiples et kystes à grande cavité unique, ou kystes présentant tout au moins une cavité d'un volume très prépondérant.

Les kystes multiloculaires ont des dimensions très variables, allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une orange. Parfois, on trouve sur le trajet du canal de Wirsung des dilatations successives en chapelet. Ces kystes sont parfois disséminés dans la glande, ou juxtaposés; cette forme correspond à ce que Klebs appelait l'acné pancréatique, et à la grenouillette pancréatique de Virchow.

Les kystes formés par une dilatation partielle du canal de Wirsung sont quelquefois sphériques, mais habituellement plus ou moins allongés.

Les kystes uniloculaires ont d'une façon générale des dimensions beaucoup plus considérables que les kystes multiloculaires. J. Bœckel n'avait relevé qu'un seul exemple de gros kyste multiloculaire dû à Zeemann et Oser. La poche kystique peut avoir les dimensions d'une orange, d'une tête de fœtus et même d'une tête d'adulte. On en a même vu de plus considérables encore : dans un cas de Bozeman, le kyste renfermait 41 litres de liquide, dans un cas de Stapper, 20 litres.

Les poches kystiques paraissent se développer plus souvent aux dépens de la queue que de la tête du pancréas. Sur 22 cas relevés par Hagenbach, le kyste siégeait 10 fois dans la queue, 4 fois dans la tête, et une seule fois dans le corps; dans 7 cas, le siège n'était pas indiqué. Sur 50 cas nouveaux, J. Bœckel a vu le kyste siéger 6 fois dans la tête, 2 fois dans le corps, 1 fois dans la tête, le corps et la queue simultanément; dans 20 cas, le siège n'a pu être déterminé. Sur 154 cas, Oser relève : 14 fois le pancréas entier, 15 fois la queue, 11 fois la tête, 4 fois le corps; dans 90 cas, il n'y avait aucune donnée sur le siège du kyste.

La surface des kystes peut être régulière ou irrégulière, assez lisse ou parsemée de saillies inégales, déformée par des adhérences. Les parois sont parfois épaisses, résistantes, quelquefois assez minces pour qu'on puisse, par transparence, percevoir la couleur du contenu. Quand elles sont épaisses, les parois sont dures, fibreuses; elles renferment souvent des nodules fibreux ou des plaques calcaires. Il n'est pas très rare de trouver du tissu glandulaire accolé à la surface du kyste; on peut quelquefois reconnaître aussi de véritables lobules du pancréas, avec des canaux excréteurs reconnaissables, mais dilatés. Ces lobules présentent alors un épaississement évident de leurs travées conjonctives interstitielles.

Le kyste, étant développé en pleine masse du pancréas, n'a presque jamais de pédicule. Cela explique qu'il soit si difficile, en cas de kyste volumineux, qui a désorganisé l'organe dans son entier, de déterminer où il a pris naissance.

Dans le cas très rare où il existait un pédicule, on peut se demander s'il s'agissait réellement d'un kyste primitif du pancréas et si l'on n'avait pas affaire à un kyste du voisinage secondairement accolé au pancréas par un point de sa péripérie.

La surface interne de la grande poche kystique est quelquefois unie et brillante, dépourvue d'épithélium, mais on peut y voir des saillies, des végétations, des cloisons.

Dans certains cas, la surface interne du kyste est inégale, parsemée de saillies réticulées, de brides incomplètes, qui rappellent la disposition soit des ventricules du cœur, soit des vessies à colonnes. Entre ces saillies, ces cloisonnements plus ou moins incomplets, on trouve des dépressions, des diverticules qui communiquent plus ou moins largement avec la cavité principale.

Souvent il existe des foyers d'hémorragie récente, ou d'hémorragie ancienne dans les parois du kyste. On voit à sa surface ramper de gros troncs vasculaires artériels ou veineux : ils peuvent être très gênants pour le chirurgien; Salzer rapporte un cas dans lequel on a lié l'artère splénique croyant avoir affaire à une artère propre au kyste.

Contenu des kystes. — Suivant leur volume, les kystes renferment une quantité de liquide plus ou moins considérable : on a trouvé jusqu'à 18 et 20 litres; la moyenne est de 2 à 5 litres. Rarement le liquide est clair, non coloré, limpide; le plus souvent il est trouble, épais, muqueux, sirupeux. Rarement il est jaunâtre, beaucoup plus souvent brunâtre, couleur café, rouge brunâtre; quand il y a eu dans la cavité une hémorragie récente, il est coloré en rouge par le sang; après une hémorragie ancienne abondante, il devient couleur chocolat. La tendance des kystes à l'hémorragie est très marquée, de telle sorte qu'on peut trouver soit de véritables hématomes dans leurs parois, soit dans les cavités kystiques un mélange plus ou moins considérable de sang plus ou moins modifié avec le liquide kystique.

Le liquide kystique est en général alcalin; il a été trouvé acide dans un cas de Bozeman, neutre dans deux autres cas. Le poids spécifique, dans les cas où on l'a relevé, a varié de 1,007 à 1,020. On y a trouvé une quantité d'albumine allant de 0,56 à 10 pour 100. Cette albumine était de la sérine et de la globuline; il y avait de la métacastéine dans un cas de Littlewood, de la peptone dans un fait de Tilger. Après des hémorragies intra-kystiques, on trouve, cela va de soi, une proportion plus ou moins considérable de matière colorante du sang.

Dans quelques cas, on a trouvé du sucre, plus souvent de la cholestérine; de l'urée dans un cas, de la leucine et de la tyrosine 5 fois.

Les ferments du suc pancréatique ont été quelquefois constatés dans le liquide kystique, mais ils peuvent aussi y faire défaut. Tantôt on a trouvé ces trois ferments, tantôt seulement l'un d'entre eux.

Rapports anatomiques des kystes du pancréas. — Où sont situés les kystes du pancréas et quels sont leurs rapports avec les autres viscères abdominaux? On comprend combien peut importer la connaissance de cette situation et de ces rapports pour le diagnostic et pour l'opération.

Au début de son développement, un kyste pancréatique encore peu volumineux se trouve inclus dans l'arrière-cavité des épiploons, il se trouve en arrière de l'estomac, au-dessus et en arrière du colon. Plus tard, le plus souvent il tend à s'insinuer entre l'estomac qui se trouve refoulé en haut, et le colon qui se trouve refoulé en bas. Il vient ainsi s'adosser à la paroi abdominale, au-dessus de l'ombilic, il n'en est séparé que par le grand épiploon. La tumeur kystite et sa matité se trouveront donc ainsi situées entre l'estomac en haut et le colon en bas, dont la percussion permet, après insufflation au besoin, de déterminer la sonorité et l'emplacement.

Plus rarement le kyste, se développant en haut, chemine vers la paroi abdo-

minale en refoulant l'estomac en bas; rarement aussi, se dirigeant en bas et en avant, il tend à passer au-dessous du colon, qui se trouve ainsi rejeté en haut et accolé contre la grande courbure de l'estomac.

En se développant, le kyste refoule et comprime les organes avoisinants : de là des complications assez variées. La compression du hile du foie peut amener l'ictère; il peut y avoir compression du duodénum, du colon, refoulement du rein, compression de l'uretère, ascite par compression de la veine porte.

Pathogénie et nature des kystes du pancréas. — En laissant de côté les kystes hydatiques d'origine parasitaire, fort rares du reste, on peut reconnaître aux kystes du pancréas trois origines possibles et distinguer : a) les kystes par rétention,

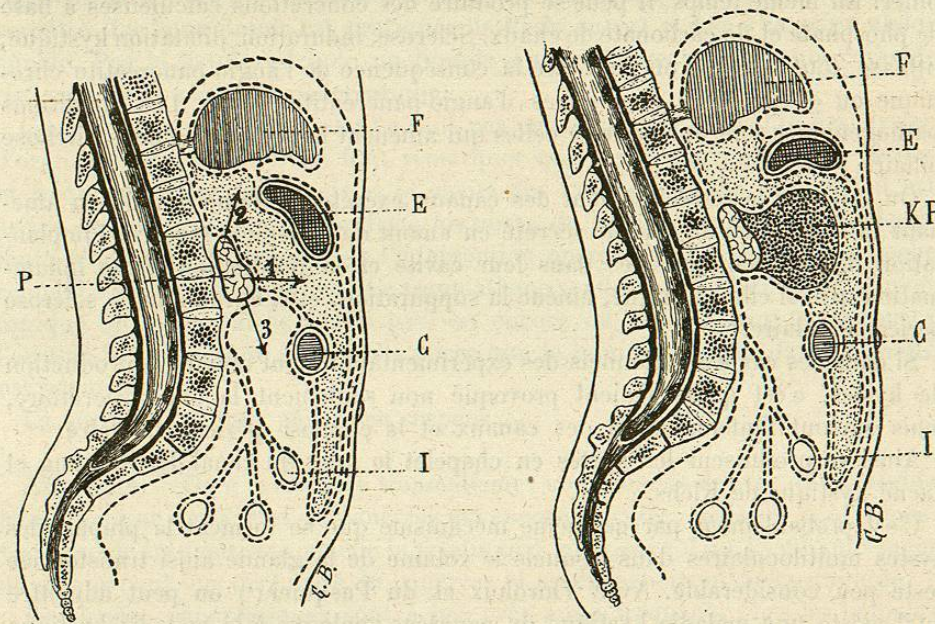


FIG. 18. — Schéma montrant les rapports du pancréas (P) et les trois directions dans lesquelles peut se faire le développement des kystes du pancréas.

FIG. 19. — Schéma montrant les rapports les plus habituels du kyste du pancréas (KP) avec l'estomac (E) et le colon transverse (C).

b) les kystes prolifératifs, qu'il vaudrait mieux appeler kystes néoplasiques, et c) les kystes d'origine hémorragique.

a) *Kystes par rétention.* — Dans ces kystes, la rétention du suc pancréatique serait la cause de la dilatation kystique des canaux excréteurs de la glande. La rétention pourrait être amenée par toutes les causes susceptibles de produire l'oblitération ou le rétrécissement soit du canal de Wirsung, soit des principaux canaux excréteurs. Le rétrécissement du canal de Wirsung et de ses affluents pourrait être causé par l'inflammation chronique de leurs parois, coïncidant avec la sclérose du pancréas, leur obstruction par des concrétions calculeuses ou encore par la tuméfaction de la muqueuse ou l'accumulation de ses produits de sécrétion inflammatoire; enfin il pourrait y avoir compression ou oblitération, soit par des tumeurs de la tête du pancréas ou du duodénum, par des ganglions mésentériques tuméfiés, par des calculs biliaires arrêtés dans le canal cholédoque au voisinage de l'ampoule de Vater.

A la théorie de la rétention pure, on peut objecter que jamais on n'a pu amener la dégénérescence kystique du pancréas en liant le canal de Wirsung chez les animaux : on n'a obtenu ainsi qu'une dilatation du conduit en amont de l'obstacle, mais non une dégénérescence kystique vraie. On a dit, il est vrai, que les conditions n'étaient pas les mêmes chez les animaux et chez l'homme. Chez ce dernier, en effet, l'obstacle à l'écoulement du liquide de sécrétion pancréatique ne se produit pas brusquement, mais progressivement.

En réalité, un autre élément que la rétention paraît nécessaire, c'est l'inflammation chronique de l'appareil excréteur de la glande. La dilatation kystique des canaux excréteurs n'est pas le seul travail qui se produise, il y a parallèlement une dégénérescence scléreuse de l'organe qui s'indure et tend à s'atrophier. En même temps, il peut se produire des concrétions calculeuses à base de phosphate et de carbonate de chaux. Sclérose, induration, dilatation kystique, lithiase, tout cela est ou peut être la conséquence de l'angio-pancréatite chronique ou de poussées successives d'angio-pancréatite aiguë. Les conditions pathogéniques sont analogues à celles qui amènent la production de la cirrhose biliaire.

On sait que le rétrécissement des canaux excréteurs d'une glande en amenant la stagnation du liquide sécrété en amont de l'obstacle favorise l'implantation des microorganismes dans leur cavité et la production d'une inflammation qui, si elle est aiguë, amène la suppuration, et si chronique, la sclérose péricanaliculaire.

Si dans des cas exceptionnels des expérimentateurs ont obtenu la production de kystes, c'est qu'ils avaient provoqué non seulement la stase sécrétoire, mais surtout l'inflammation des canaux et la cirrhose péricanaliculaire.

Ainsi se produisent les kystes en chapelet le long du canal de Wirsung et l'acné kystique de Klebs.

C'est probablement par ce même mécanisme que se forment la plupart des kystes multiloculaires dans lesquels le volume de la glande ainsi transformée reste peu considérable. Avec Thiroloix et du Pasquier⁽¹⁾ on peut admettre qu'il existe une maladie kystique du pancréas analogue à la maladie kystique du rein et de la mamelle.

b) Kystes néoplasiques. — Les kystes prolifératifs, qui seraient mieux appelés kystes néoplasiques, sont en réalité des épithéliomas kystiques analogues aux épithéliomas kystiques de l'ovaire : Lancereaux leur donne le nom d'adénomes kystiques, qui a peut-être l'inconvénient de ne pas indiquer suffisamment leur malignité. Dans les parties les plus épaisses de leurs parois, on trouve des dépressions, des tubes tapissés d'épithélium cylindrique. Dans la cavité même du kyste, de véritables végétations tapissées également d'épithélium cylindrique. Enfin, et cela donne la démonstration irréfutable de leur nature maligne, néoplasique, dans un cas d'Hartmann et dans un cas de Ménétrier étudié par Gilbert⁽²⁾ on a trouvé des noyaux épithéliomateux secondaires dans le foie.

c) Kystes d'origine hémorragique. — Ledentu a admis le premier que les hémorragies du pancréas d'origine traumatique peuvent amener ultérieure-

⁽¹⁾ *Bulletin de la soc. anat.*, p. 511, 1892.

⁽²⁾ HARTMANN, *Congrès français de chirurgie*, 1891. — MÉNÉTRIER, in HANOT et GILBERT, *Maladies du foie*, 1888.

ment la production d'un kyste du pancréas et cette conception a été adoptée par Friedreich. Voici, d'après Nimier, comment les choses se passeraient : immédiatement après le traumatisme, il y aurait épanchement de sang dans le pancréas déchiré et, au voisinage du pancréas, dans l'arrière-cavité des épiploons. L'hémorragie arrêtée, le sang se trouverait enkysté, mais le canal de Wirsung rompu viendrait déverser du suc pancréatique dans la poche sanguine, et le liquide qu'elle renferme subirait une transformation progressive. Ainsi, dans un cas de Littlewood, un jeune homme reçoit un coup de pied de cheval dans l'abdomen; treize jours plus tard, on constate une tuméfaction à la région épigastrique, à gauche et au-dessus de l'ombilic. Une ponction exploratrice ramène du sang pur, noirâtre. Sept jours plus tard, la tumeur s'étant rapidement accrue, on renouvelle la ponction : le liquide cette fois est trouble, verdâtre. La laparotomie est pratiquée, le kyste ouvert et fixé à la paroi abdominale. Par la fistule s'écoule un liquide qui renferme les ferments caractéristiques de la sécrétion pancréatique.

Cependant, plusieurs auteurs ne sont pas convaincus de la réalité des kystes d'origine hémorragique. Ils font remarquer que les hémorragies sont faciles et fréquentes dans les parois et la cavité des kystes primitifs. Souvent il est arrivé qu'une ponction exploratrice fournisse du liquide clair et que quelques jours plus tard, au moment de l'intervention opératoire, on trouve une poche remplie d'un liquide sanglant. Le traumatisme rendrait donc facilement hémorragique un kyste qui ne l'était pas, ou encore on croirait trop facilement à l'origine hémorragique d'un kyste parce que le liquide contenu dans sa cavité est hémorragique.

La question est donc encore en suspens.

Étiologie. — On a invoqué le traumatisme; nous venons de voir que l'origine hémorragique des kystes du pancréas est encore discutée; mais on peut concevoir que le traumatisme amène la production ultérieure d'un kyste autrement qu'en amenant une déchirure du pancréas et un épanchement hémorragique.

Les kystes pancréatiques sont à peu près aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes; c'est entre 20 et 40 ans qu'on les a le plus souvent observés.

Symptômes. — On peut distinguer dans les symptômes des phénomènes de viciation des fonctions du pancréas et des phénomènes dus à la présence d'une tumeur abdominale.

Viciation des fonctions du pancréas. — On peut observer les diverses manifestations énumérées à propos de la pathologie générale du pancréas : dyspepsie, stéarrhée, diabète, amaigrissement; toutefois, le complexe pancréatique, dyspeptique ou diabétique peut faire et fait assez souvent défaut.

En vertu de la présence de la tumeur et de la gêne qu'elle apporte au fonctionnement de l'estomac, et peut-être en vertu de la compression des plexus nerveux, on observe plus souvent des symptômes de dyspepsie stomacale accusés qu'avec les autres lésions du pancréas : nausées, vomissements, anorexie.

Les vomissements peuvent se produire à la fin des crises douloureuses, ou devenir habituels; les matières vomies sont le plus souvent alimentaires, mais