

notre pays, beaucoup plus rare qu'en Allemagne ou dans les pays anglo-saxons. Personnellement, en six ans de pratique de la chirurgie de garde, je n'en ai rencontré qu'un seul cas.

Il serait inutile de reprendre ici l'histoire complète de cette maladie, et je veux simplement résumer les points les plus nouveaux et les plus intéressants qu'ont mis en lumière les publications postérieures au mémoire de Leriche et Arnaud.

I.—De l'anatomie pathologique, il y a peu de choses à dire: les hémorragies pancréatiques, la stéatonécrose disséminée de l'épiploon, du mésentère et du péritoine pariétal ont été, depuis longtemps, décrites de la manière la plus complète au point de vue macroscopique et histologique. Il faut savoir seulement que la stéatonécrose, pour être habituelle, n'est pas absolument constante, et que l'on peut voir une pancréatite hémorragique absolument typique, avec sa symptomatologie ordinaire et sa terminaison rapidement fatale, sans qu'il y ait de "taches de bougie" péritonéales.

Après d'autres, une observation de Viannay et Magnien¹ le montre: chez une femme de 56 ans, présentant les symptômes habituels de la pancréatite aiguë, ces auteurs constatèrent, à l'opération, un épanchement séro-hématique dans le péritoine et un gros foyer hémorragique dans la tête du pancréas; or, ni pendant l'intervention, ni à l'autopsie, on ne peut trouver le moindre îlot de nécrose graisseuse.

Au point de vue clinique, la plupart des cas ont évolué d'une façon aiguë, avec le cortège habituel de douleur épigastrique brusque et extraordinairement violente, de vomissements, de météorisme, souvent d'accélération du pouls et d'élévation de la température, toujours d'atteinte précoce et profonde de l'état

1. Viannay et Magnien.—"Pancréatite aiguë hémorragique. Intervention vingt-quatre heures après le début des accidents. Mort". *Soc. des Sciences médicales de Saint-Etienne*, 1910, in *Lyon chirurgical*, 1910, III, p. 562.