

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.



du canal cholédoque. Il faut ajouter la fréquence des nodules cancéreux secondaires. Ces nodules se présentent avec un aspect que n'a pas habituellement le cancer secondaire du foie, disent Bard et Pic.

En effet, il ne serait pas le plus souvent augmenté de volume. A la coupe on y rencontre de petits nodules blanchâtres dont les dimensions varient de quelques millimètres à un centimètre. Ils ont une coloration d'un blanc mat spécial qui rappelle celle des taches de bougie (Bard et Pic).

D'après Lancereaux, le cancer secondaire du foie peut se présenter sous l'aspect d'une masse volumineuse centrale, en amande, simulant un cancer primitif ou de petites nodosités multiples du volume d'une olive ou d'une petite pomme. Le foie peut arriver à peser jusqu'à 4 et 5 kilogrammes.

Le duodénum est souvent envahi par la tumeur; sa cavité peut être plus ou moins obstruée; la dilatation de l'estomac en est la conséquence. Il peut se faire une ulcération à ce niveau. Dans quelques cas, il s'agit simplement d'un bourgeonnement qui fait saillie au niveau de l'ampoule de Vater.

Lorsque le canal cholédoque ne traverse pas la tête du pancréas, comme c'est la règle, il peut être épargné par la tumeur; on n'observe pas alors en clinique l'ensemble des symptômes qui résultent de l'oblitération des voies biliaires.

Les rapports anatomiques du pancréas expliquent la possibilité d'autres compressions dont les conséquences physiologiques et symptomatiques peuvent être des plus graves: compression du pylore, amenant la grande dilatation de l'estomac; compression de l'estomac lui-même, du côlon, de la veine porte provoquant l'ascite, de la veine cave inférieure, de l'aorte abdominale, des artères splénique et mésentérique supérieure. Tous les organes atteints et secondairement envahis peuvent être perforés par l'ulcération de la tumeur.

Les *métastases* ne se font pas seulement dans le foie, elles peuvent se produire encore dans les divers viscères abdominaux, le cœur, les poumons, la peau; il peut y avoir carcinose généralisée.

Quelle est la *nature histologique* des tumeurs malignes du pancréas? Le carcinome fibreux serait beaucoup plus fréquent que l'encéphaloïde. Segré a relevé 29 cas de cancer fibreux, contre 19 cas de cancer médullaire, 2 cas de cancer en partie squirrheux, en partie médullaire, et 1 cas de cancer mélanique. Vernay compte 4 cas de squirrhe, 2 de carcinome 1 d'épithéliome cylindrique, 1 de carcinome cylindrique (?)

Sur 52 cas figurant sur les registres d'autopsie de l'hôpital général de Vienne pour les années 1885 à 1895, 10 sont donnés comme cancer fibreux, 1 comme cancer médullaire, 1 comme adéno-carcinome et 5 comme cancer colloïde, dont 1 cancer fibreux colloïde. Dans 1 cas, pas de désignation anatomique plus précise.

Ce diagnostic histologique n'a pour Bard qu'une importance tout à fait secondaire: la tumeur maligne est d'origine pancréatique, c'est là le fait le plus important qui domine ses manifestations et son évolution. Pour Bard, en effet, les tumeurs cancéreuses sont des glandes pathologiques, sans conduits excréteurs, dont les cellules versent leurs produits dans la circulation. Ces produits de *sécrétion à l'intérieur* déterminent des accidents variables suivant la nature de la glande. Il y a autant de variétés de tumeurs malignes qu'il y a de tissus capables de leur donner naissance. Le propre du cancer d'origine pancréatique, c'est la rapidité avec laquelle il provoque la cachexie.

Le cancer pancréatique est différent suivant qu'il a pour point de départ l'é-

ment sécréteur ou les canaux d'excrétion, suivant qu'il s'agit d'un carcinome glandulaire ou cylindrique.

Dans les tumeurs du *type glandulaire*, les cellules sont volumineuses, globuleuses, très finement granuleuses; leur noyau est volumineux, faiblement coloré, souvent même à peu près invisible. Les cellules de la périphérie des amas cellulaires sont cubiques, par pression réciproque, ou vaguement cylindriques. Leur protoplasma est très abondant, à limites peu nettes, granuleux; jaune, plus coloré par l'acide picrique que par le carmin.

Les cellules les plus vieilles, plus volumineuses, présentent dans leur protoplasma des globules hyalins homogènes. Les cellules les plus caractéristiques sont situées à la périphérie des travées; elles sont volumineuses, claires, finement granuleuses, d'un beau jaune orange.

Le *stroma* est constitué par un tissu conjonctif adulte, pauvre en cellules; sur quelques points seulement, des amas de cellules embryonnaires. Les alvéoles limités par le stroma sont arrondis ou fusiformes, et de dimensions très inégales. Ce stroma est plus pauvre en fibres et en cellules conjonctives que celui des autres organes.

Dans certains cas, dans la tumeur carcinomateuse on observe de la périphérie au centre des trois zones successives: dans la première de l'épithéliome glandulaire tubulé, dans la deuxième de l'épithéliome glandulaire alvéolaire, et dans la troisième de l'épithéliome alvéolaire à stroma prédominant, à structure squirrheuse par conséquent.

Bard et Pic n'ont rencontré le *type excréteur*, c'est-à-dire l'épithéliome cylindrique, qu'une fois sur 7 cas qu'ils ont étudiés. Il en avait été publié déjà plusieurs cas par divers auteurs.

Les cancers secondaires du pancréas n'ont au contraire, disent Bard et Pic, pas plus d'individualité anatomique qu'ils n'ont d'individualité clinique.

**Symptômes.** — Le cancer primitif du pancréas présente souvent un tableau clinique assez particulier susceptible d'amener à faire le diagnostic de la lésion. Un homme ayant atteint ou dépassé l'âge moyen est pris d'inappétence, de faiblesse générale. Il éprouve vers le creux épigastrique des douleurs sourdes, des phénomènes dyspeptiques assez vagues; il maigrit et perd ses forces sans cause apparente. Alors l'ictère survient, peu marqué au début, mais il s'accroît lentement et progressivement, sans jamais rétrocéder. Quelquefois l'ictère est le premier phénomène qui frappe l'attention; il se montre d'une façon insidieuse sans s'accompagner de dyspepsie marquée ou de tendance à l'amaigrissement et à la cachexie. La jaunisse ne subit pas les alternatives d'augmentation et de diminution qu'on observe dans la lithiase biliaire ou dans certaines cirrhoses; il s'accroît assez lentement, mais sans jamais diminuer; il finit par devenir très accentué. Les tissus prennent une coloration de plus en plus foncée, il se fait de l'ictère vert et même de l'ictère noir. Sa constance, sa persistance, son accroissement continu, progressif, sont les traits les plus marqués de l'ictère dû à l'oblitération du canal cholédoque par une tumeur cancéreuse de la tête du pancréas. Rarement cette tumeur peut être constatée par la palpation; mais, par contre, on trouve souvent la vésicule biliaire dilatée, formant une tumeur kystique facilement appréciable dans la plupart des cas. Le foie lui-même est habituellement petit.

L'amaigrissement, à partir du moment où l'ictère a atteint une certaine inten-



sité, s'accroît rapidement; le malade tombe dans la cachexie et le marasme. Parfois, surviennent des accidents qui aggravent encore la situation et accélèrent la terminaison mortelle : des vomissements, des hémorragies, des symptômes d'ictère grave, etc.

Dans cette esquisse de la maladie, on remarquera l'importance du complexe symptomatique dont Bard et Pic ont parfaitement indiqué la valeur sémiologique : l'ictère progressif, la tuméfaction de la vésicule et la cachexie rapide.

Cette triade symptomatique appartient au cancer de la tête du pancréas, le plus fréquent de beaucoup. Les symptômes du cancer de la queue ou de la tête sont beaucoup plus vagues. D'après Lancereaux, le cancer du corps atteindrait souvent le plexus solaire et provoquerait ainsi l'apparition de symptômes particuliers; douleurs intenses, cachexie rapide avec coloration bronzée de la peau. Dans un cas, Lancereaux eut tendance à attribuer la mort subite à la lésion de ce plexus.

Bien qu'il s'agisse d'une lésion destructive du pancréas, la glycosurie et le diabète ne figurent pas dans ce schéma. Mirallié a compulsé à ce point de vue 105 observations; le sucre avait été recherché 50 fois dans l'urine et noté 15 fois. Mirallié fait remarquer très justement que cela n'indique pas certainement que la glycosurie ne soit pas plus fréquente; en effet, très souvent on ne la recherche pas dans le cancer du pancréas, ou encore on ne la recherche qu'à une phase avancée de la maladie; or, il est convaincu que la glycosurie existe assez fréquemment au début du cancer, mais qu'elle disparaît lorsque la maladie a fait des progrès, lorsque apparaît la cachexie. Récemment, Bard et Pic sont revenus sur cette question; sur 57 cas nouveaux, ils n'ont relevé la glycosurie que 4 fois, mais la recherche du sucre dans l'urine n'a été mentionnée que dans 15 de ces faits; la proportion est donc exactement la même que dans la statistique de Mirallié. Bard et Pic pensent que, dans le plus grand nombre de cas, il s'agit non d'un diabète vrai, mais d'une glycosurie légère et passagère. Dans une autre série de faits, le diabète vrai aurait précédé le cancer. Bazin enseignait que le diabète prédispose au cancer; rien de bien étonnant à ce que chez les diabétiques cette localisation ait une certaine tendance à se faire sur le pancréas déjà atteint fonctionnellement et même anatomiquement. Plus tard, les progrès de la cachexie due au cancer pancréatique font disparaître la glycosurie. Quant à la glycosurie passagère, elle serait attribuable à la sclérose pancréatique consécutive au cancer de la tête de cet organe; il faut ajouter que la cirrhose du foie, assez fréquente dans ces conditions, pourrait amener également la glycosurie alimentaire.

Reprenons maintenant les différents traits du tableau symptomatique du cancer du pancréas pour les examiner plus en détail.

*Troubles digestifs.* — Les troubles digestifs observés sont assez variables. Le plus souvent, on observe une *anorexie* marquée; cependant, dans quelques cas, il y a eu *boulimie*. On doit se demander, avec Mirallié, si les malades qui ont présenté cette boulimie n'étaient pas des diabétiques. La soif est souvent vive. A titre exceptionnel, on a signalé une bizarre appétence pour les substances grasses.

Les *selles graisseuses* peuvent être observées, mais non toujours; il faut reconnaître du reste que ce symptôme est en général fort négligé, fort mal recherché, et les observations publiées ne donnent certainement pas une idée exacte de sa fréquence.

Oser insiste sur l'importance de l'apparition dans les selles de débris de viande non digérés dont on reconnaît les fibres musculaires à l'examen microscopique.

Les *vomissements* ne sont pas rares; ils ne se montrent cependant pas toujours. Ils sont abondants lorsque l'envahissement du duodénum détermine un rétrécissement sous-pylorique suivi de dilatation mécanique de l'estomac et de grande stase. On y trouve alors des substances alimentaires plus ou moins modifiées, du sang et, a-t-on dit, quelquefois une quantité considérable de matières grasses.

Le *taux de l'urée* est considérablement diminué, ce qui mesure la diminution de la nutrition organique. Il y a du reste une tendance marquée à l'*hypothermie*.

*Phénomènes douloureux.* — Le plus souvent, les malades accusent une douleur sourde, profonde, à la région épigastrique. Certains paroxysmes ont parfois une telle intensité qu'ils résistent à tous les calmants. Souvent il y a des irradiations douloureuses vers la région lombaire avec un maximum au niveau de la dernière dorsale ou de la première lombaire. La douleur, intense et tenace dès le début, peut enlever tout repos, tout sommeil; elle est exagérée par l'alimentation, et ses crises paroxystiques aboutissent souvent au vomissement. Les malades, pour l'atténuer, se tiennent volontiers à demi courbés, le corps fortement penché en avant, les mains appuyées contre le ventre; ils restent immobiles, redoutant avec angoisse les mouvements qui viendraient exaspérer leurs souffrances.

*Tumeur.* — La tumeur cancéreuse fait assez souvent défaut, ce qui se comprend facilement d'après la situation profonde du pancréas. Lorsqu'on la trouve, il y a le plus souvent autre chose qu'une tumeur isolée pancréatique; il existe, par exemple, une masse représentée par une tumeur complexe occupant divers organes, par des ganglions dégénérés et augmentés de volume, par des adhérences et des productions inflammatoires. Plusieurs auteurs ont signalé une tumeur située à droite de la ligne médiane, au-dessous du foie. Mirallié pense qu'ils ont pu sentir là la vésicule dilatée et la prendre pour le néoplasme lui-même. La tumeur pancréatique vraie est profondément située dans la région épigastrique ou même ombilicale; elle ne se rencontre guère que dans un quart ou un cinquième des cas. Souvent il y a, non pas de la matité, mais de la sonorité au-devant d'elle.

*Ictère.* — L'ictère peut être au début le seul phénomène appréciable et rester longtemps peu accusé. Il finit toujours cependant par devenir un ictère très foncé, et jamais il ne rétrocede; il n'a pas les fluctuations en plus et en moins qu'on constate souvent dans la lithiase biliaire.

Les matières sont décolorées, grises, semblables à de la terre glaise; elles peuvent être très riches en substances grasses.

L'ictère peut manquer, soit parce que le canal cholédoque ne traverse pas la tête du pancréas, soit parce que le cancer n'a pas débuté par la tête de l'organe.

*Tuméfaction de la vésicule.* — Avec l'ictère progressif et la cachexie à marche rapide, elle constitue un des termes du syndrome de Bard et Pic. Elle peut se trouver assez aisément au niveau du bord inférieur du foie, le long du bord externe du grand droit abdominal à sa partie supérieure; parfois, cependant,