

du ventre, semblait offrir extérieurement toutes les apparences du cancer.

Nous avons durci immédiatement, pour l'étude histologique, les principaux points de cette pièce

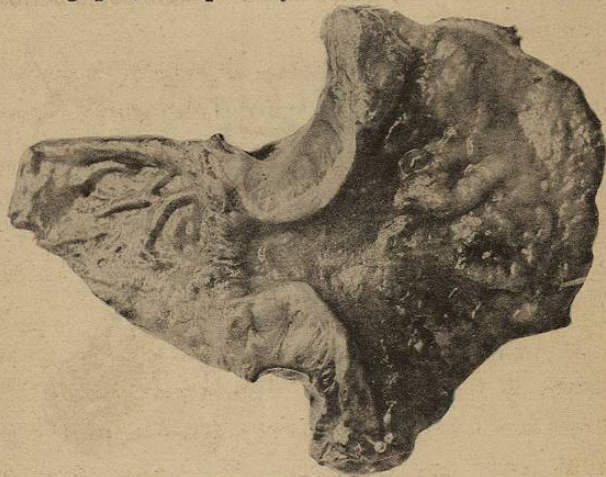


FIG. 85. — Cancer du pylore.
(Photographie. Réduction aux 2/3.)

curieuse, qui, à l'œil nu, différait si peu des squirres véritables du pylore.

On peut juger de cette analogie macroscopique en examinant les fig. 85 et 86. On remarquera que l'épaississement juxtapylorique dépasse dix millimètres et s'arrête assez exactement sur le bord de la valvule pylorique.

La muqueuse, sur la pièce représentée fig. 85, et

qui, histologiquement, est du cancer, était violacée, d'un rouge ardoisé, boursouflée, et faisait corps au niveau du pylore avec les couches sous-jacentes. A mesure qu'on s'éloignait du point sténosé, la celluleuse

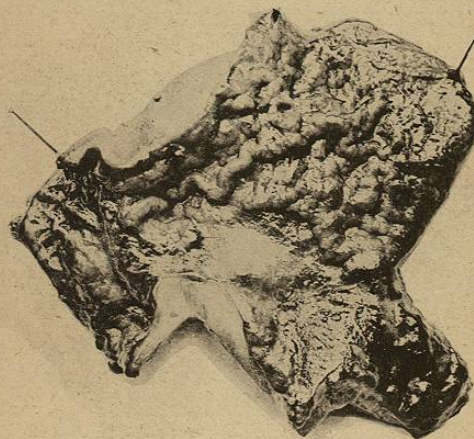


FIG. 86. — Ulcère calleux du pylore.
(Photographie. Réduction aux 2/3.)

devenait de plus en plus lâche, au point de paraître œdémateuse. La musculature, très hypertrophiée, se montrait résistante sous le scalpel, et présentait à la coupe un aspect translucide et comme myxomateux, que nous avons toujours observé en pareil cas.

La pièce que nous avons considérée comme un ulcère calleux (fig. 86) ne différait guère de la précédente à un examen superficiel.

Il nous tardait de vérifier histologiquement notre diagnostic macroscopique. Notre assistant, le D^r Roussel, fit à ce propos une série de coupes dont nous avons photographié les plus démonstratives.



FIG. 87. — Ulcère calleux du pylore.
(Phot. Gross. 20 diam.)

Nous étudierons successivement (fig. 87 à 96) les lésions de l'ulcère calleux du pylore, puis nous décrirons comparativement les lésions du carcinome (fig. 97 à 102).

La figure 87 montre à un faible grossissement l'hypertrophie des tuniques de l'estomac représenté

fig. 84 et 86, à l'endroit où commençait l'épaississement de la musculature. On distingue les glandes en tube, les glandes en grappe de la région pylorique, la celluleuse épaissie et enfin les deux couches



FIG. 88. — Couche profonde de la muqueuse.
(Phot. Gross. 60 diam.)

principales, circulaire et longitudinale, de la muqueuse hypertrophiée.

La figure 88 montre, en un point voisin, où la muqueuse se trouve presque saine, un follicule clos et autour de lui, un certain degré d'infiltration embryonnaire.

L'examen des glandes de l'estomac, au voisinage de la lésion, présente un intérêt tout spécial.

Superficiellement, les glandes en tubes sont saines, comme le témoigne la figure 89. Les épi-

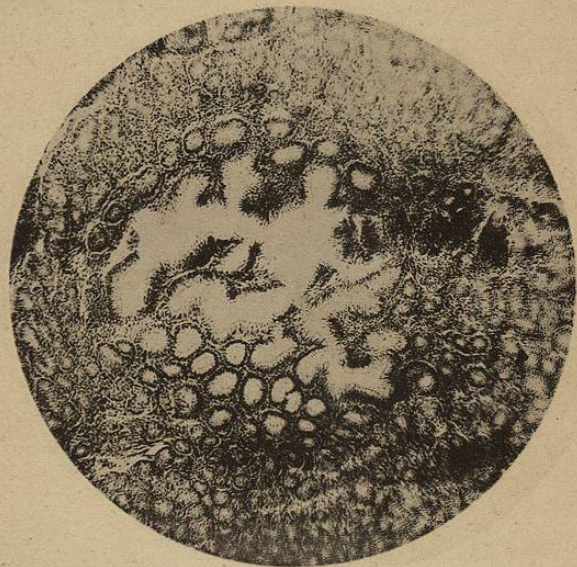


FIG. 89. — Coupe de la muqueuse à une petite distance de l'ulcère.
(Phot. Gross. 50 diam.)

théliums sont intacts, et il n'y a aucune trace de processus inflammatoire.

Si nous étudions cette pièce, non plus sur une coupe très oblique et à quelque distance de l'ulcération, mais sur une coupe perpendiculaire aux

parois de l'estomac et empiétant sur la perte de substance, nous remarquons que la muqueuse perd petit à petit son aspect normal pour présenter des lésions profondes, puis disparaître entièrement.



FIG. 90. — Glandes kystiques.
(Phot. Gross. 20 diam.)

Les glandes sont tout particulièrement altérées dans les couches profondes de la muqueuse, au contact de la celluleuse épaissie et œdématiée, où elles sont atteintes de dégénérescence kystique (fig. 90).

Cette altération des culs-de-sac glandulaires a été

notée par H. Collin dans un cas d'ulcère duodénal.

Les lésions sont de plus en plus marquées à mesure qu'on approche du point ulcéré.

A la périphérie de l'ulcère, le revêtement épithélial

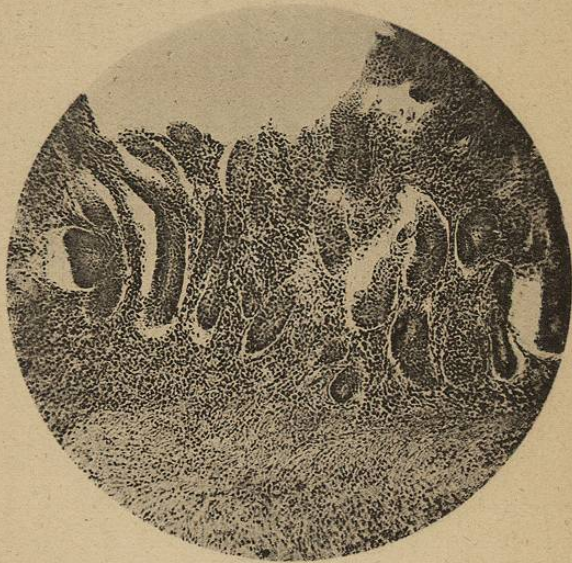


FIG. 91. — Dissociation des culs-de-sac glandulaires.
(Phot. Gross. 60 diam.)

de la muqueuse a entièrement disparu. Les culs-de-sac glandulaires seuls persistent, informes et dissociés par des amas de cellules rondes qui infiltrent, sans ligne de démarcation, la muqueuse et la celluleuse (fig. 91 et 92).

La surface de la perte de substance est constituée par une couche épaisse d'éléments embryonnaires, où quelques rares glandes en tube, presque méconnaissables, persistent encore çà et là.

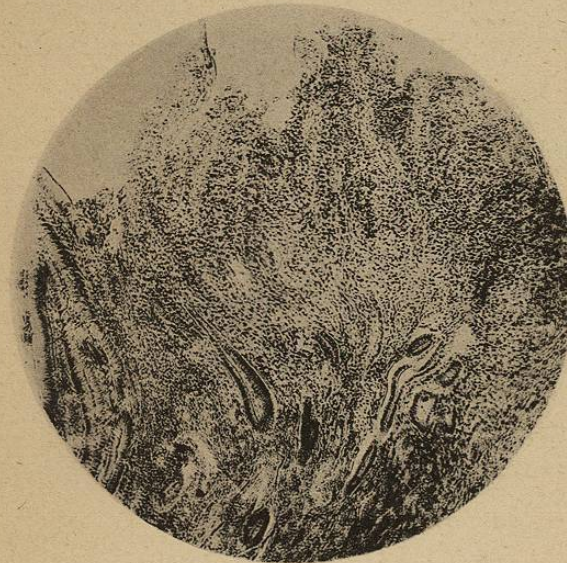


FIG. 92. — Destruction des glandes à la périphérie de l'ulcère.
(Phot. Gross. 80 diam.)

Ces culs-de-sac glandulaires sont presque totalement détruits par le processus ulcéreux, et l'on distingue tout au plus, d'après le groupement des éléments embryonnaires, leur disposition perpendiculaire à la surface de la coupé (fig. 92).

Si nous examinons, non plus la périphérie, mais le centre de l'ulcère, il est impossible d'y découvrir les moindres vestiges de la structure de la muqueuse gastrique. La coupe représentée fig. 93 correspond

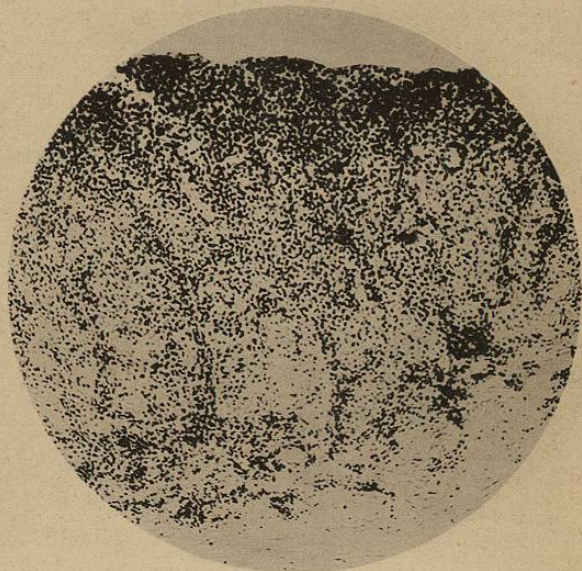


FIG. 93. — Partie centrale de l'ulcère.
(Phot. Gross. 100 diam.)

à l'un de ces points où l'on ne peut constater qu'une infiltration embryonnaire diffuse, comme on l'observe au niveau de toute plaie suppurante.

Il serait impossible, à l'examen de cette préparation, de reconnaître, si l'on n'en était préalable-

ment averti, qu'il s'agit d'une lésion de l'estomac.

La celluleuse sous-jacente est épaissie et comme œdémateuse. L'examen histologique y révèle des lésions interstitielles profondes (fig. 94).

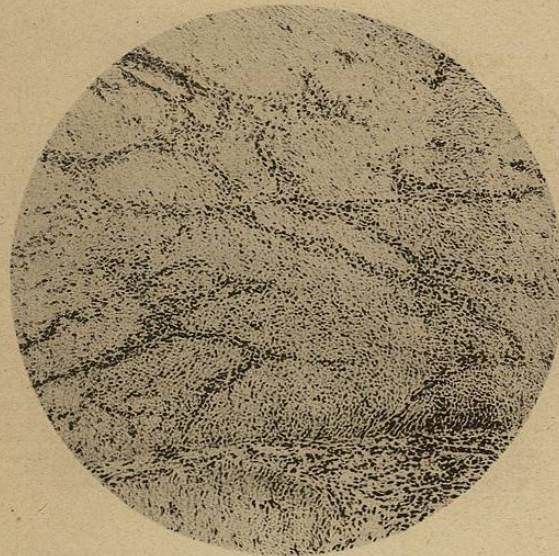


FIG. 94. — Coupe de la celluleuse épaissie.
(Phot. Gross. 100 diam.)

On y remarque des traînées irrégulières de cellules rondes, particulièrement abondantes au voisinage des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et de nombreux éléments fusiformes, qui infiltrent également les couches profondes de la musculature.

L'épaississement considérable que présente la musculature, épaississement tel qu'il en impose pour un véritable *myome annulaire*, est dû au même processus irritatif. Si nous examinons en effet, sur une

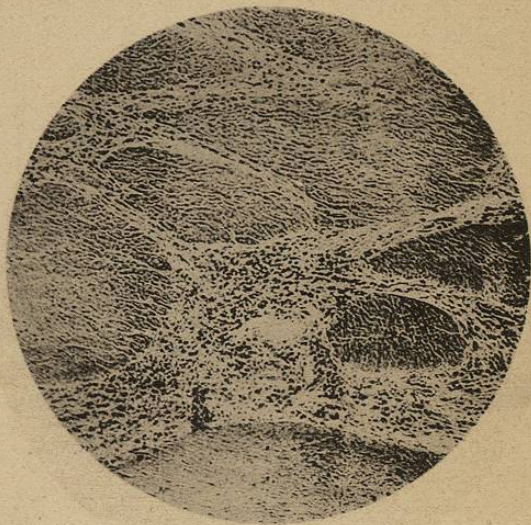


FIG. 95. — Coupe de la musculature (fibres circulaires).
(Phot. Gross. 100 diam.)

coupe longitudinale, la couche circulaire (fig. 95) et la couche longitudinale (fig. 96) de la musculature, nous remarquons que les fibres lisses sont dissociées par de nombreuses cellules embryonnaires à divers stades de développement. Il s'agit donc ici

non pas d'une néoformation de fibres musculaires lisses, mais d'une infiltration embryonnaire d'origine inflammatoire, susceptible d'aboutir à une sclérose hypertrophique diffuse et à la rétraction

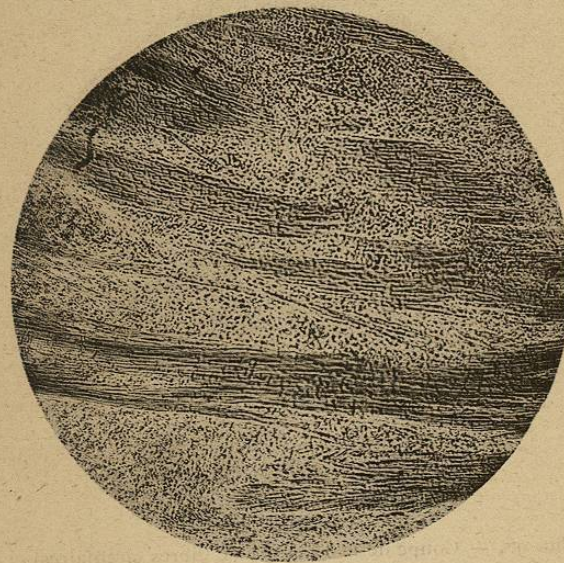


FIG. 96. — Coupe de la musculature (fibres longitudinales).
(Phot. Gross. 100 diam.)

cicatricielle, comme on l'observe pour l'urèthre.

Nous allons étudier comparativement une série de coupes qui se rapportent à des lésions néoplasiques du pyllore et de l'estomac. Ces pièces, comme la précédente, ont été recueillies sur le vivant.

Au premier examen, la nature néoplasique de la lésion est venue confirmer nos prévisions macroscopiques. On en jugera par les fig. 97 et 98, qui représentent à un faible grossissement les coupes



FIG. 97. — Cancer de l'estomac (épithélioma cylindrique)
(Phot. Gross. 40 diam.)

de deux tumeurs du Pylore (Observ. 2 et 4, Pylorectomies). On y observe une infiltration épithéliale diffuse qui ne laisse aucun doute sur la nature cancéreuse de la lésion, bien qu'en certains points de ces pièces nous n'ayons pu déceler que des lésions

ulcéreuses, sans la moindre trace de dégénérescence maligne.

Cette particularité n'a rien qui doive nous étonner. Elle vient au contraire confirmer la fréquence de la



FIG. 98. — Cancer de l'estomac (épithélioma cylindrique)
(Phot. Gross. 100 diam.)

dégénérescence cancéreuse de l'ulcère rond, que nous avons signalée plus haut d'après des observations indiscutables.

Ces deux coupes (fig. 97 et 98) représentent les lésions de l'épithélioma cylindrique de l'estomac,

dont les tuniques sont entièrement infiltrées d'éléments néoplasiques.

Les autres coupes présentent des lésions quelque peu différentes, qui sont celles du carcinome vrai.



FIG. 99. — Carcinome de l'estomac (muqueuse).
(Phot. Gross. 100 diam.)

Elles se rapportent à l'examen de la pièce figurée pages 150 et 154, et qui cependant en avait imposé à plusieurs de nos collègues, comme nous l'avons signalé plus haut, pour un cas type de myome annulaire du pylore.

La fig. 99 représente une coupe de la muqueuse, dans ses couches profondes.

Les lésions du carcinome alvéolaire s'y observent dans toute leur netteté.

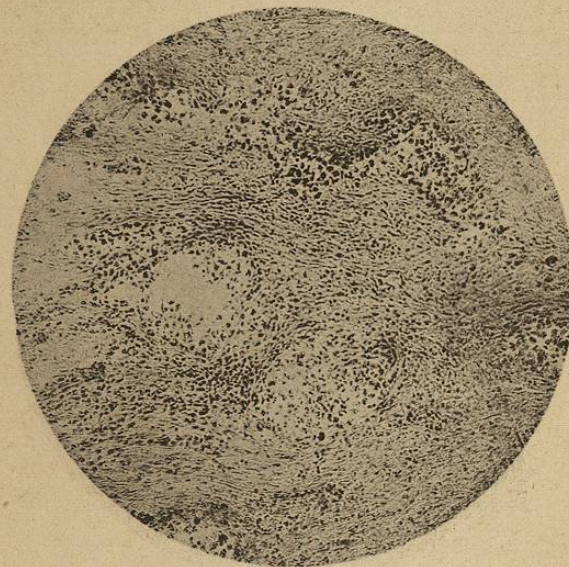


FIG. 100. — Carcinome de l'estomac (celluleuse).
(Phot. Gross. 100 diam.)

Cette infiltration carcinomateuse se propage vers la profondeur. En effet, la celluleuse (fig. 100) présente en certains points des alvéoles très nets, remplis de cellules épithélioïdes, et semblables aux alvéoles cancéreux de la muqueuse.