

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Menetrier (maladie de)**

**MENETRIER, Pierre. - Des
polyadénomes gastriques et de leurs
rapports avec le cancer de l'estomac**

*In : Archives de physiologie normale et pathologique,
1888, Vol. 1, pp. 32-55*

DES POLYADÉNOMES GASTRIQUES ET DE LEURS RAPPORTS
AVEC LE CANCER DE L'ESTOMAC,

par le Dr **P. MENETRIER**, ancien interne des hôpitaux

(PLANCHE III.)

Sous les noms de polypes muqueux, polypes glandulaires, adénomes gastriques, on a décrit des productions qui, développées aux dépens de la muqueuse stomacale par une hypertrophie circonscrite de celle-ci, ont pour caractère essentiel d'être formées d'éléments glandulaires diversement modifiés. Ce sont des tumeurs petites, sessiles ou pédiculées, de volume assez uniforme et semées en nombre variable à la surface de l'estomac. Ces néoplasmes sont aujourd'hui bien connus, et la plupart des traités classiques en renferment une description détaillée.

Outre ces hypertrophies glandulaires qui, par leur accroissement progressif, sont arrivées à constituer des tumeurs, tumeurs bien circonscrites et le plus souvent pédiculées, il en est d'autres qui se rencontrent sous un aspect un peu différent. La lésion essentielle est bien encore une hypertrophie muqueuse, les glandes atteignent des proportions considérables; mais l'altération plus diffuse, plus générale, porte sur de grandes étendues de tissu, formant de larges plaques hypertrophiques, saillantes au-dessus du reste de la muqueuse, ou encore occupant la presque totalité de l'estomac, dont la

face interne apparaît alors, tomenteuse, gonflée, avec de gros replis, rappelant assez bien l'apparence des circonvolutions cérébrales. Cette lésion plus rare, moins bien et moins souvent décrite, englobée dans le groupe assez confus des gastrites chroniques, nous paraît pourtant de même ordre que la précédente, et nous les réunirons dans notre description.

Ce sont, en effet, les unes et les autres des hypertrophies glandulaires avec hypergénèse du revêtement épithélial, accroissement corrélatif de la membrane propre et du tissu conjonctif interglandulaire. L'épithélium est modifié de façons diverses, mais il est toujours disposé en revêtement régulier; les tubes glandulaires, considérablement allongés, peuvent conserver leur direction rectiligne, ou bien se recourber sur eux-mêmes, décrire des sinuosités, se contourner en tous sens, de manière à se montrer sous des aspects différents selon l'incidence de la coupe, ils peuvent par places se dilater en cavités kystiques, mais en somme, et c'est là un caractère capital, la forme glandulaire persiste, la membrane propre est conservée, nulle part les cellules épithéliales ne se rencontrent en dehors d'elle dans les interstices conjonctifs, enfin et surtout, quelque considérable que soit l'hypertrophie glandulaire, jamais les culs-de-sac proliférés ne dépassent la couche muqueuse qui est leur habitat normal; la musculaire muqueuse leur forme toujours une limite facile à reconnaître et qui n'est franchie en aucun point.

C'est une hypertrophie simple, une lésion bénigne, non infectante. Le nom d'adénome, ou mieux celui de polyadénome, qu'à l'exemple de M. Brissaud nous emprunterons à la terminologie de Broca, leur convient parfaitement, et nous paraît fort utile à conserver pour bien caractériser cette lésion, qui présente, croyons-nous, les plus grandes affinités avec d'autres états infiniment plus graves. Nous voulons, en effet, dans ce travail, étudier le développement et l'évolution de ces adénomes; nous espérons prouver, par nos observations, que ces hypertrophies glandulaires, ces productions épithéliales bénignes, sont susceptibles d'une évolution fâcheuse, peuvent se transformer en néoplasmes malins, infectants, en épithéliome, en carcinome, et qu'ainsi ces divers produits épithé-

liaux révèlent la parenté intime qui les unit les uns aux autres.

Nous étudierons d'abord les polyadénomes polypeux, puis les polyadénomes en nappe circonscrite ou diffuse, et nous verrons ensuite la transformation cancéreuse de chacune de ces variétés.

I. — *Polyadénomes polypeux.*

Ces polypes ont été souvent et minutieusement étudiés¹; on en trouvera la représentation macroscopique dans une magnifique planche de l'atlas de Cruveilhier et dans le traité de M. Lancereaux; leur structure histologique est également figurée dans les mémoires de M. Cornil, de M. Brissaud, dans la thèse de M. Marfan, etc. Nous les décrirons surtout d'après nos observations personnelles.

Ce sont des tumeurs petites, du volume d'une lentille, un pois, une noisette au plus; sensiblement égales entre elles et qui, arrivées à un certain degré de développement, restent stationnaires sans plus s'accroître. Les polypes plus volumineux, cités par les auteurs, étaient toujours d'autre nature: fibreux, musculaires, ou cancéreux. Leur forme est arrondie, hémisphérique quand ils sont sessiles, ce sont surtout les plus petits, ou pédiculés; ils sont légèrement renflés en massue. Leur couleur est grise, cendrée, brune ou rougeâtre; ils sont généralement peu vasculaires; leur consistance est mollassse, comme spongieuse. Ils se présentent en nombre extrêmement variable; on peut n'en trouver qu'un, d'autres fois trente, quarante; on en a vu trois cents et plus. Ils siègent indifféremment dans toutes les régions de l'estomac, et quand ils sont

¹ MORGAGNI. — ANDRAL, *Anat. path.* — CRUVEILHIER, *Atlas*, 30^e livr. — *Bull. Soc. anat. passim.* — EBSTEIN, *Archiv. f. Anatomie de Reichert et Dubois Reymond*, 1864. — VIRCHOW, *Traité des tumeurs.* — LANCEREAUX, *Atlas et Traité d'Anat. path.* — CORNIL et RANVIER, *Histologie path.* — CORNIL, Développement histologique des tumeurs épithéliales (*Journal de l'anatomie*, 1865). — CAMUS-GOVIGNON, *Thèse de Paris*, 1883. — BRUNKAU, *Thèse de Paris*, 1884. — BRISSAUD, *Archiv. gén. de méd.*, 1865. — MARFAN, *Thèse de Paris*, 1887.

nombreux, il y en a partout. Ils paraissent néanmoins un peu plus fréquents à la région pylorique.

Ils sont mobiles sur les couches sous-jacentes, nullement modifiées à leur niveau et en coupe, à l'œil nu, on peut déjà constater que la tumeur est un simple épaissement de la muqueuse, entraînant seulement au centre du pédicule un léger prolongement de la celluleuse.

L'examen microscopique montre, en effet, que le polype est presque entièrement formé de tissu glandulaire, en couche périphérique épaisse; à son centre, un prolongement de la sous-muqueuse, parcouru de nombreux vaisseaux sanguins, est limité du côté de la surface par la musculaire muqueuse toujours bien conservée et que ne dépassent en aucun point les glandes hypertrophiées. /

Dans la couche muqueuse, ce sont des glandes, tantôt bien reconnaissables dans toutes leurs parties, mais considérablement allongées et tapissées d'un épithélium qui ne renferme plus aucune cellule à pepsine; tantôt déformées, sinueuses, contournées en circonvolutions à la manière des tubes du rein et se présentant alors sous des aspects variés selon l'incidence de la coupe; elles sont pourtant toujours bien caractérisées par la régularité de leur revêtement épithélial et la persistance de leur membrane propre. Souvent les culs-de-sac d'une même glande ont bourgeonné, se sont multipliés de manière à lui donner l'apparence d'une glande conglobée; enfin des glandes entières ou des portions de glandes apparaissent dilatées, formant des kystes de volume variable; kystes pleins de mucus, tapissés par un épithélium cylindrique muqueux ou caliciforme, avec parfois des végétations dendritiques de cet épithélium dans l'intérieur de la cavité.

Ces glandes ainsi modifiées sont séparées par l'épaississement irrégulier du tissu conjonctif interstitiel, devenu fibreux par places, et par places infiltré de cellules migratrices; il est souvent plus développé au niveau des orifices des glandes, et prend en coupe l'apparence de prolongements papillaires.

Dans toutes ces cavités, dans ces tubes ou segments de glandes, l'épithélium se présente sous des aspects très variés et différant complètement de l'état normal. On y voit : des

cellules cylindriques muqueuses, à protoplasma clair, la plupart caliciformes, souvent très hautes, atteignant, dans les kystes notamment, des proportions énormes, jusqu'à 40 et 50 μ ; le noyau arrondi ou ovale occupe la base de l'élément et seul se colore. D'autres cellules cylindriques sont colorées sur toute leur hauteur et semblables à un épithélium de revêtement; quelques-unes possèdent un plateau. Il y a aussi des cellules prismatiques assez basses qui tapissent les culs-de-sac, leur noyau est excentrique, arrondi, bien coloré, leur protoplasma clair et finement granuleux; des cellules cubiques ou polyédriques, petites, fortement colorées, avec un gros noyau rond; enfin, dans les cavités kystiques, les cellules squameuses se montrent encore sous d'autres aspects, globuleuses, arrondies, transparentes, quelquefois creusées de vacuoles.

Tels sont les éléments constitutants de ces tumeurs, et ils se montrent les mêmes, quel que soit le siège du polype; qu'il provienne de la région pylorique, ou du grand cul-de-sac, toujours les éléments hautement différenciés des glandes peptisifères ont disparu.

Le groupement de ces divers éléments est important à étudier; il ne se montre pas le même dans tous les polypes, et nous en considérerons deux types principaux. Ils diffèrent suivant que l'hypertrophie a surtout porté sur la portion excrétoire des glandes ou sur leur cul-de-sac sécréteur; ces deux types ne sont nullement exclusifs l'un de l'autre, ils présentent de nombreux intermédiaires et peuvent coexister dans le même estomac.

Nous les suivrons l'un et l'autre dans leur développement progressif, en étudiant des tumeurs à divers degrés de leur évolution.

Dans un premier type, l'hypertrophie, bien que totale, atteint plus spécialement la portion excrétoire des glandes. Au début, en examinant une légère saillie de la muqueuse épaisse, on voit les glandes agrandies dans toutes leurs dimensions, mais surtout en hauteur, et se présentant néanmoins avec leur forme conservée. Le conduit excréteur surtout est allongé et élargi, il est tapissé de cellules cylindriques calici-

formes, et sa lumière est remplie de mucus qui bave à la surface. Le cul-de-sac glandulaire est revêtu sur toute sa longueur de cellules qui ont déjà perdu la forme globuleuse et l'aspect réfringent des cellules à pepsine; elles sont plus petites, plus nombreuses, polyédriques, plus colorées. Le stroma conjonctif n'est pas épaissi au niveau du cul-de-sac, mais ses prolongements interglandulaires sont plus marqués entre les conduits excréteurs et forment en coupe des sortes de villosités qui, d'abord bien distinctes et laissant béants les orifices glandulaires, se rapprochent et finissent par s'accoler à leur extrémité libre. Alors est constitué un degré plus avancé de la lésion; la prolifération épithéliale continuant dans la portion excrétoire des glandes, elles se dilatent en cavités kystiques, qui s'accroissent et dans lesquelles le revêtement épithélial se plisse en végétations saillantes. Tantôt ce sont des kystes arrondis, et tantôt des cylindres dilatés, tapissés du même revêtement. En même temps, la partie profonde des glandes, le cul-de-sac, a proliféré, il se déforme, se replie et s'incurve, comprimé par les dilatations kystiques de la surface et par son propre accroissement.

Ainsi se produit l'épaississement de la muqueuse en forme de tumeur, sans qu'aucune autre tunique ait encore pris part à la formation du polype. La continuation de ce processus constitue les tumeurs plus volumineuses.

Dans une coupe d'ensemble de celles-ci (Pl. III, *fig. 4*), on voit à la surface une couche limitante assez uniforme, formée par la fusion des prolongements papillaires interglandulaires, interrompue par places par quelque conduit excréteur, persistant, soit comme cavité libre, soit marqué par une ligne cellulaire. Au-dessous le corps du polype : ce sont des cavités kystiques, des tubes dilatés et contournés en divers sens, tapissés par un épithélium cylindrique caliciforme, toutes cavités et kystes qui semblent bien dériver des conduits excréteurs modifiés; mélangés à eux, mais généralement plus profonds, des tubes glandulaires sinueux, étroits, remplis d'un épithélium à petites cellules cubiques, ou prismatiques basses, résultent de la végétation des culs-de-sac. Par places, surtout vers la base du polype, quelques glandes ont conservé

leur forme et leur direction rectiligne; elles se montrent très allongées, avec leur conduit excréteur dilaté, tapissé de cellules caliciformes et leur cul-de-sac que dessine une longue traînée de petites cellules. Le tissu conjonctif interstitiel s'est épaissi, est devenu fibreux, il est réparti en bandes irrégulières entre les éléments glandulaires, il renferme des vaisseaux, des cellules migratrices et se continue au travers de la musculaire muqueuse avec le tissu conjonctif sous-muqueux qui, entraîné par la végétation, est venu former l'axe du polype.

Dans notre second type, l'hypertrophie intéresse plus particulièrement le cul-de-sac sécréteur. Au début aussi, les glandes sont allongées, et accrues dans toutes leurs portions, ce qui détermine l'épaississement de la muqueuse. Le conduit excréteur tapissé d'épithélium cylindrique caliciforme, reste toujours perméable, les prolongements conjonctifs interglandulaires ne tendent pas à se fusionner, ni par leur extrémité libre, comme précédemment, ni par leur base, comme dans les faits décrits par M. Cornil. Les culs-de-sac végètent, se multiplient, se plient et se contournent, comme si, par suite de leur accroissement, ils ne trouvaient plus de place suffisante dans la muqueuse; ils forment ainsi des lobes séparés par des tractus conjonctifs, semblables à des glandes conglobées et répondant chacun à un, deux ou trois conduits excréteurs. Leur revêtement épithélial, dès le début, paraît modifié, et cette transformation se retrouve dans les glandes de la muqueuse avoisinante. On n'y voit pas de cellules pepsinifères, mais un épithélium prismatique bas, avec un gros noyau bien coloré, excentrique, et un protoplasma finement granuleux qui se colore mal et reste clair surtout vers le centre des tubes. Ces tubes sont beaucoup plus larges que les correspondants du type précédent, leur cavité renferme souvent des cellules desquamées.

Cette végétation des culs-de-sac continue sans changer d'aspect. Dans le polype complètement développé (Pl. III, fig. 3), on trouve une zone périphérique formée par les conduits excréteurs peu augmentés de volume, restés perméables et dont l'épithélium est généralement desquamé; au-dessous,

en plus grande épaisseur, la couche des culs-de-sac séparée en lobes et quelquefois en lobules par des bandes conjonctives, où l'on voit des tubes glandulaires coupés en tous sens, ressemblant assez bien aux tubes contournés du rein, avec une partie claire au centre des tubes, entre deux bordures colorées formées par les noyaux accolés à la membrane propre. Chaque lobe correspond à un ou plusieurs conduits excréteurs, sans qu'on puisse, en raison de leurs sinuosités, suivre la continuité des tubes glandulaires. Ici, il n'y a pas de formations kystiques et l'aspect de la tumeur est beaucoup plus uniforme. Enfin, le centre de la végétation est formé par un prolongement de la celluleuse renfermant des vaisseaux sanguins, et séparé de la couche glanduleuse par la musculaire muqueuse.

Des cas intermédiaires permettent de relier ces deux types l'un à l'autre, et l'on peut alors, sur un même polype, trouver l'aspect lobulé avec de gros tubes glandulaires contournés, et des formations kystiques à épithélium cylindrique muqueux.

Après la description de ces tumeurs dans leurs phases diverses d'évolution, nous devons mentionner l'état de la muqueuse avoisinante, étudier le terrain sur lequel elles se sont développées et rechercher si nous ne pouvons y trouver une explication de ces productions anormales.

Dans tous les estomacs que nous avons examinés, la muqueuse gastrique, qui, le plus souvent, à l'œil nu, paraissait saine, présentait au microscope des altérations de degré variable, mais toujours manifestes. Dans un cas même (obs. III), l'aspect macroscopique était celui d'une gastrite subaiguë avec congestion intense de la muqueuse, pigmentation par places, et même érosions hémorragiques. Dans toutes nos autres observations, les lésions n'étaient visibles qu'à l'examen microscopique; c'étaient des lésions de gastrite chronique régressive, assez banales, telles qu'on en rencontre d'ordinaire dans l'estomac des cachectiques et des vieillards athéromateux; fort semblables, au degré près, à celles qui ont été décrites par M. Marfan dans l'estomac des phthisiques (*Thèse de Paris*, 1887). C'est un épaississement général du tissu conjonctif

interglandulaire, avec infiltration diffuse de petites cellules, et transformation fibreuse par places. Les glandes plus rares, plus espacées, présentent des modifications diverses de leur revêtement épithélial, modifications qui sont d'autant plus accentuées qu'on examine un point de la muqueuse plus voisin des polypes. Un grand nombre de glandes renferment pourtant encore des cellules à pepsine. Dans d'autres, et c'est l'altération la plus fréquente, ce revêtement est remplacé par un épithélium cylindrique coloré sur toute sa hauteur, semblable à un épithélium de revêtement indifférent. Quelquefois ce sont des cellules cylindriques caliciformes, et par places il y a de petits kystes tapissés soit de ce même épithélium, soit de cellules cylindriques colorées. Souvent aussi, les glandes renferment des cellules prismatiques basses, claires, finement granuleuses, semblables à celles des polypes de la deuxième variété, mais sans hypertrophie notable de la glande. Nous ne parlons pas de l'épithélium de la surface et de l'embouchure des conduits glandulaires; nos estomacs, quoique généralement bien conservés, ayant été recueillis vingt-quatre heures après la mort, nous ne pouvons dire si sa chute a été déterminée par l'altération cadavérique ou doit être comptée parmi les altérations de la gastrite.

Ce sont donc, en somme, des altérations régressives de gastrite banale, avec tendance à la disparition des éléments nobles, hautement différenciés, et à leur remplacement, soit par la prolifération conjonctive et l'immigration de petites cellules, soit par la transformation du revêtement glandulaire en un épithélium muqueux, ou indifférent au point de vue fonctionnel. Ce qui est surtout à considérer, c'est la présence sur des glandes isolées d'altérations semblables à celles des polypes, altérations que nous pouvons rencontrer dans d'autres cas de gastrite chronique sans productions polypeuses, et qui sont vraisemblablement de même nature; mais nous ne pouvons déterminer pourquoi la prolifération épithéliale, le processus hypertrophique a manqué dans un cas et s'est développé dans l'autre. Nous ne pensons pas que les troubles fonctionnels déterminés par l'oblitération des conduits excréteurs, par la soudure des prolongements interglandulaires soient sus-

ceptibles d'expliquer le travail hypertrophique; cette oblitération manquait dans toute une série de nos polypes, elle peut se rencontrer sur des glandes isolées et non hypertrophiées; tout au plus pourrait-elle expliquer la forme de l'hypertrophie, mais non sa cause. Celle-ci nous reste ignorée, comme celle de toutes les tumeurs; nous verrons plus tard quelles hypothèses on peut faire à son sujet.

Quant à l'histoire clinique de ces productions, elle est absolument nulle et cela ressort, aussi bien de nos observations personnelles, que de toutes celles publiées jusqu'à ce jour. Jamais aucun symptôme n'est venu révéler la lésion et si parfois l'attention était attirée du côté de l'estomac, c'étaient des cas où la gastrite concomitante se trouvait plus prononcée. Nous ne parlerons pas, bien entendu, des accidents tenant à l'obstruction de l'orifice pylorique, par un volumineux polype siégeant à son voisinage, car, alors, il ne s'agissait pas d'adénomes.

De l'étiologie, il y a également peu de chose à dire; la lésion est presque toujours rencontrée chez des sujets déjà âgés, mais cela n'implique aucunement que son début ne puisse remonter à une époque moins avancée de la vie. Est-elle plus fréquente dans un sexe ou dans l'autre? Présente-t-elle un rapport quelconque avec le tempérament, la constitution, une diathèse? Nous remarquerons seulement, et cela nous paraît avoir une certaine importance, que presque tous les malades qui nous l'ont présentée étaient, à des degrés divers, atteints d'athérome artériel, portant tout spécialement sur les petites artères. Nous reviendrons un peu plus loin là-dessus.

Pour les autres particularités concernant les polyadénomes polypeux, on les trouvera dans les observations suivantes, d'après lesquelles a été faite notre description générale.

OBSERVATION I. — Hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Jaccoud). Marie T..., 62 ans, ménagère, entrée le 9 juin 1886, salle Laënnec, n° 5⁴.

Cette femme a été, il y a deux jours, renversée par une voiture et entre à l'hôpital avec des contusions multiples, portant principalement au niveau de la poitrine. Elle est dans un état de maigreur et de ca-

⁴ Cette observation et les pièces y afférentes ont été présentées à la Société anatomique au mois de décembre 1886.

chevie extrêmes, qui lui ferait donner infiniment plus que son âge; son intelligence est trop obscurcie pour qu'on puisse tirer d'elle le moindre renseignement sur ses antécédents morbides; on lui trouve des signes de congestion pulmonaire des deux côtés. Elle s'affaiblit encore les jours suivants et meurt le 20 juin, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes.

A l'autopsie, nous lui trouvons, outre une congestion intense des deux poumons avec du pus dans les petites bronches, mais sans noyaux d'hépatisation broncho-pneumonique, outre des lésions athéromateuses de toutes les artères et un anévrisme fusiforme de l'aorte thoracique, des altérations portant sur les diverses parties du tube digestif.

L'estomac, légèrement dilaté, présente à sa surface interne un grand nombre de petites tumeurs disséminées sans ordre. Il y en a une quarantaine environ qui occupent à peu près toutes les régions; pourtant on n'en trouve pas au voisinage du cardia, fort peu dans le grand cul-de-sac et le long de la grande courbure, la plupart sont au niveau de la petite courbure et de la face postérieure où elles forment trois ou quatre groupes confluents. Quelques-unes surmontent une sorte de crête de coq, formée par un repli de la muqueuse et située sur la petite courbure à dix centimètres du pylore. Assez égales entre elles, leur volume est celui d'un pois, d'une petite noisette au plus; les unes sont arrondies, hémisphériques, sessiles, les autres péliculées et légèrement renflées en massue; de couleur brun rouge ou grisâtre; de consistance molle. Elles sont mobiles avec la muqueuse sur les couches sous-jacentes, et, en coupe, on constate qu'elles sont uniquement formées par l'épaississement de cette membrane. Dans l'intervalle des polypes, la muqueuse gastrique est assez bien conservée, elle n'est pas épaissie, mais seulement un peu congestionnée par places.

Les ganglions du petit épiploon sont parfaitement sains.

Dans l'intestin grêle, à la partie supérieure de l'iléon, on trouve une invagination agonique, et en ce point la paroi intestinale présente à sa face interne, au niveau du bord libre, une petite tumeur hémisphérique, aplatie au sommet, sessile, de couleur blanc jaunâtre, peu vasculaire, de consistance dure, et qui atteint le volume d'une aveline. Trois petits noyaux, gros comme un grain de chènevis, soulèvent la muqueuse voisine. Du côté de la séreuse, il y a une dépression en godet au point d'implantation de la tumeur et à ce niveau un épaississement blanchâtre du péritoine entouré de petites granulations de même couleur. Le mésentère avoisinant renferme quatre à cinq petits ganglions du volume d'un pois à une noisette, durs, formés en coupe d'un tissu blanc jaunâtre.

Enfin le gros intestin renferme une ulcération dont le caractère tuberculeux a été reconnu par l'examen microscopique et qui, avec une cicatrice fibreuse du sommet d'un poumon, est la seule lésion de cette nature rencontrée chez cette femme.

Le foie est gras; les reins sont atteints de sclérose d'origine artérielle. L'utérus renferme de petits corps fibreux enkystés. L'ovaire gauche est parsemé de petits kystes.

Examen microscopique. — Les polypes de l'estomac sont des polyadénomes dont la structure est absolument celle de notre premier type, qui a été décrit surtout d'après cette observation; c'est-à-dire une hypertrophie glandulaire portant plus particulièrement sur la portion excrétoire des glandes, avec nombreuses formations kystiques. Ce que nous en avons dit plus haut nous dispense d'y revenir à nouveau (Voir Pl. III, fig. 4).

La muqueuse gastrique examinée à distance des polypes n'est pas épaissie, elle paraît même plutôt amincie. Elle présente des lésions de gastrite chronique avec épaissement du tissu conjonctif interglandulaire et infiltration de petites cellules; un grand nombre de glandes sont pourvues de cellules à pepsine, d'autres sont tapissées d'un revêtement cylindrique coloré, d'autres aussi d'un épithélium caliciforme. Il y a quelques formations kystiques. Ces lésions sont beaucoup plus accentuées au voisinage des polypes.

La petite tumeur de l'intestin grêle est formée d'un stroma conjonctif, renfermant des fibres musculaires dissociées et limitant des espaces irréguliers bourrés de cellules épithéliales. Ces cellules, sur plusieurs points, présentent un type cylindrique assez net et forment alors un revêtement régulier aux cavités; la plupart ont complètement perdu leur type. Il n'y a plus aucune trace de la muqueuse, la celluleuse est également transformée, des traînées de ces mêmes cellules infiltrent les tuniques musculaires et forment de petits amas dans la couche fibreuse sous-péritonéale. C'est un épithélioma cylindrique dont le type se retrouve dans les ganglions altérés du mésentère.

Nous attirerons l'attention sur la coexistence de cet épithéliome intestinal, avec les polyadénomes gastriques; évidemment nous ne pouvons prouver que cette lésion ait succédé à une altération des glandes intestinales de même nature que celle observée dans les glandes gastriques, néanmoins le fait est possible et les observations que nous étudierons plus loin lui donnent quelque vraisemblance; dans tous les cas, la coïncidence est curieuse à noter.

Obs. II. — Hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Jaccoud).
Émilie L..., 91 ans, ménagère, entrée le 2 juin, salle Laënnec, n° 12; morte le 14 décembre 1886.

Cette femme, atteinte de ramollissement cérébral, séjourna durant six mois dans le service et succomba à une pleurésie; pendant tout le

temps qu'elle fut soumise à notre observation, elle ne présenta aucun trouble de l'appareil digestif.

A l'autopsie nous rencontrons des lésions des divers organes en rapport avec les symptômes perçus durant la vie, et un polype solitaire de l'estomac.

Outre le ramollissement cérébral et les altérations de la pleurésie, nous notons des lésions athéromateuses de la plupart des artères, grosses et petites; une sclérose artérielle des deux reins; un volumineux polype muqueux de l'utérus avec de nombreux kystes glandulaires tout autour et un petit kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

L'estomac, de dimensions normales et dont la muqueuse paraît bien conservée, sans altérations apparentes à l'œil nu, renferme un petit polype pédiculé, mou, grisâtre, du volume d'un petit pois et situé à trois centimètres au-dessus du pylore.

Au microscope, ce polype, formé par une hypertrophie de la couche muqueuse, présente les lésions que nous avons décrites dans notre second type; l'hypertrophie est uniforme, a porté surtout sur les culs-de-sac sécréteurs complètement transformés; il n'y a pas de formations kystiques.

Ces mêmes lésions des glandes se rencontrent dans la muqueuse à distance du polype, par places même il y a un commencement d'hypertrophie muqueuse, un groupe de glandes se trouvant simultanément atteintes. On trouve aussi, comme dans l'estomac de l'observation précédente, un épaissement général avec infiltration de petites cellules du tissu conjonctif interstitiel de la muqueuse.

Obs. III. — Mon ami Besançon m'a remis un estomac qu'il avait recueilli à l'autopsie d'une femme de 40 ans, morte dans le coma, quelques jours après son entrée dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu. On n'avait aucun renseignement sur ses antécédents.

Cet estomac, légèrement dilaté, renferme, au niveau du grand cul-de-sac, trois polypes du volume d'un pois, saillants et légèrement pédiculés. La muqueuse paraît fort altérée, elle est pigmentée par places, fortement congestionnée avec des varicosités des petits vaisseaux; on y trouve trois à quatre petites érosions hémorragiques punctiformes. Cet estomac présente, du reste, un état avancé d'altération cadavérique; néanmoins, l'aspect macroscopique est bien celui d'une gastrite subaiguë. Quant à l'examen histologique, il ne pouvait, à cause de cette altération, nous donner des renseignements bien utiles. Il nous a paru que les polypes se rapportaient comme structure à la seconde variété.

II. — *Polyadénomes en nappe.*

Au contraire de la précédente, cette lésion n'a guère été étudiée; tout au plus, peut-on trouver mentionnés dans les

auteurs quelques faits qui semblent s'y rapporter, mais nous n'en connaissons aucun qui soit accompagné d'une description histologique.

C'est dans l'*Anatomie pathologique* d'Andral que nous en trouvons l'exemple le plus net. « J'ai vu, dit-il, une fois, un estomac dont la surface interne était garnie de nombreuses lames, placées de champ, coupées perpendiculairement par l'axe longitudinal de l'estomac, et uniquement constituées par un développement insolite de la membrane muqueuse. Ces lames avaient bien deux à cinq lignes d'élévation au-dessus du niveau de la muqueuse, elles pouvaient être assez exactement comparées aux lames qui, chez les ruminants, caractérisent celui de leurs estomacs qui a reçu le nom de feuillet. »

Dans la vingt-quatrième livraison de l'Atlas de Cruveilhier, est une observation de Briquet concernant une hypertrophie générale des muqueuses gastrique et intestinale; la muqueuse gastrique, énormément épaissie, parcourue de gros replis, présentait un aspect assez semblable aux circonvolutions cérébrales. Malgré une certaine analogie d'apparence entre cet estomac et l'un de ceux que nous décrivons, nous pensons, avec M. Gilly (*Thèse de Paris*, 1886), que cette observation doit être considérée comme un exemple de lymphadénie gastro-intestinale et non comme une hypertrophie muqueuse. Pourtant, nous devons faire ici quelques réserves, car une observation que nous a communiquée notre ami Besançon, montrait la coexistence d'hypertrophies glandulaires avec le dépôt de lymphomes dans l'épaisseur de la muqueuse gastrique. Ces hypertrophies glandulaires étaient d'un type un peu différent de celles que nous décrivons ici; mais, à l'œil nu, elles formaient de petits polypes assez semblables à ceux de nos observations précédentes.

Faute d'observations antérieures, nous nous bornerons donc aux seuls faits que nous avons étudiés. Cette forme d'hypertrophie muqueuse s'est présentée à nous sous deux aspects, différant par l'étendue de la lésion, soit limitée à une portion bien circonscrite de l'estomac, ou bien en occupant la presque totalité et par l'adjonction de lésions des autres tuniques mo-

difiant notablement l'apparence générale. Aussi nous décrivons d'abord la lésion glandulaire, sensiblement la même dans tous les cas, puis chaque observation avec ses particularités propres.

Dans le polyadénome en nappe, c'est encore l'hypertrophie glandulaire, et elle seule qui détermine l'épaississement considérable de la muqueuse; mais le type de l'hypertrophie est tout différent de celles que nous avons précédemment étudiées. Les glandes s'accroissent en hauteur, en conservant presque entièrement leur direction rectiligne, elles arrivent ainsi à des proportions insolites, ayant cinq et six fois leur longueur normale, tandis que leur diamètre beaucoup moins accru est quelquefois même diminué. Ce long tube glandulaire est perméable, sa lumière est conservée, et il est tapissé d'un épithélium petit, cubique, assez fortement coloré. Dans le plus grand nombre des glandes, ce revêtement uniforme tapisse le conduit depuis l'extrémité du cul-de-sac presque jusqu'à l'orifice externe, et la glande forme un long tube droit, rigide, de même aspect d'un bout à l'autre. Dans d'autres, la portion la plus profonde du cul-de-sac, en continuité avec un tube semblable aux précédents, tend à décrire des sinuosités, à se contourner sur elle-même, se renfle, et se montre tapissée de cellules épithéliales, plus grosses, polyédriques ou prismatiques basses, avec un noyau rond, excentrique, bien coloré, et un protoplasma plus clair, finement granuleux; quelques-uns de ces culs-de-sac, mais plus rarement, ont un épithélium cylindrique clair; d'autres se montrent tapissés sur une grande longueur de cellules cylindriques colorées sur toute leur hauteur. Enfin des groupes de glandes moins longues, n'ayant que deux ou trois fois la longueur normale, ou même ne la dépassant pas, ont conservé distincts leur conduit excréteur et leur cul-de-sac; le conduit excréteur tapissé de cellules caliciformes est dilaté, rempli de mucus qui bave à la surface. le cul-de-sac est tapissé de cellules prismatiques basses à protoplasma clair et noyau excentrique bien coloré. Par places, mais rarement, on trouve des kystes peu volumineux, tapissés d'un revêtement cylindrique régulier et sans tendance à végétier dans la cavité.

Le stroma conjonctif de la muqueuse est généralement peu épaissi ; il s'est seulement allongé comme les glandes ; pourtant, à la surface, les prolongements interglandulaires sont souvent augmentés de volume, parfois renflés en massue, et infiltrés de petites cellules. En outre, et de distance en distance, des bandes fibreuses plus épaisses partent de la profondeur, et chacune forme un axe autour duquel sont groupées les glandes les plus hautes en houppes saillantes, distinctes les unes des autres et séparées par des sillons au fond desquels se voient les glandes les plus basses, et où s'accumule le mucus qu'elles sécrètent. A la base des glandes, se trouve en couche continue la musculaire muqueuse parfaitement conservée (Pl. III, fig. 5).

Telle est la disposition générale ; cette hypertrophie régulière porte sur de grandes étendues de la muqueuse ; celle-ci devient trop grande pour la cavité qu'elle revêt et doit, pour s'y accommoder, se plisser en lames, en circonvolutions saillantes qui entraînent à leur centre des prolongements de la celluleuse. C'est, en somme, l'exagération pathologique et permanente du plissement normal de la muqueuse gastrique, quand l'estomac vide revient sur lui-même.

Malgré les différences qui existent entre cette dernière forme et les hypertrophies muqueuses que nous avons étudiées en premier, malgré les variétés de revêtement cellulaire, on voit qu'il s'agit bien, dans les deux cas, de processus de même nature ; c'est toujours une simple hypertrophie, avec conservation de la forme glandulaire, persistance de la membrane propre et sans aucune tendance à dépasser les limites normales de la muqueuse ; de plus, si des phénomènes de gastrite chronique se rencontrent en même temps, et dans le reste de la muqueuse, c'est toujours l'hypertrophie qui se montre la lésion dominante et caractéristique. Du reste, ces formes diverses sont intimement reliées entre elles, et par l'analogie de leurs lésions intimes, et par la coexistence possible des unes et des autres dans un même estomac, comme le prouve l'observation suivante :

Obs. IV. — *Polyadénomes en nappe circonscrite coexistant avec un polyadénome polypeux*¹.

Claire L..., 52 ans, entrée le 1^{er} décembre 1886 à l'hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Jaccoud), salle Laënnec, n^o 11, morte le 5 janvier 1887.

Cette femme, entrée dans le service pour une hémiplegie gauche déterminée par un ramollissement cérébral, succomba, après un mois de séjour, sans avoir présenté aucun symptôme indiquant un trouble quelconque des fonctions de l'estomac.

L'estomac, très légèrement dilaté, présente à sa face interne, au niveau de la grande courbure et distante de 9 centimètres de la valvule pylorique, une plaque saillante, très régulièrement ovale, allongée suivant le grand diamètre de l'estomac. Elle est longue de 8 centimètres, large de 4 et demi, et fait, au-dessus des parties voisines, un relief de 5 millimètres à 1 centimètre. Elle est formée de plis muqueux considérablement augmentés de volume, saillants et pressés les uns contre les autres et séparés par de profonds sillons. La plupart sont dirigés suivant le grand axe de l'estomac ; l'altération cesse brusquement aux limites de la plaque, et les plis hypertrophiés retombent tout autour sur une muqueuse qui paraît saine, où même, par suite de l'altération cadavérique, les plis normaux ont en grande partie disparu. La surface de ces plis n'est pas lisse, mais présente des saillies pressées, séparées par de petits sillons, une exagération énorme de l'état mamelonné. La plaque est de couleur brun grisâtre ; sa consistance est souple, molle ; elle est mobile sur les couches musculaires profondes, et en coupe, à l'œil nu, on voit qu'elle est formée uniquement aux dépens de la muqueuse épaissie, sans participation des autres tuniques.

Dans ce même estomac, on trouve, en outre, à 4 ou 5 centimètres du pylore, un petit polype saillant, pédiculé, gros comme un pois et semblable à ceux que nous avons déjà étudiés.

Les ganglions du petit épiploon sont absolument sains.

Pour les autres viscères, nous signalerons seulement, outre un foyer de ramollissement protubérantiel, cause de l'hémiplegie, des lésions athéromateuses des artères, une sclérose artérielle des deux reins, avec pyélite suppurée à droite et un petit polype au fond de la cavité utérine.

A l'examen microscopique de la muqueuse gastrique, on constate une hypertrophie glandulaire du type que nous venons de décrire ; les glandes atteignent une longueur de 2, 3 et souvent même 4 milli-

¹ Cet estomac a été présenté à la Société anatomique au mois de janvier 1887. On trouvera dans le Bulletin une figure représentant très exactement la lésion.

mètres ; elles sont droites, rectilignes ; c'est à peine si quelques culs-de-sac profonds se contournent légèrement. Leur revêtement épithélial est formé de cellules cubiques ou polyédriques, petites, bien colorées, tapissant soit toute la hauteur de la glande, soit seulement une partie ; d'autres ont un revêtement cylindrique caliciforme dans leur portion excrétoire, qui est parfois dilatée par du mucus, et prismatique bas, peu coloré dans le cul-de-sac. Il y a quelques kystes, peu nombreux et peu volumineux. Le stroma conjonctif est peu développé, les prolongements papillaires interglandulaires peu épaissis. Les glandes sont réparties en groupes, formant des houppes saillantes qui correspondent aux mamelons visibles à l'examen microscopique, et sont séparées par des sillons où se voient des glandes plus petites et moins modifiées. En aucun point, on ne rencontre d'épithélium pepsinifère normal. La musculaire muqueuse circonscrit partout exactement la lésion. La tunique celluleuse, formée de tissu conjonctif lâche, occupe le centre des plis ; elle ne paraît aucunement altérée, comme aussi les couches musculaires, qui ont conservé leur épaisseur habituelle.

Le polype de la région pylorique présente une structure intermédiaire aux deux types que nous avons décrits ; les culs-de-sac ont végété comme dans la seconde variété ; ils forment des tubes sinueux et contournés, tapissés d'un épithélium prismatique bas, peu coloré, groupés en lobes par des tractus conjonctifs et qui constituent la plus grande partie du polype. Mais il y a aussi des formations kystiques à épithélium cylindrique caliciforme, semblables à celles de la première variété. Les prolongements conjonctifs interglandulaires sont plus épais par places, et, vers la surface, plusieurs tendent à se souder et oblitèrent les orifices des glandes ; ils sont infiltrés d'une grande quantité de cellules migratrices.

En dehors du polype, la muqueuse de cette région présente une transformation générale de toutes les glandes, suivant le même type, mais sans hypertrophie notable, et aussi un épaississement irrégulier du tissu conjonctif, avec infiltration de petites cellules. Dans d'autres points de la muqueuse, l'aspect est encore celui de cette gastrite chronique régressive que nous avons déjà décrite.

Dans ce cas, comme dans les précédents, il s'agit toujours d'une lésion circonscrite développée dans une muqueuse atteinte d'inflammation chronique torpide, sans phénomènes réactionnels perceptibles durant la vie des malades, et l'altération gastrique ne constitue guère qu'une curiosité anatomique sans importance fonctionnelle. Il n'en est plus de même pour les cas où, comme dans le suivant, la lésion de l'estomac atteint les proportions de beaucoup plus considérables ;

alors, si les troubles gastriques sont plus ou moins perdus au milieu d'un appareil symptomatique complexe, du moins on ne peut nier que l'altération de ce viscère ne joue un rôle important dans l'évolution morbide.

Obs. V. — Hôpital de la Pitié (service de M. Lancereaux).

Barthélemy G..., 38 ans, peintre en bâtiments, entré le 11 octobre 1886, salle Piorry, n° 14¹.

Cet homme a eu deux accès de coliques de plomb. Il avoue avoir fait autrefois des excès de boisson, qu'il aurait cessés depuis deux ans environ. Il a pourtant encore des pituites le matin au saut du lit ; des fourmillements, des crampes dans les jambes et dans les bras ; point de rêves la nuit ; un léger tremblement des mains.

Il y a deux mois, il ressentit des troubles digestifs plus accentués, de l'inappétence, des nausées ; depuis quatre semaines, une diarrhée persistante et abondante. Quelques jours après, le ventre, les membres inférieurs enflèrent, et, ne pouvant continuer son travail, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

C'est un homme robuste et bien constitué. Son ventre est volumineux, étalé vers les flancs, et présente à sa surface un réseau de veines dilatées, aussi développé à droite qu'à gauche. La paroi est oedématisée, surtout dans les régions déclives, vers les flancs et les fosses iliaques. On constate une ascite très abondante, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Les membres inférieurs sont considérablement oedématisés. Il n'y a pas pour le moment de troubles digestifs notables. Rien au cœur. Dans les poumons, quelques gros rhonchus et sibilances. Le malade urine souvent et beaucoup, de 2 litres et demi à 3 litres par vingt-quatre heures. Ni sucre, ni albumine.

En présence de ces symptômes, le diagnostic porté fut celui de cirrhose alcoolique ; le malade fut soumis au régime lacté absolu ; on lui fit prendre aussi de l'iodure de potassium.

Après une diminution temporaire de l'ascite qui permit de constater que le foie, peu volumineux, ne dépassait pas le rebord costal, on vit le liquide abdominal se reproduire progressivement jusqu'à rendre nécessaire une évacuation par ponction. Elle fut pratiquée une première fois le 4 décembre ; on retira 7 litres de liquide citrin ; puis, l'ascite revenant rapidement, deux nouvelles ponctions furent encore faites le 30 décembre et le 28 janvier.

¹ Nous devons cette observation, et une autre qu'on trouvera plus loin, à notre collègue et ami Raymond. Elles proviennent du service de M. Lancereaux, que nous remercions d'avoir bien voulu nous autoriser à nous en servir.

L'estomac de ce premier malade a été présenté, par M. Raymond, à la Société anatomique, dans la séance du 25 février 1887.

A partir du milieu de décembre, et les autres symptômes persistant, la diarrhée reparut très abondante, continua par la suite, et, vers la fin, fut même accompagnée de selles sanguinolentes. Les urines diminuèrent beaucoup; le malade alla s'affaiblissant de jour en jour et mourut le 9 février 1887.

A l'autopsie, on s'attendait à trouver une cirrhose hépatique classique; mais, contre toute attente, les lésions principales portaient sur l'appareil digestif.

L'estomac est très volumineux et notablement dilaté. Incisé, sa muqueuse apparaît énormément tuméfiée, épaissie, parcourue de plis énormes, saillants et contournés, dont l'aspect rappelle assez bien celui des circonvolutions cérébrales. Toute la surface est recouverte d'une épaisse couche d'un mucus visqueux, difficile à détacher.

L'hypertrophie muqueuse occupe la plus grande partie de l'estomac; elle s'arrête seulement à 3 centimètres du cardia, mais respecte la région pylorique, où la muqueuse est à peine plus épaisse que normalement; de ce côté, et à 8 centimètres de la valvule, l'hypertrophie cesse brusquement par un rebord à pic qui surplombe la muqueuse restée saine. Dans la région altérée, ce sont de gros replis, larges comme un doigt, sinueux, accolés, séparés par de profonds sillons et présentant généralement une direction parallèle au grand axe de l'estomac. Ils sont surtout développés au niveau de la face postérieure, tandis que la face antérieure présente un aspect plus uniforme. La saillie qu'ils font au-dessus du fond des sillons est de 2 et 3 centimètres. Leur surface est formée d'une infinité de mamelons accolés, séparés par de petits sillons, arrondis, carrés ou triangulaires, larges de 3 à 4 millimètres et hauts de 4 à 5. Ils sont dus à l'exagération excessive de l'état mamelonné de la muqueuse. La muqueuse est d'un rouge violacé; elle est parsemée d'ecchymoses multiples. La consistance du tissu est molle. En coupe, on constate que l'hypertrophie est due principalement à l'épaississement de la muqueuse; mais les couches sous-jacentes paraissent altérées, quoique à un moindre degré. La celluleuse est plus épaisse, et néanmoins la muqueuse est encore aisément mobile sur les couches musculaires; celles-ci sont également épaissies, et la couche fibreuse péritonéale notablement augmentée de volume.

Les ganglions de la petite courbure ne sont pas altérés.

Dans l'intestin grêle, on rencontre des lésions hypertrophiques semblables; la muqueuse est injectée, épaissie régulièrement, avec accentuation des plis normaux et des valvules conniventes, mais sans aucune altération des plaques de Peyer. Dans le gros intestin, la muqueuse est également épaissie, avec coloration violacée et vive injection vasculaire, surtout au niveau du cæcum.

Le foie, assez volumineux (2^e, 150), présente une forme bizarre; il ressemble à un rein énorme. Il y a des lésions de périhépatite accentuées; la capsule est épaissie, opaline; en certains points, elle atteint

2 et 3 millimètres. Le tissu du foie est mou, de couleur et d'aspect normaux. Il n'y a pas de cirrhose ; mais seulement, au voisinage de la surface, des travées conjonctives partent de la capsule et s'enfoncent, à une petite distance, dans le parenchyme hépatique.

Le pancréas est dur, lardacé à la coupe, sclérosé.

Les reins se décortiquent facilement, ne semblent pas altérés.

Examen microscopique. — M. Raymond nous ayant fort obligeamment donné des fragments de ces divers tissus, nous avons pu en pratiquer nous-même l'examen.

Les lésions de la muqueuse gastrique sont, au degré près, fort semblables à celles de l'observation précédente. L'épaisseur de la couche glandulaire atteint, en moyenne, 5 millimètres au niveau du sommet des houpes saillantes, tandis qu'elle ne dépasse guère 1 millimètre au niveau des sillons qui les séparent. Pour bien juger de l'état des glandes, il est fort important de pratiquer les coupes parallèlement à leur direction, de manière à les voir sur toute leur longueur et de pouvoir juger, sans crainte d'erreur, de leurs rapports avec les couches sous-jacentes. C'est, du reste, une précaution indispensable dans l'examen de toutes ces hypertrophies, aussi bien pour les polypes que pour celles-ci.

Ainsi examinées, les glandes (Pl. III, *fig.* 5) se présentent énormément allongées, cinq et six fois plus que normalement, rectilignes dans leur plus grande partie, parfois même dans leur totalité ; cependant, pour beaucoup, la portion la plus profonde du cul-de-sac est légèrement sinueuse, ce qui a lieu surtout pour les glandes plus petites qui se trouvent au fond des sillons, entre les houpes saillantes. Ces houpes, larges en coupe de 2 à 3 millimètres, présentent à leur centre une bande fibreuse, prolongement de la sous-muqueuse, qui entraîne avec elle quelques fibres-cellules de la musculaire muqueuse ; tout autour sont groupées les glandes les plus longues, rectilignes et légèrement écartées en éventail vers la surface ; puis, à la périphérie, elles s'abaissent graduellement en se continuant avec les glandes plus petites qui tapissent le fond des sillons. Entre les glandes, le stroma conjonctif est peu épaissi dans la profondeur, davantage au voisinage de la surface, où il est infiltré de cellules migratrices et comprime légèrement les orifices glandulaires. Cela a lieu au sommet des houpes, tandis qu'au fond des sillons, les orifices glandulaires sont libres et même dilatés.

Le revêtement épithélial varie un peu, selon les points que l'on considère. Dans les glandes les plus hautes, c'est sur la plus grande longueur et jusqu'à la surface un revêtement de cellules cubiques, petites, bien colorées, qui peuvent tapisser également le fond du cul-de-sac, ou bien celui-ci, plus large et légèrement sinueux, est rempli de cellules un peu plus grosses, polyédriques ou prismatiques basses, à protoplasma peu coloré et finement granuleux. Pour les glandes plus

petites du fond des sillons, le conduit excréteur, mieux distinct, souvent dilaté par du mucus, est revêtu de cellules cylindriques caliciformes ; les culs-de-sac renferment des cellules prismatiques à protoplasma clair. La membrane propre est toujours bien conservée, et nulle part on ne voit de cellules épithéliales libres dans le tissu conjonctif en dehors des tubes. Dans quelques glandes, on retrouve un épithélium cylindrique muqueux, ou bien coloré sur toute sa hauteur. Les formations kystiques sont très rares.

Entre les glandes serpentent de gros capillaires sanguins bourrés de globules ; il y a aussi une assez grande proportion de cellules migratrices diffuses dans le tissu interstitiel.

Si la coupe a porté bien parallèlement à la direction des glandes, on constate que partout la musculaire muqueuse, légèrement épaissie, circonscrit nettement la couche glandulaire, et qu'en aucun point les glandes n'en dépassent les limites ; elle est seulement, de places en places, traversée par des bandes fibreuses qui, partant de la celluleuse, vont se terminer dans les espaces interglandulaires ; comme ces bandes fibreuses entraînent avec elles quelques fibres-cellules, on pourrait, sur des coupes irrégulières, les prendre pour la musculaire muqueuse elle-même et considérer des groupes de glandes qui en sont environnées comme situées en dehors de la muqueuse, comme ayant végété dans le tissu sous-muqueux ; nous le répétons, cela n'existe en aucun point ; la lésion glandulaire est strictement limitée dans sa couche normale, et aucun produit épithélial ne se rencontre en dehors d'elle.

La tunique sous-muqueuse est très augmentée de volume et presque entièrement fibreuse ; elle forme l'axe des gros plis, des circonvolutions de la muqueuse. Elle est parcourue de nombreux vaisseaux sanguins ; les artères ont des parois épaisses et présentent un certain degré d'endartérite. Il y a par places des trainées de cellules migratrices qui forment même parfois des amas assez considérables pour constituer de petits abcès miliaires ; on y voit aussi des groupes de vésicules adipeuses.

La tunique musculaire renferme une notable proportion de tissu fibreux entre ses faisceaux constituants. Enfin, la couche sous-péritonéale est complètement fibreuse et beaucoup plus épaisse que normalement.

Dans l'intestin, on retrouve des lésions de même ordre. La muqueuse du gros intestin renferme des glandes en tube deux fois plus longues, au moins, que normalement, et qui, au lieu d'un revêtement cylindrique régulier, sont bourrées de petites cellules cubiques ou polyédriques fortement colorées. Le tissu conjonctif interstitiel est épaissi et renferme de nombreuses cellules migratrices. Il est parcouru de gros capillaires dilatés et remplis de globules. La musculaire muqueuse est bien conservée. La sous-muqueuse est devenue fibreuse et

très épaisse; il y a également augmentation de volume des couches musculaires et sclérose de la séreuse.

Foie. — En dehors des lésions qui dépendent de la périhépatite, on ne trouve aucune trace de cirrhose, et les quelques prolongements fibreux qui partent de la surface pénètrent peu profondément et disparaissent rapidement. Les cellules du foie sont normales; quelques-unes, à la périphérie du lobule, sont graisseuses.

Les REINS présentent une sclérose péritubulaire uniforme, absolument selon le type de la néphrite interstitielle saturnine.

C'est là une histoire assez extraordinaire, et l'on conçoit aisément que le diagnostic clinique ait pu se trouver égaré par les symptômes perçus durant la vie. Néanmoins tous ces symptômes trouvent, en y regardant de près, leur raison dans les lésions que nous venons d'étudier; la sclérose péritonéale, manifeste au niveau du foie et du tube digestif et qui probablement intéressait aussi d'autres parties que nous n'avons pu examiner, suffit bien, surtout si l'on y joint l'influence de la néphrite interstitielle, à expliquer l'ascite et les œdèmes; le système porte se trouvait lésé, mais, au contraire de ce qui se passe dans la cirrhose, c'étaient ses origines péritonéales qui étaient atteintes et non ses ramifications intra-hépatiques. La diarrhée est bien en rapport avec les lésions intestinales, mais il est surprenant qu'une altération de l'estomac aussi marquée n'ait donné lieu qu'à si peu de symptômes gastriques.

Quoi qu'il en soit et pour en revenir à ce qui, dans cette observation, nous intéresse spécialement, on voit que malgré la diversité et la multiplicité des lésions, l'altération de la muqueuse gastrique est bien essentiellement constituée par l'hypertrophie glandulaire, hypertrophie de même type et de même nature en ce cas que dans le précédent, de même nature aussi que dans les polypes. La description que nous en avons donnée suffit, ce nous semble, à le prouver, sans que nous devions nous attarder davantage sur ce point. Leur développement paraît de même s'être effectué sous des influences analogues. Comme précédemment nous constatons, autour des productions adénomateuses, les traces d'un processus d'irritation chronique antérieur ou tout au moins con-

temporain, ici nous trouvons la marque d'un travail irritatif prolongé, d'une sclérose lente des couches nourricières de la muqueuse, avec modifications de leurs artères; sclérose et modifications artérielles très probablement sous la dépendance du saturnisme, comme semble le prouver la lésion très caractéristique constatée au niveau des reins. Nous connaissons du reste une variété de sclérose gastrique d'origine saturnine, que nous croyons fréquente et que nous étudierons dans un travail ultérieur. A cette cause, il convient d'ajouter l'influence de l'intoxication alcoolique dont était atteint le malade. (A suivre.)

p 836