

elles peuvent être constituées par du liquide alcalin, quelquefois teintées par la bile, quelquefois mélangées de sang.

Il peut y avoir de grandes hématomésés; on a vu les kystes évacuer leur contenu dans l'estomac ou l'intestin, et provoquer ainsi des vomissements abondants ou un flux diarrhéique. Dans un cas observé dans la clinique de Nothnagel, la tumeur kystique s'est affaissée après l'évacuation d'abondantes selles aqueuses.

*Symptômes dus à la présence d'une tumeur abdominale.* — Les symptômes qui dépendent de la présence d'une tumeur abdominale sont variables; accentués dans certains cas, ils sont parfois assez atténués pour que le diagnostic de cette tumeur soit complètement impossible et que sa présence ne soit révélée qu'à l'autopsie. Le volume de la tumeur, la direction dans laquelle elle se développe, la présence ou l'absence d'adhérences, autant de circonstances qui peuvent modifier beaucoup l'intensité et la nature des manifestations symptomatiques.

*Douleurs.* — Elles sont fréquentes; il peut s'agir de douleurs sourdes profondes, parfois de douleurs vives aiguës survenant par crises; elles peuvent rappeler de très près les coliques hépatiques: c'est la névralgie cœliaque de Friedreich. Quelquefois le début est brusque, violent, tout à fait inattendu. On peut en même temps constater des vomissements et l'ensemble des symptômes de dyspepsie énumérés plus haut.

*Tumeur.* — Guidé par l'existence des symptômes qui viennent d'être indiqués, ou seulement par une sensation de simple plénitude, de pesanteur dans la région sus-ombilicale, on pratique l'exploration de l'abdomen, et, lorsqu'elle est assez volumineuse, on constate l'existence d'une tumeur; elle peut ne devenir perceptible qu'après des mois et des années de troubles dyspeptiques et de douleurs.

Elle se rencontre soit directement à la région épigastrique, soit vers l'un ou l'autre des hypochondres. Son volume est variable; elle peut continuer à s'accroître ou s'immobiliser dans ses dimensions. On comprend qu'on n'ait aucune peine à la découvrir lorsqu'elle est grosse comme une tête de fœtus ou d'adulte. Elle est en général sphérique ou légèrement bosselée; on peut constater une fluctuation évidente, parfois des pulsations isochrones au pouls et attribuables à la transmission des pulsations de l'aorte ou de quelque grosse artère. Rarement ces kystes sont mobiles.

Ce que nous avons dit plus haut fait prévoir que la présence de la tumeur pourra ou non donner lieu à de la matité à la percussion de l'abdomen. En effet, la tumeur, lorsqu'elle est peu développée ou lorsqu'elle se développe obliquement en bas ou en haut et non directement en avant, peut se trouver masquée par l'estomac ou l'intestin, quelquefois par les deux. Le plus souvent, la tumeur se développant entre l'estomac refoulé en haut et le colon refoulé en bas, on perçoit la matité entre la zone de sonorité de la cavité colique et de la cavité stomacale.

Dans un cas de Hartmann, on sentait nettement le ballotement produit par un choc brusque de la paroi postérieure de l'abdomen, comme cela s'observe pour les tumeurs du rein.

*Marche. Accidents. Terminaison.* — La marche de la maladie est extrêmement lente. Elle peut être traversée par des complications graves et même mortelles.

La destruction du tissu glandulaire du pancréas amène la mort avec les accidents de cachexie attribuables à la suppression physiologique de cette glande; amaigrissement considérable, etc. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit parfois de véritables tumeurs malignes, épithéliomateuses, susceptibles d'amener la cachexie cancéreuse.

Signalons les accidents qui résultent de la compression des gros troncs vasculaires de l'estomac, du pylore, du hile du foie, de la rupture du kyste dans l'intestin ou le péritoine. Tout cela peut modifier notablement la marche de la maladie et accélérer sa terminaison fatale.

*Diagnostic.* — Le diagnostic des kystes du pancréas est extrêmement difficile. Ils peuvent être confondus surtout avec des productions kystiques développées dans d'autres organes: les reins, le mésentère et même les ovaires. C'est tout le diagnostic des tumeurs de l'abdomen qu'il nous faudrait de la sorte passer en revue.

Les kystes pancréatiques sont fixes, et souvent on trouve au-devant d'eux une ou plusieurs anses intestinales interposées.

Leur contenu est souvent mélangé de sang pur ou modifié; il renferme assez fréquemment une notable quantité d'urée.

La présence d'un liquide jouissant des propriétés physiologiques du suc pancréatique aurait la plus grande valeur pour la détermination de l'origine et de la nature du kyste. Malheureusement, le liquide perd assez rapidement ses caractères spécifiques, son pouvoir digestif, et, d'autre part, la ponction exploratrice n'est pas sans danger: plusieurs fois elle a été suivie d'accidents mortels de péritonite. La laparotomie exploratrice paraît être, d'après cela, le procédé pour l'établissement du diagnostic. S'il s'agit bien d'un kyste du pancréas, l'opération curative pourra être faite immédiatement.

*Pronostic.* — La date du début des kystes pancréatiques est en général impossible à déterminer exactement puisque, avant la constatation de la tumeur, on ne peut se baser que sur les accidents relevés dans les commémoratifs: phénomènes douloureux ou dyspeptiques plus ou moins accentués. Les kystes d'origine traumatique ont souvent une évolution et un accroissement beaucoup plus rapides. On les a vus augmenter assez de volume en quelques semaines pour rendre l'intervention nécessaire.

Le plus souvent, la marche de la maladie est très lente; elle se compte par années. Dans un cas de Martin, on a constaté par la laparotomie, en 1875, une tumeur pancréatique inopérable encore; l'opération définitive fut faite seize ans plus tard, en 1889, la tuméfaction de l'abdomen ayant subi un accroissement rapide. Dans un cas observé par Salzer dans le service d'Oser, le début remontait à 12 années. Une femme de 55 ans opérée par Clutton avait depuis 20 ans une tumeur dans le côté gauche du ventre.

*Traitement.* — J. Bæckel, et avec lui la grande majorité des chirurgiens, déconseille l'opération par simple ponction et même l'emploi de la méthode de Récamier. Le mieux est de faire la laparotomie exploratrice, et d'extirper com-

plètement le kyste s'il n'y a pas d'adhérences, et, s'il y a des adhérences, d'inciser la poche, d'en suturer les parois aux téguments abdominaux et d'en bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée.

Sur 50 cas de kystes pancréatiques opérés, Nimier a relevé 9 morts et 41 guérisons. 6 fois seulement la mort était attribuable à l'opération.

Oser donne le relevé suivant :

Extirpation totale, 11 cas, avec 2 morts;

Extirpation partielle, 12 cas, 4 morts;

Incision en deux temps, 12 cas, 1 mort (par diabète);

Incision en un temps, 56 cas, 7 morts;

Dans quatre de ces derniers cas, la mort n'était pas imputable à l'opération.

### VIII. — CANCER DU PANCRÉAS

**Historique.** — Le cancer du pancréas est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois. Sa première description remonte aux monographies d'Ancelet, de Da Costa, de Friedreich. Il faut y ajouter un mémoire de Segré<sup>(1)</sup>, la thèse de Vernay<sup>(2)</sup>, une importante étude de Bard et Pic<sup>(3)</sup> et une revue générale très bien faite de Mirallié<sup>(4)</sup>.

**Étiologie.** — Segré a relevé le nombre des cancers de l'abdomen observés à l'Ospedale Maggiore de Milan pendant une longue période de temps. Sur 11492 autopsies correspondant à 55000 décès, il a compté 627 cas de cancer abdominal, défalcation faite des cas de cancer de l'utérus, de la vessie, des ovaires. Le pancréas était atteint dans 127 cas, il était seul lésé dans 12 cas seulement.

Biach, sur 25611 autopsies faites dans les hôpitaux de Vienne, a relevé 200 cancers, dont 29 cas de cancer du pancréas.

D'après les tableaux dressés par cet auteur, le cancer du pancréas serait environ 25 ou 50 fois plus rare que le cancer de l'estomac, 20 à 25 fois plus rare que celui du foie. Sur 200 cas de cancer, le cancer du pancréas ne figurerait que 3 fois. Il est à remarquer que, dans ces chiffres, la distinction n'a pas été faite entre le cancer primitif et le cancer secondaire. La proportion du cancer primitif serait plus faible encore. D'après la statistique de Segré, le cancer isolé du pancréas ne se rencontrerait qu'environ une fois sur 1000 autopsies; la proportion dans la statistique de Biach, dans laquelle la séparation entre le cancer primitif n'a pas été faite, est à peu près la même.

Le cancer primitif du pancréas serait donc une affection très rare. Cependant, sa fréquence est peut-être plus grande qu'on ne le pensait. En effet, ainsi que l'ont démontré Bard et Pic, il a été assez souvent méconnu, non seulement sur le vivant, mais même à l'autopsie; il a été pris pour un cancer primitif des voies biliaires pendant la vie, pour un cancer primitif du duodénum après la mort.

Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Mirallié sur 106 cas

(1) SEGRÉ, *Annali universali di medicina*, vol. 285, p<sup>o</sup> 5, 1888.

(2) VERNAY, *Thèse de Lyon*, 1887.

(3) BARD et PIC, *Revue de médecine*, avril-mai, 1888.

(4) MIRALLIÉ, *Gaz. des hôpitaux*, 19 août 1895.

en a compté 69 chez l'homme et 57 chez la femme. Il se montre, en général de 50 à 50 ans. Toutefois, Caron<sup>(1)</sup> a pu relever 10 cas de 10 à 20 ans. Deux fois il a été rapporté chez des enfants au-dessous de 10 ans. A. Kühn<sup>(2)</sup> a vu un cas d'épithélioma cylindrique du pancréas chez un enfant de 2 ans.

Lancereaux a observé 24 cas primitifs du pancréas, 10 chez la femme et 14 chez l'homme; dans 18 de ces cas, les malades avaient de 50 à 80 ans. Le maximum de fréquence, d'après cet auteur, serait compris entre 50 et 70 ans.

Nous ne savons rien d'autre sur les conditions prédisposantes et rien sur les causes efficientes.

On a incriminé d'une façon un peu banale et sans preuves suffisantes l'hérédité, la mauvaise alimentation, l'alcoolisme, le traumatisme.

**Anatomie pathologique.** — Nous aurons surtout en vue le cancer primitif du pancréas. Il est le plus souvent limité; il occupe de préférence la tête de l'organe, rarement il l'envahit tout entier. Sur 15 cas examinés par Lancereaux<sup>(3)</sup>, 2 siégeaient au niveau du corps, 2 au niveau de la queue et 11 au niveau de la tête. Il se présente sous l'aspect d'une tumeur de volume variable, souvent de la grosseur d'un œuf ou du poing, régulière ou bosselée. Dans quelques cas exceptionnels, la tumeur présentait le volume d'une tête de fœtus ou même d'une tête d'adulte. Quelquefois, il y a de petites nodosités disséminées le long de l'organe. Dans les parties non envahies, le pancréas peut être sain, ou induré, sclérosé, ratatiné; on peut y distinguer des dilatations kystiques consécutives à l'oblitération des voies d'excrétion et à la rétention du suc pancréatique. Le plus souvent, en tout cas, il présente une dureté assez grande, ligneuse. La résistance est moindre à la coupe dans les cas de tumeur un peu volumineuse.

Fréquemment, il existe des adhérences intimes, inflammatoires ou cancéreuses avec les organes avoisinants. L'adhérence au duodénum est particulièrement fréquente.

Le canal de Wirsung et le canal cholédoque sont habituellement, mais non toujours, compromis dans les cas de cancer de la tête: ils peuvent être détruits. Ils sont dilatés au-dessus de l'obstacle de façon à acquérir un diamètre considérable, du petit doigt et plus. Dans un cas, il avait le volume d'un bras de nouveau-né (Bard et Pic).

Des kystes de divers ordres peuvent se produire; il se fait en même temps une sclérose qui tend à amener une induration marquée avec lobulation apparente de la glande. Il existe même de la sclérose péritonéale du voisinage et des adhérences fibreuses. Il arrive aussi que la partie du pancréas non atteinte par le cancer subisse la dégénérescence graisseuse<sup>(4)</sup>.

Il se fait au même titre de la dilatation des voies biliaires; elle est souvent limitée aux gros troncs; le canal cystique et la vésicule sont alors très distendus. La dilatation de la vésicule est assez considérable pour que ce réservoir puisse être perçu par la palpation abdominale; c'est là un des symptômes caractéristiques du carcinome primitif du pancréas. Les lésions du foie peuvent être du reste exactement ce qu'on trouve dans les cas d'oblitération persistante

(1) *Thèse de Paris*, 1889.

(2) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n<sup>o</sup> 27, 1887.

(3) LANCEREAUX, *Traité des maladies du foie et du pancréas*, p. 844, 1899.

(4) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n<sup>o</sup> 27, 1887.