

Contribution à l'étude du corps du pancréas ... / par René Malus.

Contributors

Malus, René, 1883-
Université de Paris.

Publication/Creation

Nantes : A. Dugas, 1910.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/kc4hcgfm>



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

An. leg. 10
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

316

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Cancer primitif du Corps du Pancréas

par

RENÉ MALUS

Né le 13 Novembre 1883, à MONFERRAN (Gers)

Sous la présidence de M. le Professeur CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine, de Paris

Médecin des Hôpitaux

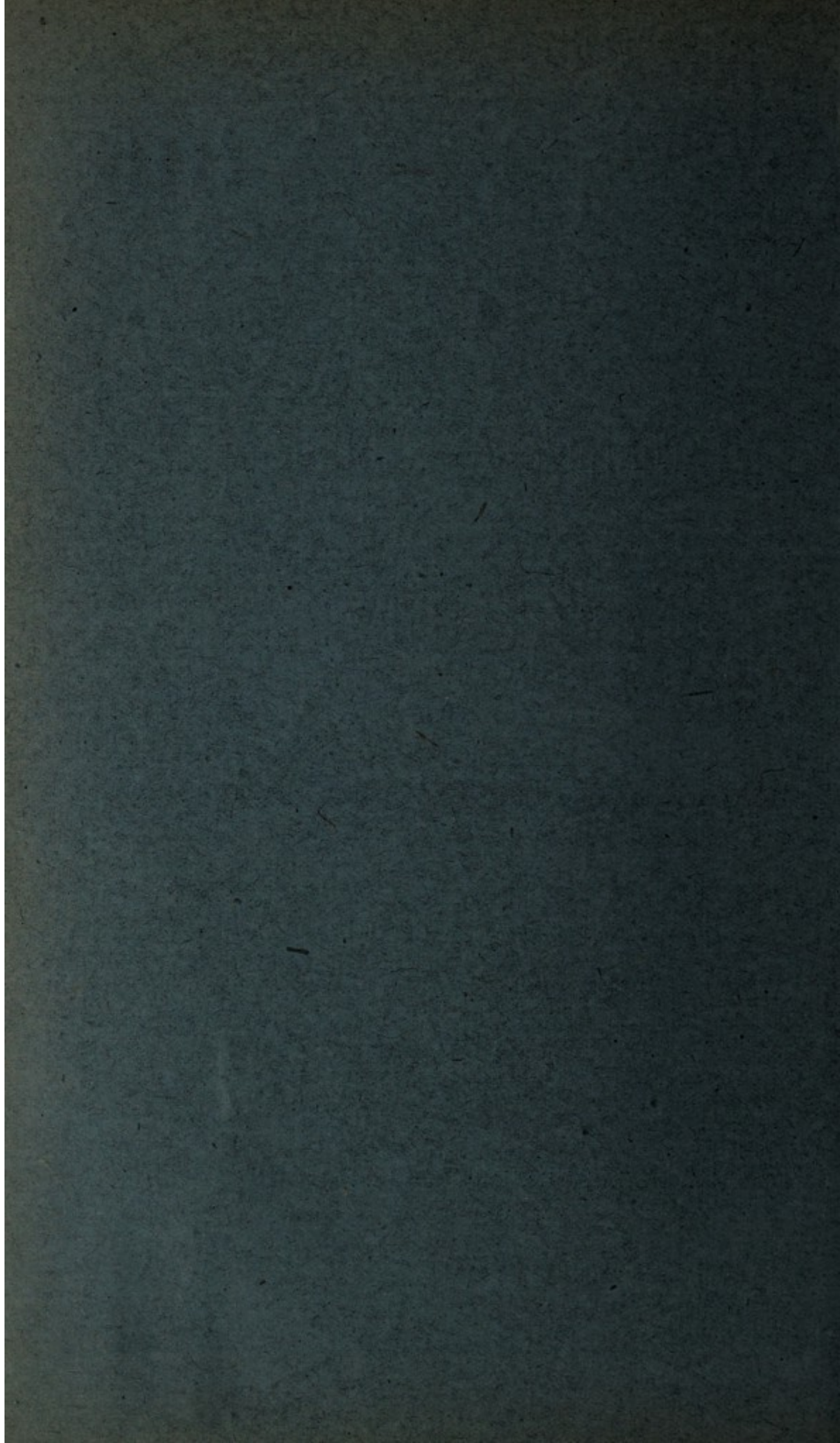
Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

NANTES - A. DUGAS & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS - NANTES

5, QUAI CASSARD, 5

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Cancer primitif du Corps du Pancréas

par

RENÉ MALUS

Né le 13 Novembre 1883, à MONFERRAN (Gers)

Sous la présidence de M. le Professeur CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

NANTES - A. DUGAS & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS - NANTES

5. QUAI CASSARD, 5

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-	G. BALLET.
céphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	SEGOND.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	RIEMONT-DESSAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	Albert ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGREY.	POTOCKI.
BEZANÇON Fernand	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDÉAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MONNIER

Professeur à l'Ecole de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1909, nous avons eu l'occasion de suivre à peu près en même temps deux malades des plus instructifs. L'un des deux se trouvait à l'Infirmierie de l'Hospice général Saint-Jacques, dans le service de M. le Docteur A. Monnier, pour une affection des plus graves avec symptômes douloureux d'une intensité peu ordinaire : l'autopsie fit découvrir un cancer du corps du pancréas. L'autre malade, entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu pour une tumeur épigastrique accompagnée de douleurs violentes, subit une laparotomie : il était atteint d'un cancer du corps du pancréas.

En rapprochant ces deux observations de celles que M. le Professeur Chauffard avait publiées dans sa retentissante communication à l'Académie, et sur les conseils de notre Maître, M. A. Monnier, nous décidâmes d'en faire l'objet de notre thèse.

Il est à remarquer, en effet, qu'avant M. Chauffard personne n'avait songé à isoler le syndrome si spécial du néoplasme du corps du pancréas : les auteurs, au contraire, confondaient dans une même description les divers épithéliomes de la glande ; plusieurs formes étaient signalées, mais le cancer du corps n'avait pas de définition précise ; et, seul, le cancer de la tête avait une description complète et bonne.

En faisant l'étude statistique des cas de cancer du corps du pancréas, nous avons rencontré un nombre raisonnable d'observations. Nous voudrions donc insister à nouveau sur cette forme, dont la distinction a été si bien établie par le professeur Chauffard.

Les observations nouvelles que nous apportons s'ajouteront à celles déjà publiées, pour établir d'une façon encore plus définitive l'individualité clinique de cette affection et la possibilité de son diagnostic.

Avant d'aborder ce sujet, nous tenons à présenter le témoignage de notre profonde gratitude aux Maîtres qui nous ont guidé pendant nos études dans les services hospitaliers et à l'Ecole de médecine, et tout particulièrement à MM. les Docteurs Bécigneul et Aubry, et MM. les Professeurs Ollive, Guillemet, Urbain Monnier, Emile Bureau, Vignard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

L'idée de cette étude appartenant à M. le Docteur A. Monnier, nous sommes heureux de lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour son intéressante observation et pour les conseils qu'ils nous a prodigués au cours de nos recherches.

M. le Docteur Favreul, en nous communiquant obligeamment son observation, nous a rendu un réel service, dont nous le remercions.

Nous ne saurions non plus oublier notre ami Gauducheau,

interne des hôpitaux de Paris, dont l'aide nous a été si utile pour nos recherches bibliographiques.

M. le Professeur Chauffard nous a fait l'honneur recherché d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer nos remerciements très respectueux.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La littérature médicale possède un certain nombre d'observations de cancer primitif du pancréas. Lorsqu'on lit ces observations, on est frappé tout d'abord de leur variété symptomatologique, et on s'explique ainsi le peu de netteté qui a existé longtemps sur cette question.

Si on considère d'autre part les statistiques les plus anciennes, on trouve toujours la distinction de plusieurs formes anatomiques (tumeurs de la tête, du corps, de la queue ou autres), dans des proportions inégales d'ailleurs. Ancelet (1) relève par exemple 32 tumeurs de la tête, 5 du corps, 2 de la queue.

Cependant les auteurs décrivent pendant longtemps, au point de vue clinique, un seul cancer primitif, comme s'il s'agissait d'une entité morbide. Bonamy (2), Salles (3), Madres (4) et Vernay (5), donnent des observations très diverses étiquetées cancer du pancréas ou de sa tête ; ils en remarquent les différences cliniques, mais ils confondent dans une même étude les nombreux symptômes qu'ils ont relevés. Vernay admet que le cancer secondaire se localise plus volontiers à la queue du pancréas, et que le primitif

(1) Ancelet, *Maladies du pancréas*, Paris, 1866.

(2) Bonamy, Thèse de Paris, 1879.

(3) Salles, Thèse de Paris, 1880.

(4) Madres, Thèse de Paris, 1883.

(5) Vernay, Thèse de Lyon, 1884.

siège à la tête. Pourtant, sur seize observations, il en donne au moins deux dans lesquelles le néoplasme a débuté au niveau du corps ; et dans l'une de ces deux, la tête du pancréas a été totalement épargnée (1). Telle est l'imprécision qui régnait alors.

Il faut arriver aux travaux de MM. RAMOS et COCHEZ (2), et principalement BAR et PIC (3) (1888), pour voir individualiser le syndrome du cancer de la tête, marqué surtout par les signes de compression des voies biliaires.

Peu après, LUCRON (4), étudiant les formes cliniques du néoplasme du pancréas, décrit la forme ictérique de Bar et Pic et une forme douloureuse. Mais cette dernière ne répond pas au type anatomo-clinique du cancer du corps : dans tous les faits recueillis par Lucron, la douleur est accompagnée ou suivie à bref délai des signes de compression des canaux biliaires ; l'ictère ne fait défaut que dans le cas de Labadie-Lagrave, et dans une très vague et très incomplète observation empruntée à Mondière.

Caron (5), Parisot (6) publient à leur tour des travaux sur le même sujet, mais n'apportent pas de nouveaux éclaircissements. L'excellente revue générale de notre Maître, M. le Professeur Mirallié (7), est une étude sans doute importante ; cependant, au point de vue anatomique,

(1) Voir l'observation 17 (Adolf Strümpell).

(2) Ramos et Cochez, *Rev. de Méd.*, 1887.

(3) Bar et Pic, *Rev. de Méd.*, 1888.

(4) Lucron, Thèse de Paris, 1889.

(5) Caron, Thèse de Paris, 1889.

(6) Parisot, Thèse de Paris, 1892.

(7) Mirallié, *Gaz. des hôp.*, 1893.

elle ne s'attache qu'au cancer de la tête, et les formes cliniques ne sont pas traitées (1893). Perdu (1) reprend parmi quatre variétés cliniques la forme douloureuse de Lucron sans y rien ajouter.

M. HUCHARD (2) publie en 1895 un cas de cancer de la tête et deux de cancer de la queue, et à ce propos il fait remarquer que « *le cancer du pancréas a des symptômes très différents suivant le siège de la tumeur, à la queue, au corps ou à la tête de l'organe.* » C'est la première allusion clinique faite par un auteur français au cancer du corps.

Le professeur Oser (de Vienne), dans son article sur l'épithéliome du pancréas (3), étudie avec soin certains symptômes, en particulier la douleur, mais ce signe est noyé au milieu de la description générale, et l'auteur ne différencie aucunement le cancer du corps.

BACHON (4), dans sa thèse sur les formes anormales du néoplasme primitif du pancréas, réunit quatre observations de cancer du corps; il signale l'amaigrissement et les signes anévrismatiques dans un chapitre minime, mais ne parle pas de la douleur. Un peu plus tard, GIMBERT (5) consacre sa thèse à la seule forme pseudo-anévrismale du cancer du corps. Ces deux ouvrages ne constituent pas une étude de cette entité : ils ne l'opposent pas encore aux néoplasmes de la tête, bien étudiés jusqu'alors.

(1) Perdu, Thèse de Lyon, 1893.

(2) Huchard, *Bulletin médical*, 1895, p. 15.

(3) Oser, *die Erkrankungen des pancreas*, 1898.

(4) Bachon, Thèse de Lyon, 1899.

(5) Gimbert, Thèse de Lyon, 1902.

De leur côté, les classiques de ces dix dernières années font à peine mention de l'épithéliome du corps. M. Lancereaux (1) lui consacre seulement quelques lignes, et il n'a observé que des cas tout à fait spéciaux : « le cancer du corps du pancréas doit ses caractères distinctifs aux troubles qu'il apporte dans le fonctionnement des organes voisins ; en rapport habituel avec le plexus solaire, qui peut être englobé ou comprimé par la tumeur, il est sujet à divers troubles dont le plus saillant est la *teinte bronzée de la peau*. Dans une autre observation, qui nous est personnelle, la mort ayant eu lieu brusquement par syncope, nous avons été conduit à incriminer le cancer d'avoir déterminé, en irritant le plexus solaire, le réflexe mortel. » Puis M. Lancereaux rapporte une observation que nous donnerons au cours de ce travail.

M. Paul Carnot (2), dans son article sur le cancer du pancréas, dit simplement ce qui suit, à propos de l'anatomie pathologique : « Le cancer du corps est peut-être plus rare encore que celui de la queue ; il peut comprimer, en arrière, le plexus solaire et lui adhérer : d'où certains troubles nerveux, et, dans un cas de Lancereaux, la *teinte bronzée de la peau*. » Plus loin, il fait le diagnostic des cancers du pancréas sans ictère, mais en traitant à la fois ceux de la tête, du corps et de la queue.

Chez M. Rathery (3), les formes non céphaliques de

(1) Lancereaux, *Maladies du foie et du pancréas*, p. 852.

(2) Paul Carnot, *Maladies du pancréas*, 1908, p. 305.

(3) Rathery, *Maladies du pancréas*, in tome II des *Maladies du tube digestif*, de Debove, Achard et Castaigne, 1908.

l'épithéliome du pancréas ne sont pas plus développées. Cet auteur, parlant du cancer du corps, reprend les idées de M. Lancereaux. Il ajoute que le diagnostic est le plus souvent impossible, « parce qu'il n'y a pas d'ictère. » Or, cette absence d'ictère est justement le gros caractère négatif du cancer du corps, et nous croyons au contraire qu'on peut très bien arriver à son diagnostic par la constatation des symptômes tout différents qui lui sont propres.

Jusqu'ici régnait donc la confusion au sujet de la symptomatologie si spéciale du cancer du corps. Il appartenait à M. le Professeur CHAUFFARD, par une importante communication à l'Académie, de mettre en lumière ce syndrome véritablement distinct des syndromes voisins extra-pancréatiques et bien plus encore des autres tumeurs malignes du pancréas (1).

A dater de cette publication, l'attention des cliniciens est éveillée. Les observations vont désormais se succéder. Le Dr Malbot (de Romorantin), en publie un cas très détaillé et très intéressant (2). Et, bientôt après, paraît la thèse de CHARETTE (3).

C'est un travail d'ensemble sur la question, travail consciencieux, mais qui demande à être complété ou appuyé par l'apport de nouvelles observations.

(1) Chauffard, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1908, n° 33, p. 242.

(2) Malbot, *Soc. Méd. des hôp.*, séance du 19 février 1909.

(3) De Charette, Thèse de Lyon, 1909.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

En joignant nos deux observations à celles que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous réunissons vingt-et-un cas de cancer du corps :

Tout d'abord, ce sont dix observations des plus typiques.

Puis viennent six observations tout aussi nettes, mais répondant à ce que Gimbert a voulu isoler sous le nom de forme aortique pseudo-anévrismale. Les trois premières, éparses dans les auteurs anciens, (obs. 11, d'Andral ; 12, de Bastian ; 13, de Labadie-Lagrave), ont été étiquetées, il est vrai, « cancer du pancréas » ; cependant l'histoire clinique des malades ne rentre pas plus dans celle des cancers de la tête que dans celle des cancers de la queue ; bien au contraire, elle appartient d'une façon non douteuse à celle des épithéliomes du corps, et la description nécropsique des lésions et de leurs rapports le confirme.

Les trois observations suivantes (17, 18, 19) se rapportent à des faits cliniques moins nettement caractérisés ; et les autopsies nous montrent que la tumeur occupe le corps et la queue. Nous avons tenu à les publier à côté des précédentes, sans doute parce que les lésions intéressaient le corps, mais aussi pour montrer les différences cliniques causées par les différences de situation et de rapports anatomiques.

Enfin, nous rappellerons l'intéressante observation de Lancereaux, dont la symptomatologie est assez originale, et nous y joindrons une dernière observation publiée tout récemment à Lyon.

Nous avons laissé de côté à dessein d'autres faits peu précis, comme ceux de Thomas Sawal, cités par Mondière et repris par Salles (1) : dans l'un, coexistence de tuberculose pulmonaire, évolution longue de quelques années et chez un malade jeune ; dans l'autre, tumeur mal définie comme siège et comme nature.

Observation I (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Amédée Monnier)

Veuve M. . . , âgée de 62 ans, entrée le 20 mars 1909 à l'infirmerie de l'Hospice général Saint-Jacques.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection cardiaque. Mère morte à 82 ans de tuberculose fibreuse ; avait eu 4 enfants : 2 vivants ; des deux autres, l'un est mort d'une affection de l'intestin, l'autre de tuberculose à 7 ans ; était rhumatisante.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche à 2 ans. Fièvre typhoïde à 15 ans. — Menstruation à 12 ans 1/2, régulière. — Mariée à 17 ans 1/2. — A eu un fils encore vivant (peintre, ayant eu des manifestations saturnines), hospitalisé pour hémoptysies. — Deux fausses couches. — Mari mort tuberculeux. — Ménopause à 52 ans. — Fatigue facile, mais ne s'alite jamais.

(1) Salles, *loc. cit.*, obs. I et II, p. 12 et 13.

La malade entra à l'Hôtel-Dieu en 1903 pour battements de cœur, état syncopal, œdème des jambes le soir. Améliorée, elle est admise aux pavillons de convalescence, puis acceptée comme vieillard. Admise à repasser le linge, elle dut abandonner cette fonction, trop pénible pour elle.

Le 9 janvier 1906, elle est parmi les malades de l'infirmierie, se plaignant de céphalée, de douleurs vives dans les membres, d'engourdissement des mains. Paupières gonflées. Œdème des jambes. Dyspnée d'effort. Constipation opiniâtre. — Examen des poumons : râles sous-crépitaux aux deux bases. — Artères scléreuses. Aortite chronique. Arythmie. — Urines, volume : 2.250 cc. ; densité : 10.11. Réaction acide. Léger trouble d'albumine. Coloration d'uro-hématine. Pas de sucre. — Traitement : régime lacté. Purgatifs.

Année 1906. — Le 5 janvier, nouvelle entrée à l'infirmierie pour de la céphalée, étourdissements ; douleurs au niveau des reins, vomissements, besoins d'uriner. Troubles dyspeptiques banals et légers.

Nouvelle entrée à l'infirmierie le 22 mai 1906 : angine diphtérique avec léger engorgement ganglionnaire (bacille court et streptocoque associés). La malade est soignée aux pavillons d'isolement.

Elle revient de nouveau à l'infirmierie le 20 mars 1909. Depuis le 13 du même mois, elle éprouvait des troubles de la digestion, avec des douleurs vers la région lombaire, quelques vomissements glaireux.

Les troubles allèrent en s'exagérant. La douleur devint violente, profonde, avec exacerbations paroxystiques. Elle siégeait à l'épigastre. Si la malade se tenait dans la position

horizontale, la douleur était insupportable ; dans la position assise, elle était moins violente ; enfin, très atténuée quand la malade se penchait en avant. Cette douleur s'accompagnait de sensations de battements pulsatiles dans la profondeur de la région épigastrique. Elle irradiait en hauteur vers la région rétro-sternale et dans la profondeur vers le dos. C'était un des cris de la malade : « mon dos, mon dos ! » Son cauchemar était un besoin de vider son intestin : elle le sentait rempli même après plusieurs évacuations, toujours provoquées. Elle demandait sans cesse à aller à la selle. Elle avait la sensation d'être enserrée comme dans un corset.

On notait du dégoût pour la viande.

Il survint des vomissements très abondants, presque incoercibles, empêchant la malade de s'alimenter. Elle réclamait pourtant à manger. Ces vomissements, de couleur porracée, se reproduisaient par crises, sans trop d'efforts, et rappelaient ceux des crises gastriques des tabétiques.

L'amaigrissement était notable. On sentait au niveau de la région épigastrique une masse inégale, dure, douloureuse à la pression. Cette tumeur semblait faire corps avec l'estomac, et être nettement séparée du foie. Elle donnait la sensation d'un squirrhe en évolution.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

Ni ascite, ni glycosurie.

Les selles n'ont jamais présenté l'aspect graisseux.

22 juin 1909. — Les souffrances sont de plus en plus vives. Les vomissements persistent avec leurs mêmes caractères. L'amaigrissement s'exagère.

1^{er} juillet. — L'émaciation est de plus en plus évidente. La malade, dont les souffrances ne sont calmées que par la mor-

phine à doses progressives, se cachectise. L'alimentation est nulle. Les urines sont rares.

Les jours suivants, l'intoxication s'accroît. La malade est soit comateuse, soit délirante. Elle meurt le 15 juillet.

Autopsie

L'estomac est plutôt petit, d'apparence extérieure saine. Il est libre d'adhérences dans la plus grande partie de son étendue ; il présente de légères adhérences au niveau de la petite courbure, dans les régions cardiaque et pylorique. Ses orifices sont sains. La muqueuse est épaissie, mais n'a nullement subi l'envahissement néoplasique.

Le *pancréas* porte une tumeur atteignant le volume du poing, bosselée, dure, d'un gris blanchâtre, occupant tout le corps de l'organe et s'étendant du côté de la tête. Le canal cholédoque est parfaitement perméable, il est indemne de toute dégénérescence et l'ampoule de Vater est intacte. Macroscopiquement, la tumeur a tous les caractères du squirrhe.

Le foie pèse 1530 gr. Des noyaux cancéreux sont visibles à la périphérie. Un noyau du volume d'une noix est au centre. La vésicule n'est pas dilatée.

Rate : 135 gr., fibreuse.

Cœur : 225 gr. Dégénérescence graisseuse.

Reins scléreux.

Examen histologique

Diverses coupes de la tumeur ont été colorées d'après les procédés techniques ordinaires, soit à la coloration simple, soit à la double coloration (picro-hématéine ; éosine et hématéine).

Examinées au faible grossissement, ces coupes montrent, au milieu d'un tissu fibreux adulte qui les dissocie pour ainsi dire, de nombreux lobules irrégulièrement disposés, inégaux, composés de cellules ne présentant pas les caractères des cellules normales.

A un fort grossissement, on voit que les cellules du centre des lobules sont volumineuses, arrondies, à protoplasma rempli de granulations fines, nettement colorées ; le noyau est volumineux, peu visible. Les cellules de la périphérie au contraire sont beaucoup plus colorées et se rapprochent du type normal. Ça et là on rencontre des groupes de cellules jaunâtres, comme nécrobiosées, ayant en somme mal pris la coloration.

Entre les groupes de lobules, on distingue un tissu conjonctif peu riche en cellules, tissu adulte, limitant des cavités plus ou moins arrondies ou fusiformes de dimensions variées, généralement petites. Ce tissu est très dense. C'est lui qui donnait à la tumeur son caractère de dureté.

Nulle part dans les coupes que nous avons examinées, on ne rencontrait les boyaux ou alvéoles avec cellules cylindriques du cancer à type excréteur. L'épithéliome qui constituait cette tumeur semble appartenir au cancer à type glandulaire.

Observation II (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Favreul)

L... Pierre, 66 ans, tisserand à Joué-sur-Erdre.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1909, salle 7.

A toujours été bien portant jusqu'au mois de janvier. A cette époque, il éprouve quelques douleurs dans la région

épigastrique ; ces douleurs sont assez vives et durent une dizaine de minutes. Peu à peu, elles s'accroissent, deviennent plus violentes et plus longues. Elles sont surtout marquées la nuit. On ordonne des pilules.

A son entrée, le malade éprouve des douleurs presque continuelles, jour et nuit. Elles sont très violentes, donnent lieu à des sensations de gêne intolérable. Elles siègent à l'épigastre et s'irradient dans tous les sens, surtout du côté des lombes. On est obligé de recourir à la morphine pour les calmer.

L'appétit est conservé. Il n'y a jamais eu de vomissements. Ni hématemèses, ni méléna. Depuis 6 semaines, le malade a beaucoup maigri.

Analyse des urines : ni sucre, ni albumine.

Examen du sang : 1.940.000 globules rouges, 4.000 leucocytes.

A l'examen du malade, on sent au-dessus de l'ombilic une tumeur dure, immobilisée quand on fait respirer le malade. En avant, on perçoit un bruit de clapotement.

Le 29 mai, on fait une *laparotomie* sus-ombilicale. L'estomac est normal. On effondre le petit épiploon. Sur la paroi postérieure de l'arrière-cavité, on sent une masse dure, se prolongeant vers la gauche ; cette masse est en plein corps du pancréas ; la queue de la glande est relativement mobile, la tête est saine. On reconnaît un cancer du corps du pancréas. On suture la paroi.

Les suites opératoires furent normales.

Les douleurs deviennent moins vives et moins fréquentes. L'appétit est parfait.

Réunion par première intention. — Le malade quitte l'hôpital le 5 juin et retourne dans son pays.

Le médecin qui l'a suivi à partir de ce moment nous a communiqué les renseignements suivants :

Septembre. — Le malade est devenu profondément cachectique. L'appétit est bon. Les selles sont régulières. Pas d'ictère. Pas de glycosurie.

Novembre. — Il s'est développé de l'ascite et un léger œdème des membres inférieurs. L'ictère a apparu vers le 15 octobre. Le malade est mort le 31 octobre. L'appétit s'est conservé à peu près jusqu'au jour de la mort.

Observation III

(*M. le Professeur Chauffard, Académie de Médecine,*

20 octobre 1908).

Chez un homme ayant dépassé la cinquantaine, nerveux et surmené, et qui, sans être un vrai morphinomane, avait usé et abusé de toutes les préparations opiacées, apparut progressivement un état caractérisé par un amaigrissement rapide, et surtout par des douleurs profondes, paroxystiques, siégeant entre l'épigastre et l'ombilic, et revêtant une telle et si angoissante acuité que seules les piqûres de morphine pouvaient les calmer. Au moment des crises, aucune alimentation n'était possible, et le régime lacté ne pouvait en éloigner le retour. Le malade, pleinement conscient de la gravité de son état, passait parfois des jours et des nuits assis sur son lit et penché en avant, seule position où il put trouver quelque soulagement. Et cependant, l'exploration objective

restait négative ; aucune tumeur n'était perceptible, l'examen méthodique de l'estomac ou de l'intestin ne décelait pas le cancer que l'on redoutait, les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. De même, l'absence de tous signes tabétiques ne permettait pas de considérer ce syndrome douloureux comme relevant d'un tabès fruste, bien que les crises, par leur soudaineté, leur extrême acuité, leur caractère inexpliqué, fissent songer à des crises gastriques d'origine bulbo-spinale.

Les choses allèrent ainsi pendant deux à trois mois, la situation ne cessant de s'aggraver, jusqu'au jour où apparut un ictère terminal et rapidement mortel.

L'autopsie fut pratiquée et révéla l'existence d'un noyau cancéreux assez volumineux, vérifié histologiquement, et qui siégeait en plein corps du pancréas, à son union avec la tête de l'organe. De nombreuses embolies cancéreuses microscopiques furent constatées dans les veinules-portes intra-hépatiques.

Observation IV

(*M. le Professeur Chauffard, Académie de Médecine,*
Octobre 1908).

M. X... est un homme de 37 ans, très robuste, et sans autres antécédents pathologiques que, peut-être, un chancre syphilitique dans sa jeunesse et quelques abus d'alcool.

Le 15 janvier 1908, en pleine santé, il est pris brusquement d'une douleur très vive, au niveau du rebord des fausses côtes gauches, et cela pendant plusieurs heures, sans que l'exploration de la région décèle rien de particulier.

Les crises sont d'abord espacées, et ne reviennent que tous les huit à dix jours, avec les mêmes caractères. Pendant les intervalles qui les séparent, subsiste une sensation de tension abdominale, de ballonnement pénible, de besoin vague d'exonération intestinale, sans coliques ni diarrhée, sans rien de perceptible à la palpation.

Puis, au bout de quelques semaines, le foyer douloureux se déplace, passe de gauche au milieu et à droite. Les crises se font de plus en plus aiguës et rapprochées, et la douleur s'étend en travers, à mi-chemin entre l'ombilic et l'épigastre, dépassant à droite la ligne médiane. Elle est à la fois profonde et aiguë, angoissante, assez vive pour arracher des cris au malade, accompagnée souvent d'efforts pénibles de vomissements qui n'amènent que le rejet de quelques mucosités. Outre ces douleurs lancinantes et prolongées, existe souvent une sensation très pénible de constriction viscérale, de *corset*, suivant l'expression du malade.

En mai, les crises deviennent affreusement douloureuses, ne permettant pendant leurs paroxysmes aucune prise d'aliments ou de liquides, bien que, dans leurs intervalles, il reste une certaine conservation de l'appétit et des fonctions digestives. L'amaigrissement est notable, et la perte de poids est de 15 kilogrammes en quatre mois et demi. Pas de glycosurie.

La palpation abdominale reste négative et ne révèle ni tumeur, ni augmentation de volume ou déformation d'aucun des organes abdominaux. On ne constate toujours que la même localisation de la douleur, transversale et sus-ombilicale, avec son caractère de viscéralgie profonde, angoissante, constrictive, ne cédant qu'à la morphine.

En raison des antécédents de syphilis probable, on songe à la possibilité de crises gastriques au cours d'un tabès fruste. Mais les réflexes tendineux et iriens sont conservés, et la ponction lombaire montre que le liquide céphalo-rachidien est normal.

A la fin du mois de mai, et malgré tout ce qu'on peut lui dire, X... part pour Plombières. Mais il souffre de plus en plus, ne peut suivre aucun traitement, et au bout de huit jours revient à Paris.

Le 27 mai, pour la première fois, les fèces se décolorent, les urines deviennent acajou, chargées de pigments biliaires et d'urobiline; un ictère très net, quoique assez peu intense, apparaît.

Le 29 mai, léger état fébrile (38° 3). Le malade réclame à tout prix une opération, et celle-ci est pratiquée le lendemain.

A l'ouverture du ventre, M. Tuffier ne constate ni ascite, ni péritonite. Le foie est de volume et d'aspect normal, la vésicule à peine un peu distendue et pleine de mucus. L'exploration digitale montre, en revanche, des lésions profondes du pancréas. Toute la *partie moyenne* de la glande, depuis le col jusqu'au voisinage de la queue du pancréas, est *bosselée* et *dure*, farcie de nodules gros comme des petits pois, et de consistance néoplasique. Un ganglion tuméfié et dégénéré est constaté au niveau du col de la vésicule biliaire.

Dans ces conditions, un drainage de la vésicule est institué, avec mèches plongeant dans la région sous-hépatique.

Les suites de cette intervention ont été des plus bénignes, et même très favorables, en ce sens que les douleurs abdominales ont immédiatement disparu; bien plus, vers le hui-

tième jour, les matières recommencent à se colorer, les urines s'éclaircissent, et l'ictère diminue notablement. L'appétit reparait, et une alimentation presque excessive est reprise.

Mais cette embellie inespérée ne devait être que de bien courte durée. Vers le dix-huitième jour après la laparotomie, l'ictère se montre de nouveau, et se fonce rapidement jusqu'à prendre une teinte verdâtre. Puis les vomissements se reproduisent, de plus en plus fréquents, aboutissant, vers le 30^e jour, à une intolérance gastrique absolue. Pas de crises douloureuses, à peine de temps en temps une ébauche de constriction en corset. Fièvre oscillant entre 38° et 38° 5.

Peu à peu, le malade arrive à ne plus vivre que d'injections salines, de morphine (10 à 12 centigrammes par jour), de lavements alimentaires. Il s'éteint dans la plus profonde cachexie à la fin du mois de juillet, deux mois après l'intervention chirurgicale.

Observation V

(*Boulin et Chauffard*, 1908).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, robuste et même obèse, non syphilitique, et n'ayant dans ses antécédents pathologiques d'autre tare que des abus répétés de vin.

Au commencement de décembre 1907, apparaît sans cause appréciable une douleur vive et presque permanente au niveau du rebord des fausses côtes *gauches*, avec sensation de plénitude intestinale, faux besoins d'aller à la selle, comme par une sorte de ténésme de tout le côlon.

La douleur est si pénible que, bientôt, le malade redoute

de se lever et reste assis sur son lit, le tronc plié en avant, les mains croisées au-devant des genoux fléchis. Ce n'est que dans cette position de relâchement abdominal qu'est obtenu un peu de soulagement. La station debout n'est possible que le corps penché en avant.

Cet état de souffrance angoissante et continue empêche le sommeil, et arrive à rendre nécessaires les injections de morphine.

Et cependant il n'existe ni fièvre, ni modifications du pouls ; l'appétit est conservé, et les digestions se font bien ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Sous l'influence du régime lacté prolongé, la sensation du météorisme abdominal s'atténue, et les phénomènes de fausse constipation s'amendent de plus en plus. Mais la douleur résiste à tout traitement, toujours localisée vers l'angle gauche du côlon, et accompagnée en février et mars d'une irradiation postérieure, d'une sensation de barre douloureuse à la partie supérieure de la région lombaire. La palpation abdominale continue à ne révéler l'existence d'aucune tumeur.

Dans les premiers jours d'avril 1908, une période d'accalmie permet au malade d'aller passer quelques semaines à la campagne. Mais il en revient bientôt, repris de douleurs de plus en plus cruelles, en corset, et qui se propagent maintenant en barre au-dessous du creux épigastrique. Tout effort pour redresser le tronc exaspère la souffrance, et le malade reste assis dans son lit et comme replié sur lui-même.

L'amaigrissement, malgré la conservation apparente des fonctions digestives, est devenu très notable.

Le 20 mai, la palpation abdominale laisse sentir dans la

profondeur une tuméfaction assez vague et mal délimitée dans les régions vésiculaire et sus-ombilicale.

Le 30 mai, apparition d'un ictère par rétention, avec cholurie et décoloration fécale.

Le 2 juin, le Dr Tuffier pratique une laparotomie exploratrice et fait les constatations suivantes : vésicule plutôt petite, et contenant une bile muqueuse et assez peu colorée ; Intégrité de la tête et de la queue du pancréas, mais toute la partie moyenne de la glande, le corps du pancréas, est augmentée de volume, bosselée, bourrée de nodosités pisiformes, indurées, de consistance néoplasique ; les ganglions prévertébraux sont tuméfiés et dégénérés ; quelques noyaux néoplasiques sont perceptibles sur la face inférieure du foie.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs disparaissent, mais l'ictère persiste, tout aussi foncé. Le malade n'en est pas moins enchanté du résultat obtenu, et se croit guéri. Mais, malgré l'absence de vomissements, et bien que les douleurs n'aient pas reparu, la cachexie s'aggrave rapidement, l'ictère reste très prononcé, et la mort survient le 10 juillet.

Observation VI (Résumée)

(Malbot, Soc. Méd. des Hôpitaux, 19 février 1909)

Maurice P..., 44 ans, employé d'administration.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler.

Novembre 1906. — Il ressent une sorte d'endolorissement sourd et profond du côté gauche, au niveau du thorax et de l'épaule ; douleur supportable, sans symptôme objectif. Cette douleur dure 3 semaines, puis disparaît soudain.

En février, pendant 4 ou 5 jours, douleurs sous forme de secousses électriques, au niveau des dernières côtes gauches. Tout rentre dans l'ordre.

17 Mars 1907. — A l'occasion d'un effort, il est pris brusquement d'un point de côté à gauche, point de côté atroce, qui lui coupe la respiration, et l'anéantit pendant un bon quart d'heure. Cette crise douloureuse dure 24 heures, en s'atténuant.

27 Mars. — Apparition d'un ganglion sus-claviculaire, lisse, mobile, douloureux à la pression, et qui subira des alternatives d'apparition et de disparition au cours de la maladie. M. Malbot, voyant le malade à ce moment pour la première fois, se méfie d'un néoplasme.

Mai et Juin 1907. — Douleurs du côté droit. Douleurs lombaires, exagérées au repos, atténuées par le mouvement et surtout la marche. Douleurs au niveau du testicule gauche. Douleurs en ceinture. L'état général se maintient. Anorexie spéciale pour la viande. — Pas de signes physiques. — On pense à un néoplasme de l'arrière-cavité des épiploons, situé au voisinage du canal thoracique.

26 Juin 1907. — M. le Professeur Chauffard voit le malade, et, à cause du ganglion, il fait des réserves et soupçonne un épithéliome, qui siègerait soit à l'estomac, soit au corps du pancréas en raison de l'acuité et de la bizarrerie des douleurs. L'examen du sang démontre une anémie notable. L'examen du chimisme gastrique montre de l'hypochlorhydrie.

De Juin 1907 à Mai 1908. — Périodes de douleurs entrecoupées d'accalmies plus ou moins longues. Les douleurs se généralisent à tout le tronc. Elles deviennent constrictives, angoissantes ; la base du thorax est serrée comme dans un

étau. — L'examen des organes thoraciques et abdominaux est toujours négatif. On ne trouve jamais ni stéarrhée, ni glycosurie, ni albuminurie. — Etat neurasthénique à noter.

Juin et Juillet 1908. — Le malade fait une fugue à Vichy. Puis il se soumet lui-même à l'hydrothérapie. — Les douleurs reparaissent, très vives.

En août, il se fait soigner par l'électricité.

Septembre 1908. — Amaigrissement très prononcé. Douleurs. Tumeur épigastrique, plus à gauche qu'à droite, du volume du poing, immobile.

20 Octobre 1908. — Formidable crise cardialgique, qui rappelle les grands ictus tabétiques. Au bout de 8 jours, tout rentre brusquement dans l'ordre.

C'est à cette époque que M. Chauffard fait sa communication sur le cancer du corps du pancréas. Une laparotomie est alors décidée.

2 Novembre 1908. — Laparotomie par le Dr Témoin (de Bourges). On reconnaît un cancer du corps du pancréas : « Tumeur dure, ligneuse, mamelonnée, formant un chou-fleur du volume d'un très gros poing ; cette tumeur, probablement un épithélioma, avait envahi toute la queue et le corps du pancréas, laissant intactes la tête de l'organe et la plus grande partie de son bord inférieur. » On referme l'abdomen.

Après la laparotomie « il n'eut jamais plus de crise douloureuse quelconque, ni la moindre douleur, gravative, pongitive, lancinante ou autre ». Pendant les 15 jours qui suivirent l'opération, il eut seulement une sensation de « pesanteur », de « raideur gênante » plutôt qu'une douleur véritable. — Appétit. Sommeil. Meilleur état mental. Cachexie.

Mort le 6 janvier, avec des phénomènes d'œdème aigu du poumon.

Observation VII (Résumée).

(*Poncet, in thèse de Charette, p. 7*)

Françoise P..., 65 ans, cultivatrice. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a 2 ans, elle eut la jaunisse à la suite d'une frayeur ; l'ictère a disparu après quatre mois. Consécutivement, la malade se portait assez bien, mangeait et dormait bien.

Depuis deux ou trois mois, elle se plaignait de douleurs abdominales assez vives dans la moitié sus-ombilicale de l'abdomen, surtout à droite. Ces douleurs l'empêchaient de dormir. Ensuite, elle a senti elle-même, dans la région épigastrique, une grosse tumeur. Le médecin lui a conseillé de se faire opérer. La malade avait en outre des nausées assez fréquentes, sans vomissements. A ce moment, pas d'ictère. Amaigrissement rapide. Laparotomie par M. Delore, aidé de M. Leriche, le 31 décembre 1907. On trouve une grosse tumeur, formée aux dépens du corps du pancréas et semblant gagner du côté de la tête. Inopérable. Quatre jours après seulement, apparition d'un ictère progressif. La malade passe ensuite dans le service du Professeur Teissier. On note alors :

Ictère assez foncé avec décoloration complète des matières. Nausées fréquentes, quelques vomissements le soir. Anorexie marquée, dégoût pour la viande et les matières grasses. Constipation légère. Pas de diarrhée.

Au palper, on sent, dans la région épigastrique, une grosse tumeur, assez régulière, douloureuse, se prolongeant du côté droit, et du côté gauche presque jusqu'à la région splénique. La matité hépatique ne déborde pas les fausses côtes. Au-dessous du foie, on a nettement la sensation d'une vésicule dilatée. Pas d'ascite. La matité splénique se perçoit sur quatre à cinq travers de doigt et on sent, au-dessous des fausses côtes gauches, une masse dure qui est peut-être un prolongement à gauche de la tumeur médiane ou une généralisation splénique.

Poumons : murmure vésiculaire un peu diminué, surtout à la base droite ; sonorité normale ; râles de bronchite.

Cœur normal.

La malade a eu des poussées de température à 39° et 39° 5. Ordinairement elle se maintient vers 38° à 38° 5.

Urines : ni sucre, ni albumine, ni indican. Urobiline. Chlorures, 2,25 par litre. Urée 14,80. Phosphates 1,40.

Ganglions inguinaux.

Réaction de Weber faiblement positive.

Examen du sang : 3.000.000 de globules rouges et 9.300 globules blancs.

Cachexie progressive. Mort le 1^{er} mars.

Autopsie

Poumons. — Quelques noyaux néoplasiques à la surface et à l'intérieur. Ces noyaux sont très limités, arrondis, comme encapsulés. Les plus gros sont comme une noisette. — Quelques adhérences pleurales.

Abdomen. — La masse néoplasique fait saillie à travers le petit épiploon et l'estomac, l'enserme en demi-cercle. Py-

lore projeté en avant et peu accessible. Estomac peu dilaté.

Vésicule très en dehors, grosse, allongée, verte et pas très pleine. Bile noirâtre, petits graviers durs.

Le cholédoque admet facilement l'index, il est obstrué à sa partie inférieure par le néoplasme.

Le foie présente une seule tache de bougie à sa face supérieure, et au milieu le parenchyme est infiltré de bile avec petits abcès biliaires à la surface du lobe gauche.

L'arrière-cavité des épiploons n'existe plus, les parois en sont accolées par une masse rougeâtre ressemblant à une muqueuse cadavérique. La masse néoplasique est bosselée, avec parties molles et dures, mais arrondies. Les coupes montrent un pancréas totalement infiltré par des masses néoplasiques, avec des noyaux ganglionnaires tout autour qui, en arrière, enserrant la veine cave et l'aorte. La tête est partiellement respectée. La rate a de la péricapnité, mais pas de noyaux de généralisation.

Observation VIII (Résumée).

(*Jaboulay, in thèse de Charette, p. 10*).

Jean X..., 65 ans, cultivateur. Entre le 6 janvier 1908.

Depuis quelque temps, digestions plus lentes et renvois désagréables.

Depuis deux mois, troubles gastriques : digestions pénibles, crampes d'estomac. Anorexie, surtout pour les aliments gras. Peu à peu, douleurs intenses : le malade se fait vomir.

Etat actuel : amaigrissement, teint jaune paille.

Légère résistance à la palpation du pyllore. Estomac dilaté et clapotant.

Catéthérisme de l'œsophage : spasme du cardia.

Examen du sang : hémoglobine diminuée ; globules blancs très nombreux (surtout polynucléaires).

10 *Février* 1908, *laparotomie*. — Induration vers la petite courbure. Sur une anse grêle, une tache graisseuse sous-séreuse qui attire l'attention du côté du pancréas. « L'exploration de cet organe montre au niveau du corps une masse dure semblant, au premier abord, composée de ganglions et d'une portion indurée du pancréas. M. Jaboulay, après examen, conclut à un cancer du corps du pancréas gênant le fonctionnement gastrique et fait une gastro-entéro-anastomose au bouton. »

14 *Février*. — Phlébite gauche.

Cachexie. Escharres.

Mort le 12 mars.

Observation IX (Résumée).

(*Poncet, in thèse de Charette, p. 12*).

Claude P..., 67 ans, cuisinier. Entre le 20 février 1907. Santé antérieure toujours parfaite, sauf malaria en 1861, à Rome.

Il y a 3 mois, refroidissement, suivi d'inappétence et d'amaigrissement (15 kilos). Digestions pénibles. Continuelle pesanteur au creux épigastrique. Ni vomissements, ni hématemèses, ni mélènas, ni constipation.

Etat à l'entrée. — Très amaigri, teint jaune paille, non ictérique, continuellement las. Douleur constante à l'épigastre et dans le flanc gauche. « Cette douleur, qui siège profondément, presque dans le dos, n'est pas très violente, mais ne

cède à rien. A l'inspection de l'abdomen, on perçoit aisément une grosse tumeur qui soulève la paroi et fait un relief sensible. A la palpation, on la trouve irrégulière, dure, bosselée, faisant un placard large comme la main. La pression éveille à son niveau une douleur diffuse. A première vue, cette masse semble mobile, mais on devine bien qu'elle tient dans la profondeur. La paroi est souple, sans défense. L'estomac ne paraît pas dilaté. » Le lavage d'estomac montre qu'il n'y a pas de rétention gastrique.

Le diagnostic de cancer du corps du pancréas est porté, sous toutes réserves.

Le 23 Février, laparotomie. — Estomac sain. « Au-dessous de la petite courbure, se montre une grosse masse bosselée, irrégulière, à caractères franchement néoplasiques. Cette masse plonge dans l'arrière-cavité des épiploons et va s'implanter sur le pancréas, dont la tête et la queue sont indemnes ». On referme.

17 Mars. — Après des suites opératoires normales, douleur diminuée, mais cachexie marquée.

Le malade a été perdu de vue.

Observation X

(*Poncet, in thèse de Charette, p. 14*).

Homme de 40 ans, entré dans le service du professeur Poncet le 4 décembre 1906.

Il a maigri beaucoup depuis 7 mois, d'environ 15 kilos, avait perdu l'appétit ; il accusait surtout de violentes douleurs épigastriques, s'irradiant dans la colonne vertébrale

et ne semblant pas liées directement à l'ingestion des aliments. Il y a 3 semaines, est survenu un mélæna.

Le teint est jaune paille, l'anémie très accentuée. On ne perçoit aucune tumeur dans le ventre, pas plus à l'épigastre qu'ailleurs, aucun ganglion. Pas d'ictère, ni stéarrhée, ni vomissements. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Une radioscopie a été négative. On pense à une tumeur de la petite courbure de l'estomac ou à un néoplasme du corps du pancréas.

La laparotomie exploratrice (Delore) montre un cancer à noyaux multiples du corps du pancréas, s'étendant légèrement du côté de la tête de cet organe. La glande est fixée contre la colonne, et à sa surface font saillie quelques ganglions indurés, surtout vers le bord supérieur.

Guérison opératoire avec atténuation des douleurs.

Observation XI

(Andral, cancer du pancréas simulant un anévrisme de l'aorte abdominale. — *Lancette française*, t. V., n° 18, 1831).

La femme Luguët, âgée de 54 ans, d'une constitution ordinairement forte, accusait trois mois de maladie lorsqu'elle fut admise à l'hôpital le 15 mai 1831. Elle éprouvait dans la région du dos des douleurs intolérables, qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax, duraient tantôt pendant des heures, tantôt pendant une journée entière, parcouraient toute la région abdominale et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs tantôt

à des *coups de marteau*, tantôt à des *coups de poignard* qu'elle recevait dans le dos. La douleur se renouvelait plus pendant la nuit que pendant le jour. Le faciès était pâle, exprimait la souffrance, le pouls était fréquent par intervalles, la langue était couverte d'un enduit jaunâtre, la malade éprouvait un insurmontable dégoût pour les aliments. La percussion de la poitrine et du ventre ainsi que l'auscultation de la poitrine n'apprenaient rien de particulier sur l'état des organes contenus dans ces deux cavités.

Quelques jours après l'entrée de la malade, un examen plus attentif fit reconnaître une saillie remarquable des dernières fausses côtes gauche, ce qui porta à soupçonner l'existence d'une tumeur de la région hypocondrique, mais le palper et la pression de cette région ne fournissent aucun renseignement.

Quelques émissions sanguines locales, des cataplasmes, des narcotiques, la morphine, tels furent les moyens mis en usage pour calmer la souffrance et la cruelle insomnie qui la tourmentaient.

Dès les premiers jours de juin, la diarrhée survint, la langue se sécha et se recouvrit d'un enduit crémeux, le ventre se météorisa, le pouls augmenta de fréquence, la sensibilité devint obtuse, la malade n'accusa plus de vives douleurs, mais elle succomba après avoir présenté tous les signes de la *fièvre adynamique des vieillards*.

Autopsie

A l'ouverture, les yeux se portent aussitôt sur la cavité abdominale, qui paraissait être le siège du mal. La rate, dont on avait soupçonné l'altération pendant la vie, n'offrait

rien d'anormal. Le foie était sain. Il existait entre cet organe et le diaphragme une tumeur environ du volume d'un œuf. — En écartant la masse intestinale, on ne tarda pas à apercevoir à la place du pancréas une énorme tumeur, formée de matière encéphaloïde, squirrheuse. C'est le pancréas lui-même qui avait subi cette transformation ; à peine en distinguait-on quelques fibres au milieu de cette masse, qui comprimait l'aorte abdominale et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau, ce qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait pendant la vie.

La membrane muqueuse de l'estomac est saine, elle ne présente aucune altération qui soit en rapport avec l'état de la langue observé pendant les derniers jours de l'existence.

Le poumon est crépitant et perméable à l'air, mais, au moment où on ouvre le péricarde, il s'échappe une quantité de sang qu'on a pu évaluer à un demi litre. Le cœur et les gros vaisseaux tant artériels que veineux ne présentent pas d'altération appréciable.

Était-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de déterminer le siège de cette maladie et d'en arrêter les progrès ? Nous ne le pensons pas. En nous rappelant des faits analogues, en considérant cette *douleur perforante*, en *coups de marteau* reçus dans le dos, nous étions très portés à croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Cette saillie même des fausses côtes, qui bien probablement était congénitale, était encore pour nous une source d'erreur.

Observation XII (Résumée)

(*Charlton Bastian, Medical Times, 1883*)

Charlton Bastian rapporte un cas de cancer du pancréas chez une femme âgée de 64 ans ; le cancer avait donné des nodules secondaires dans le foie, l'estomac, les reins et la peau. L'autopsie permit d'examiner les productions. On trouva qu'il présentait la structure d'un cancer squirrheux.

Le symptôme prédominant était dans ce cas une *douleur continue* avec des exacerbations de temps à autre, ce qui amena à diagnostiquer un anévrisme de l'aorte. Ce fait s'explique par la situation même de la tumeur qui, commençant à envelopper l'aorte près du tronc cœliaque, donnait l'impression d'une légère dilatation du vaisseau et amenait la production d'un bruit systolique distinct.

Observation XIII

(*Labadie-Lagrave, Cancer mélanique du pancréas, in thèse de Salles, 1880.*)

Le nommé A..., plombier, 37 ans, entre le 13 février 1880 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 22. Rien à noter comme antécédents morbides. Il n'a eu ni coliques de plomb, ni syphilis, ni rhumatismes. En 1870, un éclat d'obus avait pénétré profondément dans son œil gauche. Il s'en était suivi une perte de l'œil ; on avait extrait le corps vulnérant, et à la date de l'entrée à l'hôpital on constatait seulement une cicatrice énorme aux dépens de la sclérotique et de la paupière supérieure.

Il y a six mois, le malade a été pris de douleurs de ventre d'une extrême intensité ; sa profession a d'abord fait croire à des coliques de plomb, et on a institué un traitement dans ce sens. Loin de céder, les douleurs n'en persistaient pas moins et allaient en grandissant. Elles avaient leur siège principal sur le côté droit du ventre, au niveau du rebord des fausses côtes avec retentissement vers la colonne vertébrale au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires. Il n'a eu depuis le début de la maladie que trois vomissements alimentaires et parfois quelques vomissements glaireux le matin. Diarrhée habituelle depuis 4 ou 5 mois. Sur les derniers temps, il a constaté un peu de sang noir dans ses garde-robes. Il a perdu considérablement de ses forces et a rapidement maigri depuis 3 semaines.

Etat actuel. — Malade notablement émacié, teinte jaunâtre de la peau. Appétit nul, pas de fièvre. Facultés intellectuelles intactes. Douleur à la palpation, et malgré le ballonnement du ventre, on sent une tumeur dure, bosselée, soulevée par des battements isochrones à ceux du poulx. Ce n'est pas un anévrysme de l'aorte abdominale, car on n'aurait pas cette sensation de dureté et de bosselure ; d'ailleurs, sous la main, on sent que la tumeur est soulevée en masse et l'on n'a pas une sensation d'expansion. Il est plus difficile de savoir si l'on a affaire à une tumeur de l'estomac ou du duodénum. Rien du côté des urines qui sont très rares. Vu l'amaigrissement du malade et la teinte de ses téguments qui rappelait celle de la cachexie cancéreuse plutôt que l'ictère, en présence des vomissements, de la diarrhée, et enfin de la tumeur qu'on prenait sous les doigts, il aurait été assez rationnel d'admettre un cancer de l'estomac ou de l'intestin,

mais un signe que l'on remarqua les derniers jours vint lever les doutes à cet égard et permit à M. Labadie-Lagrave de diagnostiquer un cancer du pancréas.

Dans les derniers jours de la maladie, l'examen des selles y fit reconnaître la présence de petits grumeaux blancs, gros comme des petits pois ou des têtes d'épingle. Un de ces petits grumeaux placé sur du papier y faisait une tache huileuse persistante. C'était évidemment de la graisse. Cependant vers le 20 février le malade tombe dans une sorte de torpeur ; il répond difficilement aux questions qu'on lui pose ; il reste dans cet état jusqu'au 26, jour où il succombe dans le marasme le plus prononcé.

Autopsie faite par M. Colleville, externe du service. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ 100 gr. d'un liquide séreux trouble. L'estomac et l'intestin présentent une coloration ardoisée. Celui-ci fortement congestionné à la portion descendante du duodénum présente par places de petites infiltrations sanguines qui expliqueraient la présence du sang qu'on a parfois remarqué en petite quantité dans les selles pendant la vie.

Le pancréas est converti en une tumeur mélanique ; le canal de Wirsung est complètement oblitéré ; les ganglions prévertébraux sont atteints par l'infection carcinomateuse.

Le foie est pâle, un peu grasseux. Sur le bord postérieur, et près du pancréas, on trouve une tumeur mélanique, grosse comme un petit œuf de poule. Les reins sont gras et mous, la rate est un peu diffluente.

On ouvre la boîte crânienne, et on trouve à la partie postérieure du lobe sphéno-occipital gauche une tumeur méla-

nique ayant complètement détruit la substance cérébrale à ce niveau, et logée dans une large excavation.

Observation XIV (Résumée)

(*Barjon, in thèse Gimbert, Lyon 1902.*)

B..., Etienne, 64 ans, vigneron, entré le 20 juin 1901. Rhumes fréquents. Alcoolisme d'état. Bonne santé générale.

A 21 ans, coup de pied de cheval sur l'hypocondre gauche. A 40 ans, chute sur le même côté. Après ces accidents a toujours ressenti des points de côté à gauche, qui même le réveillaient. Depuis un an ou deux, lumbagos fréquents.

Depuis 6 mois, douleur fixe à l'hypocondre gauche, douleur permanente, progressive ; diminution de l'appétit, amaigrissement. Le décubitus latéral droit devient seul possible, avec position en chien de fusil.

Tumeur profondément située dans l'hypocondre gauche, rénitente, du volume du poing, douloureuse à la pression, animée de battements, avec souffle diastolique et bruit systolique à l'auscultation. Eréthisme cardio-vasculaire.

Emphysème pulmonaire.

La douleur reste le seul symptôme dont le malade se plaint. Elle est fixe, plus haut que l'ombilic, à gauche de la ligne médiane ; intolérable, arrache des cris, empêche le sommeil ; exagérée par la pression, calmée seulement par l'héroïne ; irradiations vers la fosse iliaque gauche.

La cachexie s'accuse. De l'ascite se développe. La douleur diminue et les phénomènes pulsatiles cessent.

Octobre. — Intolérance gastrique. Diarrhée. Des ganglions inguinaux se développent.

Pas de teinte jaune paille, pas d'ictère, jamais rien dans les urines.

18 octobre. — Le malade s'éteint dans une cachexie considérable et dans l'asthénie.

Autopsie

Poumons : emphysème. Un petit foyer gangréneux superficiel pleuro-pulmonaire, à droite.

Cœur : symphyse péricardique totale, lâche. Pas de lésions importantes des orifices.

Aorte abdominale : adhérente par ses branches à la tumeur.

Pancréas. — La tumeur occupe la partie moyenne et la queue du pancréas ; la tête est indemne. — Voies biliaires parfaitement perméables, pas la moindre rétention biliaire. Le cholédoque et l'hépatique, un peu dilatés, sont comprimés par des ganglions. — La tumeur est d'un blanc nacré, dure, résistante à la coupe.

Nombreux ganglions cancéreux (mésentère, hile du foie). Ganglions inguinaux.

Foie farci de noyaux secondaires en taches de bougie. Pas du tout d'ictère.

A l'examen histologique de la tumeur : cancer.

Observation XV (Résumée)

(*Pic et Tolot, Province Médicale, 1899*).

B... Françoise, 62 ans.

Antécédents personnels : douleurs articulaires avec tuméfaction, pendant sa jeunesse. A 28 ans, gastrite de longue durée. A 42 ans, chute sur les reins, suivie d'impossibilité

de la marche et de rétention d'urine. L'hiver précédent, une bronchite.

Juillet 1898. — Dyspnée d'effort depuis la bronchite, et point douloureux à gauche, en arrière, vers la colonne vertébrale.

« Elle compare sa douleur à celle d'une aiguille qui l'embrocherait. Cette douleur est presque continue avec des exacerbations, mais n'est pas influencée par l'ingestion des aliments. La malade n'a pas d'appétit et se force pour manger. Pas de dégoût pour les viandes. Indigestions fréquentes suivies de vomissements ; renvois aigres ; pas d'hématémèses ».

Amaigrissement notable depuis l'hiver. Les téguments n'ont pas de teinte spéciale.

Douleur à la pression de l'estomac. On ne sent pas de tumeur. Douleur à la pression des côtes, en arrière.

Scoliose dorsale à convexité droite, courbure de compensation à la région lombaire.

Légère albuminurie.

Fin de juillet. — Dyspnée continue. Décubitus gauche impossible. Sensations de piqûres dorso-lombaires et épigastriques, de douleurs en ceinture. Tumeur épigastrique, au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, dure, vaguement circulaire, animée de battements, peu mobile par les mouvements provoqués et semblant suivre les mouvements respiratoires ; semble distincte du foie, à la palpation profonde. A l'auscultation de la tumeur, souffle systolique intense ; les battements des fémorales semblent un peu en retard ; dans la région lombaire, à gauche de la colonne, battements plus nets que normalement. Un peu de myosis.

Pas de clapotage stomacal. Toute la région sus-ombilicale est très douloureuse à la moindre pression.

Octobre. — Tuméfaction dure. Persistance des battements, dans le sens postéro-antérieur, mais très peu latéralement : peu ou pas d'expansion. Souffle très net et deuxième ton synchrone à la diastole du cœur.

Novembre. — Péristaltisme constant. Souffle toujours intense. Amaigrissement et cachexie font des progrès.

Décembre. — Au creux épigastrique, toujours la tumeur dure, pulsatile ; souffle systolique suivi d'un ton sourd assez vague. Moins de péristaltisme. Alimentation provoque des douleurs.

Mort le 12 janvier 1899.

Autopsie

« A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate immédiatement la présence d'une tumeur située exactement au niveau du creux épigastrique, en rapport : en haut avec le foie ; en bas, avec la petite courbure qu'elle déprime, si bien que l'estomac allongé et en quelque sorte bilobé, lui forme ceinture convexe intérieurement.

« Cette tumeur est adhérente à toutes les régions voisines : estomac, intestin, gros vaisseaux ; la dissection en est difficile. Toutefois, on parvient à se rendre compte très nettement qu'elle est développée au niveau de la partie moyenne du corps du pancréas et en particulier aux dépens de sa partie postéro-supérieure.

« A la coupe, on voit que la tête est complètement respectée, ainsi qu'une languette au niveau du bord inférieur et de la queue.

« La tumeur est constituée par une substance nacrée, très dure, lardacée, criant sous le scalpel, parsemée de tractus fibreux très épais et de vaisseaux béants. En avant, cette tumeur se termine par une zone de transition avec la substance saine. La partie antérieure est souple et sous-jacente à la muqueuse duodénale qui est saine. Le cathétérisme du cholédoque est possible ; il n'y a sur son trajet aucun rétrécissement. Il est d'ailleurs complètement en dehors de la tumeur.

« Estomac : la muqueuse présente un épaissement considérable de sa musculature, surtout aux approches du pylore. La cavité présente un rétrécissement dû à des adhérences de la face externe de l'estomac. L'un au niveau du cardia, l'autre au niveau de la région parapylorique. Mais la région pylorique elle-même est saine. L'anneau n'est pas épaissi. On trouve en plusieurs points de la muqueuse des petites tumeurs pédiculées, molles, ressemblant à des adénomes.

« Le foie présente à la coupe des noyaux d'aspect de taches de bougie, dont la plupart varient du volume d'une noisette à une mandarine. Ils ont l'aspect de marron d'Inde à la coupe. Il y a très peu de substance hépatique saine. Le poids du foie est de 1.040 grammes.

« Cœur : Poids 270 gr. Rien d'anormal.

« Vaisseaux : Rien à l'aorte, sauf qu'au niveau du tronc cœliaque elle est en rapport avec la tumeur qui devait la comprimer pendant la vie. »

Les reins sont sclérosés. La rate présente de nombreux infarctus cancéreux. Aux poumons : emphysème, cicatrices fibreuses des sommets.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par un stroma fibreux très dense, circonscrivant des alvéoles irré-

gulières et des loges pleines de cellules de forme vaguement cylindrique, très granuleuses, jaunâtres. Il y a, soit de simples traînées, soit des boyaux cellulaires pleins ou canaliculés ; les reins sont sains. Au cœur aucune lésion, sauf un peu de sclérose du tissu conjonctif des espaces interfasciculaires.

Observation XVI (Résumée)

(Destot, *Société des Sciences médicales, Lyon* 1890)

M. Destot présente les pièces anatomo-pathologiques d'un malade opéré par M. Jaboulay. Il s'agit d'un homme adulte qui avait eu une bonne santé jusqu'au mois de janvier de cette année. A ce moment, il ressentit des douleurs dans la région épigastrique.

Au mois de juin, un médecin de Mâcon qu'il consulte reconnut des battements et la présence d'un souffle dans la région malade.

En juillet, M. Poncet ayant ce malade dans son service, songe à un anévrisme de l'aorte abdominale et conclut à la non-intervention.

M. Jaboulay, ayant pris le service peu après, fit une *laparotomie* exploratrice à cause de l'absence de retard du pouls fémoral, et sentit un corps dur sous le lobe gauche du foie. Une ponction donna un liquide ressemblant à du pus en voie de formation. Le malade présenta de la fièvre depuis l'opération et mourut en fin juillet.

A l'autopsie on trouva un cancer de la partie moyenne du pancréas généralisé au foie.

Observation XVII

(Adolf Strümpell (1), de Leipzig, *Cancer primitif du pancréas*, 1878).

Guillaume K. . . , emballleur, est âgé de 25 ans. Son père est mort d'une « maladie d'estomac ». Sa mère, ses frères et sœurs sont bien portants. Lui-même a toujours joui d'une bonne santé.

Ce n'est que depuis 4 semaines (commencement de mars 1878), qu'il s'aperçut pour la première fois d'un gonflement de l'abdomen survenant après les repas. Il éprouvait en même temps à la région épigastrique une sensation de gêne qui depuis se produisit après tous les repas. En outre, il eut souvent du pyrosis. Depuis trois semaines, le gonflement de l'abdomen persiste ; il éprouve en même temps des douleurs violentes dans le ventre et dans les reins, douleurs survenant avec assez de fréquence. Appétit très diminué ; souvent des éructations et des nausées sans vomissements véritables. Garde-robes régulières jusqu'à ce moment. Grande débilité générale et affaiblissement croissant de jour en jour. Pas de toux. Entré à l'hôpital le 8 avril 1878.

Etat actuel. — Homme grand, élancé, à système musculaire flasque, téguments pâles, mais ne présentant pas tout à fait l'aspect cachectique. La peau est mince et élastique. La tête et le visage, à part l'émaciation dont j'ai parlé, ne présentent rien de particulier. Langue pâle, humide, un peu chargée. Cou long et grêle, fosses sus-claviculaires très prononcées. Bruits vasculaires normaux. Thorax aplati, ses parties antéro-latérales sont déjetées en dehors par le gonfle-

(1) *Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XXII, Band.

ment de l'estomac. Respiration costale symétrique, un peu exagérée.

L'examen physique des organes thoraciques ne donne en avant rien de particulier si l'on en excepte le refoulement du diaphragme ; pas d'altérations pathologiques au sommet des poumons. Bruits du cœur normaux. Pouls à 80, assez plein. En arrière et à la partie inférieure du poumon gauche, on trouve une matité de un travers de doigt ; au-dessus de la matité, un affaiblissement du murmure respiratoire et une diminution des vibrations thoraciques.

La matité s'étend à gauche et se confond avec celle de la rate. Abdomen notablement augmenté de volume ; sa plus grande circonférence mesure 89 centimètres. Résistance élastique ; partout sensation évidente de fluctuation. La percussion donne dans les parties latérales et déclives une matité absolue qui se déplace avec la position du malade. La matité du foie commence au bord droit du sternum, au niveau de la cinquième côte et s'étend jusqu'au rebord des fausses côtes. Nulle part il n'y a de tumeur appréciable, mais autour de l'ombilic, qui est saillant et rouge, la peau est infiltrée et indurée, principalement à la partie supérieure. Hypertrophie des ganglions inguinaux. Hernie crurale droite, moyenne, réductible. Absence d'œdème aux extrémités. Urine peu abondante, concentrée, contenant un riche dépôt d'urates ; pas d'albumine. — Prescriptions : Decoctum Rhei ; vin ; alèzes chaudes sur l'abdomen.

Le 9 avril. — Même tuméfaction de l'abdomen. Douleurs spontanées et pouvant aussi se provoquer par la moindre pression. Deux selles liquides.

Le 11, le malade se plaint de douleurs abdominales plus

vives ; éructations fréquentes ; pas de vomissements ; pas de garde-robes.

Le 12. Plusieurs vomissements qui consistent en un liquide brun foncé, assez abondant, mêlé à des grumeaux noirs, et contenant, comme le démontre l'examen microscopique, de nombreux globules rouges. La tension du ventre est augmentée ; circonférence de 93 c/m. Une garde-robe peu abondante, ne contenant pas de sang.

Le 16. Les douleurs abdominales ne sont pas très intenses, mais *sensation douloureuse de pesanteur et de plénitude*. Vomissements fréquents formés d'un liquide abondant, noirâtre, contenant du sang. Ce liquide, traité par l'acide acétique cristallisé et par le chlorure de sodium, donne sous le champ du microscope des cristaux d'hémine (hémato-cristalline). La résistance et l'infiltration de la peau autour de l'ombilic ont augmenté. Pas de selles depuis le 12 avril, malgré des purgatifs et des lavements.

Le 21. L'émaciation du malade a augmenté. La faiblesse générale a atteint son maximum. Gonflement et tension du ventre portés à ce point qu'ils gênent extrêmement la respiration. En avant et au-dessous de la partie moyenne du rebord des fausses côtes, on obtient, en déprimant les parois abdominales, une sensation de résistance ressemblant à celle d'une tumeur située profondément. La douleur à la pression a augmenté ; léger œdème des parois abdominales. Vomissements persistants d'un liquide brun foncé combattus sans succès par la glace, la morphine, la teinture d'iode. Constipation opiniâtre.

Le 25. Les vomissements continuent ; ils sont devenus presque complètement noirs et contiennent toujours beaucoup

de grumeaux. La résistance au-dessous du rebord droit des fausses côtes persiste. Faiblesse extrême aux membres. Pas de fièvre. Pouls à 90 et à 100. Pas de selles.

Le 26. Léger délire le soir ; le liquide vomi contient du sang. Dans la nuit du 27 survient brusquement une agitation plus grande, des râles, et à une heure moins un quart le malade succomba sans phénomènes particuliers.

Autopsie. — Cadavre grand, très amaigri. Peau sèche, flétrie ; le tissu adipeux a presque complètement disparu. Muscles pâles, flasques. Rigidité cadavérique modérée. Ventre fortement gonflé ; après l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule plusieurs litres d'un liquide trouble, jaune verdâtre, séro-purulent, contenant quelques flocons de fibrine. Le diaphragme, fortement refoulé, atteint sur la ligne mamelonnaire le premier espace intercostal. Après l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve le feuillet pariétal du péritoine parsemé d'une grande quantité de noyaux, tantôt petits, tantôt plus grands (ayant pour diamètre moyen un centimètre et demi), noyaux blancs, durs, qui, à la coupe, montrent un aspect réticulé ; çà et là quelques petites hémorragies récentes. Tout l'épiploon et particulièrement le mésocôlon est farci de noyaux qui, en quelques points, se réunissent pour former des tumeurs assez grandes, irrégulièrement bosselées. Dans le foie, aussi bien à l'intérieur qu'à la surface, on trouve des noyaux semblables. À la coupe, on voit au centre de quelques-uns une sorte de structure alvéolaire dont les cavités sont remplies par un liquide ressemblant à de la bile ; ces cavités répondent à des canaux biliaires dilatés. On trouve aussi quelques petits noyaux sur la séreuse de l'intestin grêle ; bon nombre de ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux ont atteint le

volume d'une noisette. Rien de particulier dans l'œsophage. Dans l'estomac, coloration ardoisée de la muqueuse, dans laquelle on trouve de petites hémorragies nombreuses. Dans l'intestin grêle, catarrhe hémorragique très intense de la muqueuse. Le contenu de l'estomac est liquide, coloré en noir. Le contenu de l'intestin grêle est sanguinolent. Par suite des tiraillements déterminés par les néoformations dans l'épiploon et dans les ganglions, l'intestin grêle présente, en plusieurs points, des étranglements et l'occlusion de la lumière du canal.

Le pancréas est considérablement augmenté de volume, et à l'exception de la tête, qui est adhérente au duodénum, il est transformé en une tumeur dure, dont la section présente une coloration laiteuse et bon nombre de petites cavités. Par le râclage, on fait sourdre un suc trouble, laiteux. — Rate longue de 12 c/m., large de 7, flasque. — Reins de grosseur normale, un peu congestionnés. Le reste de l'appareil génito-urinaire ne présente rien qui soit digne d'être noté. — Léger œdème des deux poumons. Au sommet du côté droit, on trouve un point induré, crétaqué, entouré d'une poussée récente de tubercules. Les autres parties du poumon en sont complètement indemnes. Dans la cavité pleurale gauche, un exsudat séreux, modéré. — Cœur flasque et pâle ; valvules normales. Cerveau anémié. Rien à noter dans les autres organes.

Le diagnostic anatomo-pathologique fut établi de la manière suivante : cancer primitif du pancréas, avec cancer secondaire du foie, de l'épiploon, du péritoine et des ganglions mésentériques. Le cancer du pancréas est, comme le démontre l'examen microscopique fait par le Dr Huber, un cancer alvéolaire à cellules cylindriques, assez riche en tissu conjonctif. Les noyaux secondaires ont une constitution analogue.

Le diagnostic posé du vivant du malade fut : tuberculose probable du péritoine. Outre les symptômes locaux du côté de l'abdomen, on pouvait invoquer l'habitus extérieur du malade, la durée relativement courte de la maladie et la pleurésie gauche concomittente. Si la lésion du sommet du poumon droit ne nous avait pas échappé durant la vie, nous aurions soutenu notre diagnostic avec plus d'assurance. Mais le foyer primitif de la tuberculose ne traduisant pas sa présence par des signes manifestes, les hématomés qui survinrent plus tard et enfin la tumeur, difficile à sentir il est vrai, et qui répondait à la région pylorique, nous amenèrent à changer notre diagnostic et à accepter comme plus vraisemblable un cancer primitif de l'estomac avec cancer secondaire du péritoine.

L'autopsie démontra l'erreur de notre diagnostic ; la tumeur qu'on sentait était un de ces noyaux secondaires développés dans l'épiploon. Le sang vomi provenait, malgré sa grande pureté, ou des petites hémorrhagies de la muqueuse stomachale, ou des nombreuses hémorrhagies de l'intestin grêle ; dans ce cas, l'occlusion intestinale pouvait le faire refluer vers l'estomac. La compression de l'intestin donne l'explication de la constipation opiniâtre qu'on remarqua chez ce malade. L'infiltration de la peau au niveau de l'ombilic (signe qui est généralement cité comme caractéristique de la péritonite tuberculeuse), était déterminée, comme le montre l'incision abdominale, par une masse cancéreuse.

Observation XVIII (Résumée)

(Chappet, in thèse Bachon, Lyon, 1899).

Cancer du corps du pancréas ; propagation au foie, au poumon.

L. C. . . , 75 ans, coiffeur, entré le 31 mars 1899.

Antécédents : attaques de rhumatisme, alcoolisme.

Le début remonte environ à 8 mois : fatigue générale très accentuée, faiblesse, le malade fait des séjours au lit. Puis un peu d'amaigrissement, perte de l'appétit.

Il y a 4 mois, deux ou trois vomissements sanglants.

Affaiblissement progressif, inappétence, amaigrissement très notable.

A son entrée. — Malade très déprimé, répondant très difficilement. Cachectique, visage un peu jaune. Anorexie complète, pas de vomissements ; constipation. Expectoration purulente, quelques râles fixes aux sommets. Estomac dilaté.

Foie volumineux, bosselé, recouvrant la région épigastrique ; il porte une tumeur du volume d'une mandarine, dure, légèrement bosselée, à bord assez tranchant, facile à palper. Rate grosse.

Ventre mou, dépressible, rien d'anormal.

11 avril. — Mort après une cachexie progressive.

Autopsie

Poumons : tuberculose aux sommets, cavernes à droite. A la base droite, noyau dur, gros comme une petite orange ; jaunâtre à la coupe, pas de liquide à la pression. — Coronaires calcifiées par endroits.

Pancréas : 220 gr. Tête de volume et de consistance normaux. Le corps et la queue constituent une masse blanche, dure à la palpation, légèrement mamelonnée ; la coupe laisse sourdre un peu de liquide jaune citrin contenu dans une cavité semblant provenir d'une poche dégénérée ; consistance égale sur les divers points de la coupe, coloration blanche comme à la surface. Canal de Wirsung perméable jusqu'au milieu de la tumeur. — Rien du côté du duodénum ni de l'intestin. Varices du cardia. — Foie 1.450 gr. Farci de noyaux de généralisation, parmi lesquels la tumeur qu'on avait palpée du vivant du malade ; ces noyaux varient d'une tête de grosse épingle à une petite mandarine, sont nettement limités. — Rate hypertrophiée. — Reins normaux. — Péritoine : quelques nodules cancéreux. — Ganglions mésentériques augmentés de volume.

Examen histologique. — *Pancréas* : lésions de sclérose, lésions néoplasiques. Tumeur alvéolaire à grosses traînées conjonctives. L'intérieur des alvéoles est occupé par de grosses cellules : cubiques quand elles reposent sur la paroi, polymorphes dans le reste de l'alvéole ; à noyau énorme ; à protoplasma abondant, mais très granuleux et jaunâtre. — *Foie* : noyaux sous forme de boyaux, souvent munis d'une lumière tapissée par les mêmes cellules que celles de la tumeur pancréatique. Transformation de certains cellules en grosses boules hyalines. Pas d'ictère. — *Poumons* : îlots cancéreux, à cellules épithéliales atypiques, entourés de pneumonie grise.

Observation XIX (Résumée)

(Bériel, Province Médicale, 6 septembre 1902)

G. L..., tisseur, 62 ans 1/2. Entré le 22 août 1902, mort le 30. — Alcoolisme surtout ancien.

Le début remonterait à 8 mois environ : essoufflement, fatigue rapide, perte des forces. Appétit conservé. Constipation notable. Affaiblissement progressif.

Depuis trois mois, amaigrissement considérable, le ventre enfle, il y aurait eu deux ou trois fois du sang dans les selles.

Il entre à l'hôpital pour son gros ventre et sa faiblesse.

A son entrée. — Très cachectique, maigreur considérable, refroidissement des extrémités.

Pas de muguet. Mange encore un peu, digère bien.

Ventre volumineux, sans circulation complémentaire. Ascite abondante qui rend impossible la palpation des organes abdominaux. Jamais d'ictère.

Pas d'œdème.

Voussure des côtes au niveau du foie, surtout en arrière, avec quelquefois sensibilité spontanée, mais pas de douleur provoquée.

Petits ganglions inguinaux.

Sang moyennement décoloré.

Autopsie

Ascite considérable. *Cancer du corps et de la queue du pancréas* ; la tête est absolument saine ainsi que la portion droite du corps ; la tumeur est dure, blanchâtre, lardacée, avec des points nécrosés. Foie (2.350 gr.) : noyaux de généralisation. Ganglions nombreux sus-pancréatiques. Voies biliaires normales, canal de Wirsung normal.

Observation XX

(Lancereaux, in *Traité des maladies du foie et du pancréas*)

Epithéliome du corps du pancréas et glycosurie. Compression du plexus solaire, teinte bronzée de la peau. Coma et mort.

M..., Charles, égoutier, âgé de 51 ans, admis dans notre clinique le 25 juin 1895, n'a pas connu ses parents et ne peut nous renseigner sur ses antécédents héréditaires. Toujours bien portant il n'a jamais présenté de signes d'herpétisme, n'a été atteint ni de syphilis, ni de paludisme.

Depuis cinq à six mois, il perd l'appétit et ses forces diminuent de plus en plus. Il éprouve surtout un invincible dégoût pour la viande, et si, au début, il prend du lait et du bouillon, actuellement tout aliment lui répugne. Il ressent des douleurs vagues dans le ventre, surtout dans le bas-ventre ; il n'a jamais vomi et se plaint d'avoir eu un peu de diarrhée.

A son entrée à l'hôpital, ce malade, très affaissé, répond difficilement aux questions ; sa faiblesse est telle, qu'il peut à peine se mouvoir dans son lit. La maigreur est considérable, *la peau offre une teinte bronzée sans ictère*. — La langue est rouge, desquamée, et du muguet se voit au niveau du vestibule de la bouche.

Le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier ; le foie, volumineux, descend jusqu'à l'ombilic, il n'est douloureux, ni à la pression, ni à la palpation, mais on sent sa surface parsemée de nombreuses bosselures. La rate, petite, mesure 9/14 centimètres. Le ventre est tendu ; il n'y a ni

ascite, ni œdème des jambes, ni induration des ganglions inguinaux ou sus-claviculaires. Les urines et les matières sont rendues involontairement ; la quantité des urines est faible, leur couleur foncée et trouble, leur densité 1,022 ; il n'y a pas d'albuminurie, la quantité de sucre est d'environ 20 grammes par litre. Les matières, jaunâtres et liquides, ne contiennent que fort peu de graisse. Après une courte période d'agitation, pendant la nuit, le malade tombe dans un profond coma et meurt le lendemain.

A l'autopsie, on constate que le cœur et tout le système artériel sont intacts ; les poumons, normaux, présentent à leurs sommets des cicatrices pigmentées. L'estomac et les intestins sont intacts ; les ganglions mésentériques, ceux surtout qui correspondent au duodénum, tuméfiés et blanchâtres. Les reins (125 grammes) sont normaux, il en est de même des capsules surrénales et de la rate, qui pèse 120 grammes.

Le foie, 2.500 grammes, est farci de noyaux épithéliomateux, dont le volume varie entre une lentille et une mandarine. Ces noyaux secondaires sont tellement nombreux et rapprochés qu'il reste très peu de substance hépatique entre eux ; ils ont une couleur blanche et une consistance ferme. La vésicule biliaire, non dilatée, contient un peu de bile brune.

Le pancréas est très altéré ; la tête paraît tout à fait normale sur une étendue de 6 à 7 centimètres ; au niveau de la partie moyenne, on observe une tumeur de la grosseur d'une petite orange, blanche et ferme, légèrement bosselée à la surface. — Le canal pancréatique, ouvert, offre, à partir de l'ampoule de Vater, un calibre normal et des parois intactes ; il se termine en cul-de-sac au niveau de la tumeur. Une coupe

transversale de celle-ci ne présente aucun vestige de canal pancréatique. Au delà de la tumeur, ce canal apparaît de nouveau, mais il est très dilaté et rempli d'un liquide louche et légèrement filant. La queue du pancréas a des dimensions et une consistance normales ; elle est formée en grande partie par de la graisse, et, à la coupe, sa couleur est jaunâtre avec des taches plus pâles que le parenchyme, au niveau de la tête. La tumeur repose en arrière sur le tronc cœliaque et sur l'artère mésentérique qui lui sont adhérents. Les plexus nerveux qui entourent les artères sont manifestement atteints, et, c'est peut-être là l'explication de la coloration bronzée que la peau présentait pendant la vie.

Le néoplasme est formé par des nodules plus ou moins volumineux ayant l'apparence de lobes glandulaires, et séparés par un tissu conjonctif fibreux, abondant, dans lequel cheminent des vaisseaux plus ou moins larges. Chacun de ces nodules est constitué par des boyaux cellulaires, simulant des acini d'une glande en grappe, séparés par un tissu fibreux moins abondant, parcouru par des capillaires sanguins. L'ensemble de la tumeur rappelle donc la disposition d'une glande normale, dont elle diffère seulement par l'irrégularité et l'absence de proportions de ses parties constituantes. Ainsi, à côté de boyaux, paraissant formés d'une ou deux rangées de cellules, on en trouve d'autres plus volumineux, et constitués par un amas considérable de ces éléments ; par places même, les cellules qui occupent le centre des amas ont subi une dégénérescence granulo-graisseuse et leurs noyaux se colorent mal. A un fort grossissement on constate que le tissu interstitiel est formé de faisceaux de fibres ondulées et de cellules conjonctives à noyaux très allongés. Les cellules

néoplasiques, petites, possèdent un gros noyau ovalaire, vésiculeux, peu granuleux ; le protoplasma qui entoure ce noyau est peu abondant ; les cellules revêtent surtout la forme polyédrique ; quelques-unes, comprimées, ont pris une forme allongée et même fusiforme. Le parenchyme pancréatique, situé dans le voisinage de la tumeur, a subi la dégénérescence graisseuse ; sur quelques points, on voit des acini dont les cellules, multipliées, ressemblent à celles du néoplasme. Une coupe faite au niveau de la queue du pancréas montre une sclérose très prononcée ; le canal de Wirsung est dilaté et entouré d'une épaisse couche de tissu conjonctif ; le parenchyme glandulaire est presque en entier transformé en graisse. Les noyaux secondaires du foie ont une constitution absolument identique à celle de la tumeur principale : mêmes cellules, même disposition en boyaux plus ou moins volumineux, séparés par du tissu conjonctif fibreux. Au centre d'un noyau que nous observons, ce tissu fibreux est devenu tellement abondant qu'il a étouffé et remplacé la néoplasie épithéliale qui n'est plus représentée que par de rares traînées cellulaires. Le parenchyme hépatique environnant est refoulé, comprimé, et ses éléments épithéliaux sont aplatis.

Observation XXI

(*J. Mollard et L. Rimaud, Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 1910*)

Le nommé Pierre T..., manœuvre teinturier, âgé de 56 ans, entre à l'Hôpital Saint-Pothin, le 28 décembre 1909, salle Saint-Pierre, n° 4.

Il se plaint uniquement de faiblesse générale. Il est dans

un état de cachexie avancée, avec amaigrissement extrême. Interrogatoire et examen clinique doivent être rapides, en raison de la faiblesse même du malade.

On ne trouve rien à relever dans ses antécédents héréditaires.

Son histoire pathologique personnelle jusqu'à ces dernières années se résume dans les seuls faits suivants : Rougeole dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 12 ans, variole à 16 ans. Il ne fait pas de service militaire. Marié, sa femme est bien portante ; il a eu cinq enfants dont deux sont morts en nourrice. Il nie la syphilis. Il nie tout éthylisme.

Il y a quatre ans, il dut quitter son travail pour faiblesse générale. Depuis deux à trois mois, il éprouvait des troubles gastriques, de la pesanteur épigastrique après le repas, sans vomissements. Il avait maigri de neuf kilogrammes et perdu ses forces. Son médecin le mit simplement au repos et prescrivit un régime alimentaire. Au bout d'un mois le malade put reprendre son métier, et il l'a exercé jusqu'à ces deux derniers mois. Les troubles digestifs persistaient : pesanteur après les repas, pas de vomissements, ni hématemèse, ni mélæna. L'état général s'était amélioré, et il y a un an le malade avait repris plusieurs kilogrammes.

Depuis six semaines, l'état général s'altère rapidement. Les troubles gastriques gardent les mêmes caractères vagues, mais le malade perd peu à peu l'appétit et a le dégoût de tous les aliments. Il maigrit énormément, perd ses forces et se cachectise rapidement.

L'abdomen supérieur est occupé tout entier par une masse dure, mamelonnée, très douloureuse à la pression, qui descend jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic

et se perd sous les fausses côtes. Il est impossible de faire le départ de ce qui peut revenir au foie, à l'estomac ou à la masse intestinale.

La matité hépatique commence bas. La rate ne paraît pas grosse.

Pas d'adénopathies. Pas d'ictère. Pas d'œdèmes.

L'anorexie est absolue. La langue est sèche, vernissée. Pas de diarrhée.

L'examen des autres viscères doit être rapide.

Aux poumons, la respiration s'entend sans râles dans les deux poumons. Elle prend seulement un caractère soufflant aux deux sommets, en avant et en arrière. Le malade dit n'avoir jamais toussé.

Au cœur la pointe n'est pas perçue. A l'auscultation les bruits sont lointains, très assourdis, mais réguliers, sans souffles. Le pouls est petit, filant, à 96.

Rien à signaler du côté du système nerveux.

Les urines un peu foncées ne renferment pas d'albumine. La recherche du sucre n'a pas été faite.

La température est légèrement au-dessous de la normale.

Le malade meurt le 16 janvier 1910, dans le marasme, avec hypothermie. Il s'est plaint les derniers jours de douleurs assez violentes dans la région épigastrique.

L'autopsie est faite le 18 janvier, trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie, volumineux, semé de nombreux noyaux néoplasiques qui affleurent à sa surface en bosselures blanchâtres, descend au-dessous de l'ombilic. Il répond seul à la masse sentie durant la vie. Tous les autres viscères ont conservé leurs rapports normaux. L'estomac

paraît normal. Lorsqu'on soulève le foie, on aperçoit à travers l'arrière-cavité des épiploons, une masse néoplasique, du volume d'une mandarine, libre de toute adhérence, qui paraît répondre au pancréas.

La pièce est enlevée en masse : foie, estomac, duodénum, pancréas, et le tube digestif est incisé.

L'œsophage est sain. *La muqueuse gastrique* présente d'assez nombreuses hémorragies sous-muqueuses. Pas trace de néoplasie. Le pylore est sain. *Le duodénum* est normal.

Les voies biliaires sont légèrement dilatées sur toute leur étendue. La vésicule est volumineuse, pleine de bile verdâtre, sans calculs. Le cathétérisme des canaux biliaires est facile à partir de l'orifice duodénal jusque dans la vésicule et jusque dans l'hépatique. Le cholédoque n'est pas comprimé dans son trajet à travers la tête du pancréas normale. On note seulement un petit ganglion du volume d'un pois, au niveau du confluent de l'hépatique et du cystique, et qui a pu réaliser une compression relative. Cinq ou six petits ganglions au niveau de la tête du pancréas, sans rapport avec le cholédoque.

Le néoplasme est nettement limité à la partie moyenne du pancréas. La tête est normale sur une étendue de quatre à cinq centimètres. La queue est libre sur trois centimètres environ. Le cancer, dur à la coupe, donne au râclage de la surface de section un peu de suc blanchâtre.

Le foie, 2.110 gr., est bourré de gros noyaux cancéreux, une quarantaine en tout, dont les plus volumineux, de la grosseur d'une petite mandarine, ont subi un processus de ramollissement. Le parenchyme hépatique très réduit a un aspect normal.

Les deux poumons présentent à leur sommet quelques tubercules fibreux anciens, quelques-uns crétacés.

Le cœur petit, 260 gr., ne présente aucune lésion orificielle. Le myocarde un peu pâle a conservé sa consistance normale. L'aorte est modérément athéromateuse.

Les reins, 320 gr. les deux, ont une capsule légèrement épaissie et adhérente. A la coupe les deux substances corticale et médullaire ont conservé leurs rapports normaux.

La rate ne présente rien de particulier à l'examen macroscopique.

Cachexie néoplasique, évoluant sans ictère, avec des troubles digestifs vagues ; tumeur limitée à la partie moyenne du pancréas, intégrité des voies biliaires : ces faits sont connus, et notre observation n'a que le mérite de reproduire schématiquement la forme déjà décrite.

Un point cependant mérite quelques réflexions. Le malade avait présenté il y a quatre ans déjà des troubles digestifs. Faut-il faire remonter jusque là le début du néoplasme ? Le cancer du pancréas évolue rapidement, et tous les auteurs s'accordent à ne pas lui accorder une durée supérieure à six ou huit mois. Mais sous l'influence du repos et d'un simple régime alimentaire, l'état général s'était rapidement amélioré au point même que le malade avait repris six kilos en deux ans. Une pareille évolution ne cadre guère avec les résultats de l'autopsie. D'autre part, la muqueuse gastrique n'est pas saine, elle présente de nombreuses hémorragies : il est plus vraisemblable d'admettre qu'il s'était agi, il y a quatre ans, d'une lésion autre, peut-être gastrique éthylique, la profession même du malade devant nous rendre assez sceptique

sur ses affirmations. L'évolution néoplasique ne daterait ainsi que de ces derniers mois, sans que l'on puisse d'ailleurs préciser très exactement le début. Ce point admis, notre observation rentre absolument dans le cadre classique.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Les notions d'étiologie relatives au cancer du corps du pancréas sont assez vagues.

Les cancers, en général, affectent plus souvent, dit-on, les femmes que les hommes. Pour ce qui est des néoplasmes du pancréas, le sexe masculin serait au contraire le plus souvent atteint (1). Et nos vingt-et-une observations d'épithéliome du corps concernent seize hommes et cinq femmes.

Au point de vue de l'âge, il faut remarquer que le cancer du corps survient après 35 ans dans la grande majorité des cas, et le plus souvent pendant la vieillesse : sur vingt malades, dix-neuf avaient entre 37 et 75 ans, et neuf de ces derniers avaient de 60 à 70 ans.

M. Lancereaux pense que les jeunes gens ne sont jamais atteints de cancer du pancréas : « On peut affirmer que les cas de cancer du pancréas observés chez les jeunes gens se rapportent à des fibromes embryonnaires ou à une tout autre lésion. (2) » Cependant le malade d'Adolf Strümpell avait 25 ans, et la description anatomo-pathologique montre qu'il s'agissait bien d'un épithéliome du corps. Mais ce fait là est une exception.

(1) Statistiques de Mirallié (69 hommes et 35 femmes), de Da Costa (24 hommes et 13 femmes), de Boldt (35 hommes et 21 femmes).

(2) Lancereaux, *loc. cit.*, p. 844.

Ces notions concordent bien avec les données étiologiques acquises jusqu'ici sur les tumeurs malignes du pancréas.

Parmi ces tumeurs, le cancer du corps a été considéré comme relativement rare. Il est certain que la littérature n'en possède encore qu'un petit nombre de cas. Cependant, il est probable que beaucoup ont dû passer inaperçus.

C'est ainsi que dans une statistique de toutes les affections pancréatiques relevées sur la table d'amphithéâtre d'un hôpital allemand en trois ans (septembre 1894-septembre 1897), Benda signale deux cancers du corps parmi huit cancers primitifs du pancréas.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège du cancer est le corps du pancréas. C'est là aussi ce qui constitue toute son histoire anatomo-pathologique. Mais il peut arriver encore que les deux extrémités soient envahies ultérieurement.

Ces particularités mises à part, on rencontre dans le cancer du corps du pancréas les mêmes caractères de forme, de couleur, de consistance, que dans les cancers de la tête et de la queue.

On voit sur le corps ou à la place du corps une masse du volume du poing ou d'une orange, qui contraste par son aspect et ses dimensions avec la tête et la queue restées saines et émergeant de chaque côté.

Cette masse a une coloration blanchâtre ; sa forme générale est arrondie, son aspect est bosselé, mamelonné. Elle est d'une consistance ferme : elle résiste à la coupe, et crie sous le scalpel. Sur la coupe, on peut voir parfois de petites cavités ou des foyers de nécrose. Par le râclage, on obtient le suc cancéreux. La glande pancréatique est généralement méconnaissable au sein de la néoplasie, qui a un aspect uniforme. On cite cependant des faits dans lesquels la tumeur est formée de plusieurs noyaux (obs. 6, 8, 10), mais constatés seulement pendant la laparotomie.

Le canal de Wirsung est perméable dans son trajet cépha-

lique, puis il se termine en infundibulum à la limite du néoplasme. Au niveau de la queue, on peut le retrouver dilaté et rempli d'un liquide louche et légèrement filant (Lancereaux).

La tumeur comprime en arrière le plexus solaire et l'aorte ; le plexus est plus ou moins altéré ou détruit. Elle contracte des adhérences avec les branches nerveuses et vasculaires de la région.

Les parties de la glande voisines de la néoplasie sont habituellement dégénérées.

En général, l'ampoule de Vater est intacte, et le canal cholédoque n'est ni atteint ni comprimé, à moins que le néoplasme n'ait envahi la tête de la glande : le syndrome de Bar et Pic vient alors s'ajouter à celui de Chauffard.

La propagation aux organes voisins est plutôt rare, sauf en ce qui concerne le foie ; et là, la généralisation revêt son type habituel en « taches de bougie ».

Quant aux caractères histologiques, ils sont ceux déjà connus et décrits à propos de la tête, et nous n'avons à résumer ici que la description faite par Hanot et Gilbert, Bar et Pic. Ou bien le point de départ est *canaliculaire*, ou bien il est, comme dans notre premier cas, nettement *glandulaire* : d'où les deux variétés connues sous le nom de cancer à type glandulaire et de cancer à type canaliculaire ; ou encore de cancer à type *sécréteur* et de cancer à type *excréteur*.

Le premier type est le plus fréquent. Ici, les cellules rap-

pellent les cellules pancréatiques avec une coloration plus intense. Elles sont contenues dans des alvéoles plus ou moins dessinées, que forme un stroma conjonctif plus ou moins dense. Et on retrouve ces mêmes caractères dans leurs noyaux secondaires.

Le type excréteur est peu riche en stroma. C'est un épithélioma cylindrique à cellules cubiques ou cylindriques. Les noyaux secondaires sont constitués par des tubes contenant des cellules cylindriques.

La différenciation de ces deux formes est donc très nette.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

Contrairement à une opinion autrefois très répandue, ce ne sont pas les signes d'insuffisance du pancréas qui dominent l'histoire des cancers de cet organe. Ce sont avant tout des symptômes empruntés aux rapports anatomiques. Aussi les observations si diverses se groupent-elles naturellement suivant des formes tant anatomiques que cliniques précises, parmi lesquelles le néoplasme du corps.

Dans ses grandes lignes, cette affection se caractérise par un syndrome douloureux intense et par un amaigrissement rapide et progressif.

La *douleur* est le signe clinique capital. Elle se manifeste par une violente crise survenant spontanément dans la région sus-ombilicale de l'abdomen. Le plus souvent elle siège dans la profondeur de l'épigastre ; tantôt elle a son foyer maximum sur la ligne médiane ou un peu à gauche de cette ligne, tantôt sous les fausses côtes. D'autres fois elle prédomine au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, ou dans un hypocondre. Il arrive aussi que plusieurs de ces régions soient atteintes en même temps. Quelquefois encore la douleur affecte une forme cardialgique, qui rappelle l'angine de poitrine. La douleur en broche, la sensation de constriction comme dans un étau ou un corset peuvent être observées également.

Des irradiations variées ont été signalées : irradiations thoraciques, rétro-sternales, scapulaires, iliaques, génitales, etc. En somme, la douleur peut revêtir des modalités diverses.

Mais toujours elle est *extrêmement intense*. Le faciès exprime l'anxiété. Habituellement le malade est incapable de rester debout ; quelquefois au contraire c'est la marche qui le soulage. Le décubitus dorsal est presque toujours impossible : le patient se ramasse sur lui-même, les cuisses fléchies sur l'abdomen, en position genu-pectorale, et n'obtient qu'une atténuation toute relative de ses souffrances. Dans certains cas la pression profonde calme la douleur : on a vu des malades qui « enfonçaient leurs deux poings au creux épigastrique » ; d'autres fois, au contraire, la pression les exagère. Les calmants échouent la plupart du temps : seule la morphine peut amener une sédation. Toute alimentation est impossible au cours de la crise : l'intolérance gastrique est absolue ; et si le malade vomit, il n'est nullement soulagé ensuite.

Une fois la crise passée, le tube digestif se remet à fonctionner. Mais les crises se reproduisent en dépit de toute hygiène générale ou alimentaire, malgré n'importe quel régime. Elles reviennent à un moment quelconque, et en général elles augmentent de fréquence et de durée avec l'évolution de la maladie. Elles peuvent même devenir continuelles avec des paroxysmes. Quequefois pourtant on les voit cesser tout à fait dans les derniers moments de la vie.

Le siège et la forme des douleurs se modifient souvent

au cours de l'évolution morbide. Ainsi, chez un malade de M. Chauffard (obs. 4), le foyer maximum passa peu à peu des fausses côtes gauches à la ligne médiane et même à droite de la ligne médiane. Le malade de M. Malbot présentait une forme tantôt fulgurante, tantôt cardialgique, tantôt constrictive (obs. 6).

Quelles sont les causes de ces douleurs si atroces ? Certains auteurs, comme Arnozan, ont invoqué la péritonite de voisinage. Sans doute les adhérences péritonéales peuvent produire de vives douleurs, mais qui n'atteignent pas l'intensité de celles du cancer du corps du pancréas. Et si nous nous reportons aux autopsies des cas de carcinomes douloureux, nous trouvons souvent le péritoine voisin indemne.

Le pneumogastrique peut jouer un rôle dans certains phénomènes, tels que la mort subite, qui a été signalée par Lancereaux, mais il ne saurait expliquer les douleurs.

On a invoqué les altérations du pancréas lui-même comme productrices de la douleur, ainsi que cela se voit dans les pancréatites aiguës. Or, on sait que le cancer est indolore quand il est limité à la tête ou à la queue du pancréas.

Oser explique encore certaines « coliques pancréatiques » par la rétention des sécrétions dans le canal de Wirsung oblitéré par la tumeur. Cette opinion peut être acceptée dans certains cas.

En réalité, la cause de la douleur réside entièrement dans les rapports anatomiques de la face postérieure du corps

du pancréas avec la partie inférieure du plexus solaire. « Le genre et l'intensité de ces douleurs, écrit Oser, conduit à l'hypothèse d'une pression ou d'un tiraillement du ganglion cœliaque ou des branches nerveuses qui en émanent : il s'agit de névralgies cœliaques. » On sait d'autre part que le pancréas renferme des terminaisons nerveuses émanées du sympathique solaire. On est donc en droit d'admettre que ces filets nerveux intra-pancréatiques, et les branches extra-pancréatiques du plexus solaire (branches en rapport intime avec la face postérieure du corps de la glande), sont d'abord irrités et comprimés, puis plus tard envahis par la néoplasie. Ainsi semblent s'expliquer ces grandes souffrances, qui rappellent si bien les douleurs des tabétiques, dont la pathogénie sympathique paraît bien reconnue aujourd'hui (1). Cette théorie, adoptée par M. le Professeur Chauffard pour le cancer du corps du pancréas, a le mérite d'être basée sur des données anatomopathologiques. C'est la seule qui soit vraiment satisfaisante.

On pourrait même se demander si la suppression des douleurs, qui survient chez certains malades à la période terminale, ne tient pas à une dégénérescence plus avancée des filets nerveux.

En tout cas, ces crises douloureuses ne manquent pas souvent dans les faits de cancer du corps. MM. Chauffard et Malbot, qui ont donné les observations les plus saisissantes, insistent surtout sur ce symptôme. Et chez nos deux malades, c'est encore la douleur qui nous a le plus

(1) Jean-Ch. Roux, Thèse de Paris, 1900.

frappé. Par contre, dans les cas de Chappet et de Bériel (obs. 18, 19), elle manquait : mais ici l'autopsie a montré que le néoplasme occupait la queue et le corps ; on conçoit dès lors que ces tumeurs aient pu ne pas donner lieu au syndrome de M. Chauffard, le corps étant probablement peu envahi ; dans l'observation 19, en particulier, la tumeur paraît bien plus développée vers la gauche, puisqu'elle adhère au rein et à la capsule surrénale. Enfin, dans le cas de Mollard et Rimaud, la douleur a été tardive (obs. 21) : la tumeur, ici encore, était très développée vers la queue, puisque celle-ci n'était saine que sur une étendue de 3 centimètres.

Nous rapprocherons des phénomènes douloureux un petit signe qui cependant n'est pas signalé dans beaucoup d'observations, mais qui avait pris chez la malade de Monnier une importance assez considérable : c'était un besoin constant d'exonération intestinale, une *sensation de plénitude abdominale*, persistant dans l'intervalle des douleurs et ne cédant ni aux lavements, ni aux laxatifs. Ce symptôme avait été justement constaté aussi par M. le Professeur Chauffard chez deux de ses malades (obs. 4, 5), et par Adolf Strümpell. Suivant l'opinion de M. Chauffard, il semble qu'on doive le rattacher à l'excitation des filets nerveux que le côlon reçoit du système cœliaque.

Après les phénomènes douloureux, le symptôme le plus important est l'*amaigrissement*. De bonne heure le malade perd ses forces et maigrit, et il arrive en quelques mois ou quelques semaines à une cachexie intense et progressive.

C'est même de tous les cancéreux un de ceux qui maigrissent le plus vite.

Cette cachexie s'accompagne d'une anémie très marquée. Si on fait l'examen du sang, on trouve, comme c'est la règle au cas de cancer, une déglobulisation intense : le nombre des globules rouges atteint par exemple quatre, deux millions, et même un million et demi par millimètre cube.

En même temps les téguments du malade présentent souvent la classique coloration jaune paille. Le malade de M. Lancereaux (obs. 20) était mélanodermique comme un addisonien, et l'auteur attribue cette teinte à l'irritation ou aux lésions du plexus solaire. Mais M. Lancereaux va plus loin : il généralise la valeur seméiologique de ce symptôme et il le considère comme « le trouble le plus saillant » qui soit causé par l'épithéliome du corps. C'est pourtant là un fait exceptionnel, puisqu'il n'est mentionné dans aucune autre observation, et chez cinq malades seulement il eût pu, s'il avait existé à la fin, être masqué par un ictère terminal. Notons en passant que M. le Professeur Jaccoud, ayant rencontré une hyperchromie analogue, mais partielle (abdomen et partie interne des cuisses), chez un malade atteint de cancer de l'estomac, avait voulu faire de cette pigmentation un signe favorable à l'hypothèse d'un cancer primitif du pancréas, ce qui fut démontré faux par l'autopsie (1).

En dehors des douleurs et de l'amaigrissement, les autres symptômes sont au second plan.

(1) Jaccoud, *Clinique de la Pitié*, 1884-85.

La situation profonde du corps du pancréas rend bien rarement possible la constatation de la *tumeur* : nous n'avons relevé sa présence que dans la moitié des cas, et le plus souvent seulement lorsqu'elle a atteint un volume important et que le malade est émacié. C'est donc un symptôme qu'il ne faut pas s'attendre à trouver. Lorsqu'elle existe, on trouve à l'épigastre une tumeur dure, souvent irrégulière et bosselée, s'engageant parfois sous les fausses côtes et créant alors une voûssure de ces dernières. Cette masse est tantôt nettement limitée, tantôt elle forme un empâtement diffus ou même elle donne à la paroi une simple sensation de résistance. Elle est toujours plus volumineuse sur la table d'amphithéâtre qu'elle ne le paraît à l'examen clinique. Le plus souvent son déplacement est nul ou à peine marqué, lorsqu'on fait respirer le malade : mais toujours elle semble adhérente dans la profondeur de l'épigastre.

En plus du plexus solaire, le carcinome du corps du pancréas peut se mettre en rapport en arrière avec l'aorte, et ceci nous explique un autre signe physique qui a pris une certaine importance dans six observations (obs. 11 à 16). Nous voulons parler des *symptômes pseudo-anévrismaux* qui existent dans des cas où la tumeur est perceptible à l'examen de l'abdomen. On voit alors une masse pulsatile, soulevée par les battements de l'aorte, et on entend à l'auscultation de cette masse un souffle systolique. Ce syndrome aortique a conduit les médecins lyonnais à en faire une forme spéciale de cancer du corps, la forme

pseudo-anévrismale (1). Il est dû à la compression de l'aorte par la tumeur, et à des adhérences contractées avec l'aorte ou les branches qui s'en détachent (tronc cœliaque). Nous ne l'avons plus retrouvé dans les cas publiés postérieurement à celui de Gimbert et Barjon. La malade de notre première observation n'avait qu'une sensation pulsatile à l'épigastre, mais ne présentait pas de tumeur pseudo-anévrismale.

Les *troubles digestifs* sont variés. On peut noter de l'inappétence ; on observe même parfois une anorexie générale ou simplement élective, portant sur les viandes ou les matières grasses, comme dans certains néoplasmes de l'appareil digestif. Mais en général l'appétit est conservé, parfois même jusqu'à la fin (obs. 2). Les vomissements sont très inconstants ; on ne les observe pas spécialement en dehors des crises douloureuses. Beaucoup de malades ne présentent jamais de troubles gastriques. Dans deux observations, on a constaté de légères hématomèses, mais sans lésions néoplasiques de l'estomac à l'autopsie.

Du côté de l'intestin, il faut signaler la sensation de plénitude persistante dont nous avons déjà parlé, et aussi les petites hémorragies qu'on a relevées dans trois observations, sans qu'il y eut envahissement de l'estomac ou de l'intestin par la tumeur à l'autopsie (obs. 10, 13, 19).

Mais d'autres troubles intestinaux, qui attirent peu l'attention, ont une grande importance et demandent à être recherchés systématiquement : ce sont les *troubles*

(1) Gimbert, *loc. cit.*

du *chimisme intestinal*, qui consistent dans la présence, au sein du bol fécal, de graisse ou de matières albuminoïdes alimentaires. Pour rechercher ces substances, l'examen macroscopique des fèces et même leur examen histologique ne sauraient suffire ; il faut les compléter par leur étude chimique, comme le préconisait encore tout dernièrement avec juste raison M. Marcel Labbé (1). Pour la recherche de la graisse, on peut utiliser la réaction de Bonamy : cette méthode consiste à prélever des parties superficielles des garde-robes suspectes, à les mélanger avec soin avec de l'éther ; après filtration, on laisse évaporer l'éther ; la partie résiduelle est alors une matière grasse, qui donnerait une flamme bleuâtre en brûlant. On trouvera les albuminoïdes par l'action de l'acide acétique sur la solution fécale filtrée (René Gaultier). En plus de la recherche des graisses et des albuminoïdes, il faudra encore s'assurer de la durée de la traversée digestive, par exemple par le procédé suivant, indiqué par M. R. Gaultier (2) : le malade est soumis à la diète lactée pendant deux jours ; le troisième jour, il fait un repas d'épreuve, composé de 100 grammes de pain, 60 grammes de viande, 100 grammes de pommes de terre, 30 grammes de beurre et 500 grammes de lait ; il prend pendant ce repas trois cachets de trente centigrammes de carmin ; puis il se remet au régime lacté. On recueille alors les garde-robes et on pratique l'analyse coprologique. L'élimination du carmin permet de déter-

(1) Société de Médecine de Paris, séance du 26 février 1910.

(2) René Gaultier, *Précis de coprologie clinique*, 1907.

miner la durée de la traversée intestinale, qui atteint à peine vingt-quatre heures quand le pancréas fonctionne normalement.

Ces signes, tirés de l'étude chimique des fèces, prennent dans le cancer du corps du pancréas une valeur sémeiologique bien plus considérable que dans le cancer de la tête, car le cours de la bile n'est pas empêché par la compression du canal cholédoque qui est absente.

Les anciens auteurs ont peut-être exagéré la valeur diagnostique générale de la *stéarrhée*, car ils s'attachaient moins que nous aux symptômes empruntés aux rapports anatomiques, et leur théorie a eu probablement une part notable dans le retard apporté à la différenciation anatomo-clinique des néoplasmes du pancréas. D'ailleurs, la valeur positive de la stéarrhée n'est pas absolue : M. le professeur Jaccoud n'avait-il pas trouvé, par exemple, de la stéarrhée chez un malade atteint de carcinome de l'estomac et dont le pancréas était indemne de tumeur (1) ? Cependant, c'est cette même stéarrhée, survenue peu de temps avant la mort sous forme de petits blocs graisseux à la surface des matières, qui a permis à M. Labadie-Lagrave de porter *in extremis* un diagnostic de cancer du pancréas (obs. 13).

Ainsi la stéarrhée et les autres troubles du chimisme intestinal que nous avons mentionnés ne sont pas pathognomoniques, mais ils permettent du moins de penser, avec de sérieuses probabilités, à une atteinte du pancréas, lorsque l'attention du clinicien est déjà tournée vers l'hypo-

(1) Jaccoud, loc. cit., 1884-85, p. 159.

thèse d'un cancer du corps par les symptômes que nous avons énoncés auparavant.

Un autre signe que l'on met sur le compte de l'insuffisance pancréatique, la *glycosurie*, a été noté seulement chez le malade de M. Lancereaux, tandis que la moitié des observations en signalent l'absence. Il est vrai que la glycosurie existerait seulement au début de la maladie, suivant une des opinions qui ont été émises sur elle (Pariot, Mirallié).

Quant à la sialorrhée, nous ne l'avons rencontrée dans aucune observation d'épithéliome du corps.

En somme, les signes d'insuffisance du pancréas — glycosurie, sialorrhée, stéarrhée et autres troubles du chimisme intestinal — doivent toujours être cherchés si on soupçonne un néoplasme du corps. Ils sont classiques. Et s'ils ne sont pas des signes de certitude, ils permettent cependant de penser avec de plus grandes probabilités à une atteinte du pancréas, lorsque les principaux symptômes se sont manifestés.

Les observations mentionnent rarement les adénopathies. Le malade de Malbot avait un ganglion sus-claviculaire assez particulier : ganglion du volume d'une noisette, lisse, tendu, mobile, douloureux à la palpation, et surtout qui subissait de curieuses alternatives d'apparition et de disparition.

CHAPITRE VI

Marche, durée, terminaison

L'évolution anatomique du cancer du corps du pancréas, la seule véritable, nous échappe peut-être en partie. Nous ne pouvons donc envisager que la durée clinique de la maladie.

Cette durée est courte. Depuis longtemps on admet que les néoplasmes du pancréas sont des plus malins : dans le cancer de la tête, en effet, la compression des voies biliaires contribue puissamment à la rapidité de la cachexie. De même, dans le cancer du corps, l'intensité de la douleur, la répétition des crises ne sont pas pour diminuer la sévérité de la marche et du pronostic. En tous cas, quelle qu'en soit la cause, nous constatons cette rapidité évolutive dans la très grande majorité des cas, et rien ne peut jamais s'opposer à cette marche fatale.

A l'exception du malade de Malbot, chez qui les premières douleurs ont apparu deux ans et deux mois avant la mort, les manifestations carcinomateuses n'ont jamais dépassé dix mois dans nos observations, et dans la moitié des cas elles ont atteint un maximum de 6 ou 7 mois. Cinq observations surtout présentent une évolution particulièrement courte, de quatre à trois mois, et même un mois et demi (obs. 1, 3, 8, 11, 17). Le malade d'Adolf Strümpell, qui n'a vécu qu'un mois et demi avec ses symptômes morbides, avait seulement 25 ans, et c'est là une applica-

tion de cette loi d'évolution très générale : la marche des néoplasmes est d'autant plus courte que le malade est plus jeune. Le malade, maigrissant donc de plus en plus, et en proie à des douleurs intolérables, arrive ainsi, en quelques mois ou même en quelques semaines, à un degré de cachexie profonde. Dans cette évolution pure et simple, qui est la plus typique, la douleur est le symptôme dominant jusqu'à la mort : il n'y a pas de signe dépendant d'une propagation viscérale quelconque. Notre première malade en est un bel exemple : crises de douleurs atroces, amaigrissement et cachexie, absence d'ictère, tel est le bilan des symptômes ; à l'autopsie, tumeur limitée au corps, tête indemne, voies biliaires parfaitement perméables.

Mais le tableau clinique n'est pas toujours aussi schématique, et d'autres symptômes peuvent venir le modifier.

La tumeur devient souvent appréciable à la palpation ; elle s'accompagne, dans certains cas, de signes aortiques pseudo-anévrismaux.

A côté de la compression de l'aorte, il faut mentionner celle de la veine porte ou plus rarement de la veine cave inférieure : il se développe alors de l'ascite ou de l'œdème des membres inférieurs. L'ascite a été signalée même d'une façon précoce dans deux cas (obs. 17 et 19), chez des alcooliques toutefois, mais sans lésion de cirrhose à l'autopsie.

La thrombose de la veine porte existait dans un cas de Wesener mentionné par Koerte (1).

(1) Koerte, *die chirurgische Krankheiten und die Verletzungen des Pankreas*, 1898, p. 324.

L'ictère vient parfois terminer la scène. Mais il reconnaît deux causes différentes. Dans un premier ordre de faits, les canaux biliaires sont comprimés par un ganglion (obs. 4), ou par la tumeur, lorsqu'elle se propage à la tête du pancréas (obs. 7).

L'autre cause possible de l'ictère est une métastase hépatique, comme chez deux malades de M. Chauffard (obs. 3, 5) : dans le premier de ces deux cas, il y avait de nombreuses embolies cancéreuses microscopiques dans les veinules portes intra-hépatiques ; dans l'autre, les noyaux néoplasiques secondaires étaient nettement constitués.

Mais toujours l'ictère, que nous avons trouvé seulement cinq fois sur vingt-et-une, se montre dans les derniers temps de la maladie.

En dehors du foie, on a vu le cancer du corps du pancréas se généraliser au poumon ou au péritoine, entre autres organes. Mais la symptomatologie de ces métastases était souvent très effacée et, dans bien des cas, les noyaux de généralisation ont passé inaperçus pendant la vie.

Le plus souvent le malade s'éteint progressivement dans le marasme ou dans le coma, comme un intoxiqué. Dans un cas de M. Lancereaux, le malade est mort subitement (1), sans doute par réflexe cardiaque d'origine solaire.

(1) Lancereaux, *loc. cit.*, p. 852.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Pour beaucoup de cliniciens, le cancer du corps du pancréas est un de ces cas exceptionnels, à symptomatologie mal connue, qu'on ne diagnostique jamais. Sans doute ce diagnostic est difficile ; il est même à peu près impossible tant que la douleur ne s'est pas montrée. Cependant, en présence d'un malade se plaignant des grandes souffrances que nous avons décrites, souffrances d'une acuité extraordinaire, accompagnées d'une dénutrition progressive et rapide, il nous semble difficile de ne pas songer au développement possible d'une tumeur maligne de la région solaire. Et surtout, quand on a été à même d'assister à l'évolution de symptômes cliniques aussi impressionnants, l'esprit en reste frappé pour l'avenir.

Les causes d'erreur sont pourtant multiples.

Tous les *syndromes douloureux* du haut de l'abdomen — grandes crises de la *lithiase biliaire*, de la *lithiase rénale*, du *saturnisme* ; grandes crises *gastriques* ou *entéralgiques* du *tabès* — peuvent être confondus dans certains cas avec un cancer du corps du pancréas. Il est vrai que toutes ces douleurs, quoique déjà très accusées, sont habituellement d'une bien moins grande intensité que celles du néoplasme du corps pancréatique, sauf en ce qui concerne le *tabès* ; elles ne ressemblent le plus souvent que de très

loin à celles du néoplasme du corps. Mais on n'a pas le droit de les éliminer, sans faire l'étude du chimisme intestinal, le meilleur moyen de contrôle médical qui soit à notre disposition, le seul qui permette de s'arrêter à l'hypothèse d'un carcinome du corps avant d'avoir fait une laparotomie ou d'avoir attendu la cachexie.

Si la plupart des crises douloureuses abdominales sus-ombilicales atteignent quelquefois l'intensité de celles du cancer du corps, en revanche les *crises du tabès* les rappellent de tous points, et il convient de voir spécialement les éléments de ce diagnostic.

Dans le tabès, on observe en effet : des douleurs atroces à l'épigastre, survenant brutalement, par crises, donnant lieu soit à une sensation de gêne indescriptible, soit à des phénomènes d'angor ; douleurs dans tous les cas intolérables, résistant à la plupart des calmants, à irradiations thoraciques ou abdominales nombreuses ; intolérance gastrique absolue pendant toute la durée de la crise, avec intégrité des fonctions stomachales, une fois la crise terminée. Si nous ajoutons à ces caractères que les circonstances d'apparition des douleurs peuvent être les mêmes (âge du malade, début clinique fréquent du tabès par une crise viscérale au cours d'un état de santé apparemment bon), on voit que le diagnostic ne s'impose pas d'emblée. Il faut alors rechercher les signes de la série tabétique, surtout l'Argyll-Robertson et l'abolition des réflexes, et le diagnostic est ainsi possible dans presque tous les cas. La tachycardie et l'hypertension artérielle pendant la crise

plaideraient encore pour le tabès (Loeper) (1). Au surplus, la ponction lombaire pourrait permettre, en cas de doute, de se faire une opinion en faveur du tabès, si le liquide céphalo-rachidien présentait de la lymphocytose. Et d'autre part, les troubles du chimisme intestinal feraient pencher pour le carcinome du corps. Enfin, l'évolution lèverait les doutes : accidents à longue échéance dans le tabès ; dans le cas contraire, amaigrissement rapide.

Il est d'autres syndromes, mais beaucoup plus rares que les crises gastriques du tabès, qui rappellent les douleurs du cancer du corps du pancréas. Il s'agit de ces cas extrêmement graves que M. le professeur Dieulafoy a décrit sous le nom de « drame pancréatique », et qui répondent à des *hémorrhagies pancréatico-duodénales* (2). Le malade est pris brusquement d'une très violente douleur dans la sphère du plexus solaire ; en même temps se produisent des vomissements et des signes d'hémorrhagie interne (vertiges, pâleur, refroidissement des extrémités, état syncope, etc.). Mais ici nous avons affaire à des cas aigus : l'état général décline d'une façon « dramatique » et la mort ne tarde pas à survenir.

Les *crises lithiasiques du pancréas* donnent lieu aussi à de très vives douleurs. Or elles sont exceptionnelles, et l'état général ne s'altère pas comme dans les néoplasmes.

Certains *abcès du pancréas* provoquent de la douleur et

(1) Loeper, *Semaine médicale* de 1909, p. 157.

(2) Dieulafoy, *path. int.*, 15^e éd., t. II, p. 1038.

des vomissements. Mais ces symptômes s'accompagnent d'un état infectieux qui permet le diagnostic. De plus, il s'agit encore de cas aigus. Quant aux abcès à marche lente, ils se rapprochent plutôt des *pancréatites chroniques*.

Celles-ci pourraient, dans un nombre de faits assez limités, en imposer pour un cancer du corps : on a signalé, par exemple, des observations de tuberculose du pancréas (1), dans lesquelles une cachexie rapide s'accompagnait de douleurs extrêmement intenses (probablement par suite de compression du plexus solaire par des ganglions tuberculeux). Entre de telles pancréatites et l'hépatéliome du corps, le diagnostic clinique est impossible.

Dans un certain nombre de cas, on a confondu le cancer du corps du pancréas avec un *néoplasme de l'estomac*, affection beaucoup plus fréquente. Et pourtant le tableau clinique de ces deux redoutables tumeurs est tout à fait différent. — Au cas d'épithéliome du corps pancréatique, l'appétit est le plus souvent conservé, et les fonctions de l'estomac ne sont pas troublées pendant les périodes d'accalmie. Le silence fonctionnel de l'appareil digestif est par conséquent favorable à l'hypothèse d'une localisation pancréatique. Mais ce symptôme négatif n'est pas constant : on a vu des malades présenter, au cours d'un cancer du corps, des troubles gastriques notables et persistants (obs. 17), qui ont pu faire incriminer l'estomac. — D'autre part, la glycosurie et la stéarrhée ne sont pas des signes pathognomoniques de lésions pancréatiques : nous avons

(1) Pallier, Thèse de Paris, 1889.

déjà cité un cas où ces symptômes avaient fait penser à tort à un néoplasme pancréatique, alors que l'estomac seul était malade. (1) — Nous avons signalé les hémartémèses légères et le mélæna, sans que la muqueuse gastrique ou intestinale présentât des lésions d'épithéliome. La constatation du sang dans les garde-robes par la réaction de Weber, qui peut rendre des services si précieux quand on soupçonne un carcinome de l'estomac, ne peut donc pas infirmer l'hypothèse d'un néoplasme du corps du pancréas. — Lorsque la tumeur devient accessible à l'exploration, elle est le plus souvent fort difficile à attribuer au pancréas ou à l'estomac. Les caractères morphologiques à l'examen clinique ne sont pas du tout pathognomoniques. Cependant, s'il y a au niveau de la tumeur de la sonorité à la percussion, si on peut effacer la masse néoplasique par une insufflation de l'estomac au moyen d'une potion de Rivière, il y a de plus grandes chances, suivant les auteurs (2), pour qu'il s'agisse d'une tumeur du pancréas. Il nous semble pourtant que, de ce fait, on n'a pas le droit d'éliminer un néoplasme de la face postérieure de l'estomac. La forme aplatie de la tumeur, sa mobilité suivant les mouvements respiratoires, ses variations de position suivant l'état de déplétion ou de plénitude de l'estomac seraient au contraire en faveur d'une localisation gastrique. Mais toutes ces nuances sont souvent difficiles à apprécier et n'autorisent pas à conclure avec certitude. — En réalité, c'est

(1) Jaccoud, *loc. cit.*

(2) Paul Carnot, *loc. cit.*, p. 131.

dans les caractères des douleurs que réside le seul moyen de faire le diagnostic, et ces caractères nous paraissent suffisants : en présence d'une douleur capricieuse, débutant sans raison apparente, sans relation directe avec l'ingestion des aliments, douleur que ne peuvent atténuer ni les vomissements, ni la plupart des calmants, qui se reproduit en dépit de n'importe quel régime, et surtout douleur d'une intensité incomparable, ce n'est pas à l'estomac que l'on doit penser, mais au corps du pancréas. C'est lorsqu'une néoplasie gastrique a atteint un développement étendu, lorsque les lésions ont pu gagner la région solaire, c'est alors seulement que la tumeur peut donner lieu au syndrome de Chauffard : mais jamais le cancer de l'estomac n'est susceptible, à lui seul, d'engendrer de telles douleurs. Et si la confusion a été faite plusieurs fois, c'est sans doute qu'on ne trouvait pas d'organe à incriminer en dehors de l'estomac, parce qu'on perdait trop de vue qu'il existe des cancers primitifs du pancréas ne se localisant pas forcément sur la tête de la glande et ne déterminant pas d'ictère.

Les autres tuméfactions ou tumeurs de la région ne peuvent guère être prises pour un néoplasme du corps. Les *péritonites adhésives*, telles les périgastrites consécutives aux ulcères de l'estomac, s'accompagnent souvent de douleurs assez vives, mais qui n'atteignent pas la même intensité; et le repos calme les souffrances; de plus le malade ne se cachectise pas comme un cancéreux du pancréas, l'évolution est toute différente. Enfin, le chimisme intestinal peut éclairer un diagnostic hésitant. — Les sténoses néopla-

siques du pylore donnent lieu à un syndrome moins variable que le cancer de l'estomac et qui ne ressemble pas du tout au syndrome solaire malin : les troubles pyloriques sont nettement dépendants du fonctionnement du tube digestif. — Les néoplasmes intestinaux déterminent des signes fonctionnels qui ne rappellent pas non plus le cancer du corps. — Dans cinq observations (11, 12, 14, 15, 16), le néoplasme avait été pris pour un *anévrisme de l'aorte abdominale* : or, la constatation d'un simple soulèvement et non pas de l'expansion véritable de la tumeur, sa consistance dure et inégale, l'examen comparé des pouls radiaux et fémoraux permettront d'éviter cette erreur.

Certains *ulcères de l'estomac* sont susceptibles d'être confondus momentanément avec un épithéliome du corps du pancréas, par suite du siège des douleurs (douleur en broche, point épigastrique et point dorsal), et aussi par leur acuité. Mais, dans l'ulcère de l'estomac, c'est surtout l'ingestion des aliments qui provoque les douleurs, tandis que les vomissements les diminuent ; le régime approprié a une influence sédative ; les douleurs sont plus fixes, moins irradiées ; enfin le malade est généralement jeune. Et si l'anémie est notable, elle évolue avec lenteur comparative-ment à celle du cancer du corps, à moins de grandes hémorrhagies qui alors dominant la scène et ne permettent plus de pencher pour une néoplasie pancréatique.

Quant au cancer de la tête du pancréas, il ne ressemble en rien à celui du corps. Il débute par l'ictère par rétention :

cet ictère, accompagné de dilatation de la vésicule biliaire et d'augmentation de volume du foie, ne rétrocede jamais et atteint les tons les plus foncés ; et le malade succombe après une cachexie rapide, sans avoir présenté les douleurs d'origine coeliaque. Si toutefois, au cours de cette évolution, la douleur vient à se montrer, c'est que le néoplasme n'occupe plus seulement la tête du pancréas, mais à la fois la tête et le corps, et il s'agit alors d'une des formes douloureuses de Lucron et Perdu.

Au contraire, le cancer du corps se manifeste par un syndrome douloureux, que M. Chauffard a appelé pancréatico-solaire, pour l'opposer au syndrome pancréatico-biliaire du cancer de la tête. L'ictère par rétention n'apparaît dans l'épithéliome du corps que tardivement, si la tumeur arrive à envahir la tête. Il y a donc là deux états pathologiques identiques quant à la nature de leurs lésions, mais absolument dissemblables au point de vue clinique, à cause du siège et des rapports différents de ces lésions.

De même le cancer de la queue du pancréas évolue sous forme d'une cachexie indolore, lorsque le corps n'est pas atteint.

C'est pourquoi, dans la pratique, on ne doit même pas songer à faire un diagnostic entre le cancer du corps et celui de la tête ou de la queue : la question ne se pose même pas.

En résumé, le diagnostic du cancer du corps du pancréas est généralement assez difficile.

Il n'existe, en effet, aucun signe pathognomonique. Le principal symptôme, la douleur, ne rappelle ordinairement que les crises gastralgiques, entéralgiques ou dorso-lombaires du tabès ; mais une foule d'autres syndromes douloureux, dans lesquels les souffrances peuvent acquérir une haute intensité, se manifestent dans les mêmes régions. On n'aura donc le droit de s'arrêter à l'hypothèse d'un carcinome du corps du pancréas que si l'étude du chimisme intestinal montre qu'il existe de l'insuffisance de cette glande.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le *traitement médical* ne saurait être que symptomatique. Les injections de morphine sont les ressources suprêmes contre la douleur. S'il existe des phénomènes d'insuffisance pancréatique, l'opothérapie est à essayer (ingestion de pancréas de porc ou de pancréatine). Enfin il est bon de soutenir l'état général.

Peut-être vaudrait-il mieux songer tout d'abord au *traitement chirurgical*, qui, d'après quelques observations qui précèdent, arrive parfois à diminuer ou même à faire disparaître les souffrances ?

Nous avons réuni huit cas dans lesquels la *laparotomie exploratrice* a été pratiquée : dans deux de ces cas, les observations ne disent pas si elle a agi contre les douleurs, mais elles ne mentionnent plus ce symptôme après l'intervention (obs. 7 et 8). Dans tous les autres, son utilité a été des plus nettes : le malade opéré par le Dr Favreul souffrait cruellement depuis quatre mois ; il a vécu après l'opération pendant cinq mois et demi sans douleurs notables, mangeant et ne se plaignant pas de ses digestions (obs. 2). Dans deux cas de Poncet, publiés par de Charetté, l'intervention a amené une atténuation des douleurs (obs. 9 et 10). Enfin, deux des malades du professeur Chauffard et celui de Malbot ont vu leurs crises disparaître totalement (obs. 4, 5, 6).

Comment une intervention aussi simple agit-elle dans le cancer du corps ? Le professeur Chauffard pense qu'il s'agit probablement « de la décompression intra-abdominale et de la dissociation d'adhérences profondes. » (1)

La laparotomie aurait encore le précieux avantage de servir de contrôle au diagnostic. En effet, n'avons-nous pas vu prendre pour un épithéliome du corps du pancréas une de ces pancréatites chroniques qui donnent quelquefois un tableau analogue ? De Charette publie le cas d'une malade de Poncet qui fut opérée pour une tumeur du côlon : à l'ouverture de l'abdomen, on trouva une masse bosselée au niveau du corps du pancréas ; les suites de l'intervention furent bénignes, les douleurs disparurent, et la guérison se maintenait après deux ans (2).

Cet exemple ne prouve pas que dans tous les cas d'erreur le malade puisse guérir : tout dépend de la nature des lésions. Il est simplement une preuve de plus qu'on n'a pas le droit de priver le malade du bénéfice d'une erreur possible, sans attendre que le diagnostic de cancer du corps du pancréas se confirme avec certitude par la cachexie et l'apparition d'une tumeur accessible à l'investigation clinique.

Quoi qu'il en soit, une opération est donc toujours indiquée, tant que l'organisme sera en état de la supporter. C'est sans aucun doute le moyen le plus sûr de mettre une trêve aux terribles douleurs que supporte le malade.

(1) Chauffard, *loc. cit.*, p. 254.

(2) De Charette, *loc. cit.*, obs. XVI.

La *pancréatectomie partielle du corps* serait la seule opération susceptible de donner une cure radicale. Mais les résultats qu'on a obtenus jusqu'ici ne sont pas encore concluants : Franke (de Brunswick) n'a obtenu qu'une quinzaine de jours de survie dans deux cas de cancer du corps ou de la queue (1) ; Villar (de Bordeaux), dans son rapport sur la chirurgie du pancréas, signale au contraire quelques succès (2).

La technique des pancréatectomies du corps demanderait donc à être sérieusement étudiée. Sauvè a publié un travail sur les pancréatectomies céphaliques (3), et il prétend qu'elles sont parfaitement réalisables, malgré la résection duodénale qui s'impose en pareil cas. Or, avant lui les chirurgiens avaient avancé depuis longtemps que les résections portant sur le corps ou la queue sont beaucoup plus abordables que les résections de la tête : Mayo Robson affirmait que l'ablation du corps du pancréas est justifiable et pratique au cas de néoplasme limité et au début de la maladie (4).

(1) Congrès de la Soc. all. de chir., in *revue de chir.*, 1901, t. II, p. 608.

(2) Villar, *Revue de chir.*, 1900.

(3) Sauvè, *des pancréatectomies et spécialement de la pancréatectomie céphalique*, in *revue de chir.*, 1908.

(4) Mayo Robson, Congrès intern. de méd., section de chir., in *revue de chir.*, 1900.

CONCLUSIONS

1. — Les observations relatives au cancer du corps du pancréas ne sont pas en nombre considérable. Elles sont largement suffisantes pour permettre d'établir une distinction très nette entre le cancer du corps et le cancer des extrémités de la glande, de la tête principalement.

2. — Les traités classiques, même récents, ne semblent pas avoir assez mis en relief cette différenciation clinique, désormais établie sur des faits probants, incontestables.

3. — Toutes ces observations viennent renforcer la thèse soutenue par le Professeur Chauffard devant l'Académie, à savoir : que le cancer du corps du pancréas a réellement une symptomatologie *à part*, qui trouve d'ailleurs son explication dans les rapports anatomiques de la glande (région cœliaque).

4. — Les signes de cette affection ont tout à la fois la précision et la simplicité d'un schéma : 1° *douleurs* à siège épigastrique, d'une intensité incomparable ; 2° *amaigrissement* précoce et rapide ; 3° *absence d'ictère*. Si l'ictère se produit quelquefois (les cas se comptent), c'est toujours longtemps après le début, vers la fin de la maladie.

5. — Dans ces conditions, le diagnostic du cancer du corps du pancréas devient possible, toutefois sous le contrôle du chimisme fécal.

6. — Le traitement n'aura à peu près d'autre but que de calmer la douleur, car la lésion est déjà profonde quand le diagnostic est devenu possible. Il sera *médical* — l'injection sous-cutanée de morphine sera la médication préférée — ou *chirurgical* (pancréatectomie partielle), — plutôt *chirurgical*, puisque c'est encore le traitement qui semble avoir produit les effets les meilleurs et les plus durables.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu :

Le Président de thèse,
A. CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANCELET. — Maladies du pancréas, Paris, 1866.
- ANDRAL. — Lancette française, t. V, n° 18.
- ARNOZAN. — Dict. encycl. des sciences médic., art. pancréas, 2^e série, t. XX.
- BACHON. — Des formes anatomiques du cancer primitif du pancréas, thèse de Lyon, 1899.
- BAR et PIC. — Revue de médecine, 1888.
- CHARLTON BASTIAN. — Medical Times, 1883.
- BATTERSBY. — Arch. gén. de méd., 1844.
- BÉRIEL. — Prov. méd., 1902, XVI, 421.
- BONAMY. — Thèse de Paris, 1879, étude clinique sur les tumeurs du pancréas.
- CARNOT (Paul). — Maladies du pancréas, 1908, in Gilbert et Thoinot.
- CARNOT (Paul). — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites, thèse Paris, 1898.
- CARON. — Contribution à l'étude du cancer du pancréas, thèse de Paris, 1889.
- DE CHARETTE — Cancer du corps du pancréas, thèse de Lyon, 1909.
- CHAUFFARD. — Cancer du corps du pancréas, in Bull. de l'Acad. de méd., 1908, p. 242.

- DESTOT. — Soc. des sciences méd., Lyon, 1890.
- DIEULAFOY. — Manuel de path. int., 15^e édit., 1908, t. II, p. 1.038.
- GAULTIER (René). — Précis de coprologie clinique, Paris, 1907.
- GIMBERT. — Cancer du corps du pancréas à forme aortique pseudo-anévrysmale, thèse de Lyon, 1902.
- JACCOUD. — Cancer de l'estomac et du pancréas, in cliniques de la Pitié, 1884-85, 10^e, 11^e et 12^e leçons.
- HANOT et GILBERT. — Etudes sur les maladies du foie, 1888.
- HUCHARD. — Cancer du pancréas, in Bulletin médical, 1895, p. 15.
- KÆRTE. — Die chirurgischen Krankheiten und die verletzungen des Pancreas, in deutsche Chirurgie, 1898.
- LABADIE-LAGRAVE. — In thèse de Salles, p. 39.
- LANCEREAUX. — Epithéliomes du pancréas, in maladies du foie et du pancréas, 1899.
- LAPIERRE. — Sur le diabète maigre dans ses altérations avec le pancréas, thèse de Paris, 1879.
- LEFAS. — Archives générales de médecine, 1900.
- LOEPER. — Les crises entéralgiques du tabès, Semaine médicale, avril 1909.
- LOEPER et ESMONET. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen, Presse médicale du 23 avril 1910.
- LUCRON. — Cancer primitif du pancréas et formes cliniques, thèse de Paris, 1889.
- MADRES. — Etude clinique sur les cancers primitifs et secondaires du pancréas, thèse de Paris, 1883.

MALBOT. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 25 février 1909, p. 305.

MARMORSTEIN. — Contribution à l'étude du cancer pancréatique et de la dégénérescence du foie au cours du cancer du pancréas, Revue de méd., décembre 1907, p. 1157.

MAYO ROBSON. — Congrès international de méd., in Revue de chir., 1900.

MIRALLIÉ. — Cancer primitif du pancréas, in Gazette des Hôp., 1893, p. 889.

MOLLARD et RIMAUD. — Cancer du corps du pancréas, Société méd. des hôp. de Lyon, janvier 1910.

MONDIÈRE. — Recherches pour servir à l'histoire pathol. du pancréas, in Arch. gén. de méd., 1836, 2^e série, t. XI.

NIMIER. — Hémorrhagies et abcès du pancréas, Revue de Chir., 1893.

OSER. — Die Erkrankungen des Pancreas, spec. path. und ther. von Nothnagel, XVIII Band.

PALLIER. — Tuberculose du pancréas, thèse Paris, 1889.

PARISOT. — Recherches sur le cancer du pancréas, thèse de Paris, 1892.

PERDU. — Essai sur les formes cliniques du cancer primitif du pancréas, thèse de Lyon, 1893.

PIC et TOLOT. — Des formes anormales du cancer primitif du pancréas, Province méd., 1899, p. 55.

RAMOS et COCHEZ. — Revue de méd., 1887, p. 770.

RATHERY. — Maladies du pancréas, in t. II des maladies du tube digestif, Debove, Achard et Castaigne, 1908.

ROUX (J.-Ch.). — Les lésions du système grand sympathique dans le tabès, et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité viscérale, thèse de Paris, 1900.

SALLES. — Cancer primitif du pancréas, thèse de Paris, 1880.

SAUVÉ. — Des pancréatectomies et spécialement de la pancréatectomie céphalique, *Revue de chir.*, 1908, p. 352.

STRÜMPPELL (Adolf). — *Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XII Band, 1878.

VERNAY. — Etude clinique et anatomo-pathologique du cancer du pancréas, thèse de Lyon, 1884.

TABLE

	Pages
Introduction.....	9
Chapitre I ^{er} . — Historique.....	12
Chapitre II. — Observations.....	17
Chapitre III. — Etiologie.....	68
Chapitre IV. — Anatomie pathologique.....	70
Chapitre V. — Symptômes.....	73
Chapitre VI. — Marche, durée, terminaison.....	84
Chapitre VII. — Diagnostic.....	87
Chapitre VIII. — Traitement.....	96
Conclusions.....	99
Index bibliographique.....	101



