

témoins: la cytotéatonécrose, et les hémorragies pancréatico-péritonéales."

"Cytostéatonécrose."— Ici M. Dieulafoy décrit longuement les lésions pancréatiques caractérisées macroscopiquement par des îlots d'un blanc éclatant qu'on a comparés à du lait caillé ou à des "taches de bougie." Ces taches, qui sont disséminées un peu partout, au pancréas, à l'épiploon, au mésentère, même au médiastin, sont dues à la nécrose du tissu adipeux à laquelle M. Hallion a donné le nom de "stéatonécrose" et que M. Dieulafoy propose d'appeler plutôt "cytotéatonécrose" parce que dans ce processus on constate la disparition du noyau de la cellule adipeuse, qui ne se colore plus, qui est "mort."

On admet que cette destruction de la graisse, cette stéatolyse et cette cytotéatonécrose sont dues à la diffusion du suc pancréatique hors du pancréas sans qu'on puisse beaucoup expliquer comment cette action se produit à distance du pancréas. On ne connaît guère non plus la cause de la gravité extrême de cette lésion. En tous cas on peut dire, au point de vue clinique, que la constatation des "taches de bougies" au cours de l'opération doit faire porter un pronostic extrêmement grave.

Le drame pancréatique s'accompagne souvent aussi d'hémorragies au pancréas, ou en différentes régions de la cavité péritonéale.

À l'ouverture de la cavité péritonéale s'écoule souvent un liquide sanguinolent.

Des foyers hémorragiques diffus ou circonscrits superficiels ou profonds, peuvent occuper le pancréas, le voisinage du pancréas, le tissu cellulaire sous péritonéal, l'épiploon, le mésentère, la capsule adipeuse des reins, etc. Il ne s'agit pas d'hémorragies du pancréas déversées ailleurs; il y a hématome du pancréas et hématomes de l'épiploon, du mésentère, du tissu sous-péritonéal, etc.

Ces hémorragies, M. Dieulafoy les a nommées avec intention "pancréatico-péritonéales" afin de les distinguer de certaines hémorragies du pancréas qui sont associées à la suppuration, à la gangrène, à la lithiase de l'organe et qu'on décrit parfois en bloc, avec l'autre variété, sous la dénomination commune de pancréatite hémorragique.

Comment expliquer les hémorragies pancréatico-péritonéales du drame pancréatique? Il ne s'agit pas là d'un processus infectieux: on ne trouve aucun stigmate d'infection. Tout le mal vient d'un acte chimique toxique, la trypsine, un des ferments du pancréas digérant les albuminoïdes et la paroi des vaisseaux.

Après avoir analysé une série d'observations se rapportant à des pancréatites avec lithiase biliaire, M. le Professeur Dieulafoy termine ainsi son article.

... "Les observations dont je viens de donner le résumé concernent toutes des gens qui étaient atteints de lithiase biliaire; elles disent assez quelle est la gravité des pancréatites avec stéatonécrose et

hémorragies (drame pancréatique). Sur les 36 observations du mémoire de Lenormand et Lecène, on ne compte que 6 cas de guérison dus à l'opération précoce. Voici le résumé d'une de ces observations (Kahn).

Un homme, ayant eu quelques années auparavant une colique hépatique, est pris soudainement de douleurs abdominales violentes avec vomissements incessants et constipation absolue. Le ventre est météorisé, la région qui s'étend de l'ombilic à l'appendice xiphoïde est très tendue et extrêmement douloureuse. On porte le diagnostic de nécrose du pancréas avec réserves pour la péritonite par perforation ou par occlusion intestinale aiguë.

On fait une incision susombilicale qui laisse s'écouler un liquide hémorragique abondant.

On pratique une autre incision sus-ombilicale et le même liquide s'écoule. On trouve de nombreux îlots de cytotéatonécrose sur les franges épiploïques, sur le mésentère et sur le péritoine pariétal. On avait ainsi sous les yeux les témoins anatomiques de la pancréatite. On draine les deux incisions et l'on referme le ventre. Le surlendemain de l'opération, le patient a une selle, les douleurs disparaissent et le malade guérit.

"Symptômes. Diagnostic. Traitement."— Je n'ai pas à m'étendre longuement sur les symptômes et sur le diagnostic du drame pancréatique, car nous les avons indiqués chemin faisant. Il est certain qu'au premier abord, tout fait pencher le diagnostic vers l'hypothèse de péritonite aiguë avec ou sans perforation d'organes (estomac, duodénum, vésicule biliaire), ou vers l'hypothèse d'une occlusion intestinale aiguë. La brusquerie et l'intensité des douleurs abdominales, les vomissements, l'angoisse, la tendance au collapsus, sont faits pour dépister le diagnostic.

Toutefois "il faut penser à la pancréatite et au drame pancréatique": il faut faire une enquête sérieuse pour savoir si le malade n'est pas entaché de lithiase biliaire, cause fréquente de pancréatite: le malade est-il ictérique? a-t-il été ictérique? a-t-il eu des coliques hépatiques?

De plus, il faut chercher avec soin le siège principal de la douleur et de la défense musculaire qui, au cas de pancréatite, existent surtout dans les parages de la région ombilicale un peu au-dessous et à droite de l'ombilic.

En fin de compte, en face de la situation qui vient d'être exposée, et alors même que le diagnostic serait indécis, notre devoir est de recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale. On risque, il est vrai, de commettre une erreur de diagnostic, mais qu'importe l'erreur si le malade a la vie sauve.

Supposons qu'on ait cru à tort à une péritonite, à la perforation d'un organe (estomac, duodénum ou vésicule), à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, l'erreur elle-même aura été profitable au malade, car dans tous les cas, l'opération était indiquée. Et s'il s'agit réellement du drame pancréatique l'opération aura été pour le patient la seule chance de salut.