

6

PROPAGATION

D'UNE

TUMEUR CONJONCTIVE

le long d'une muqueuse

PAR

Le D^r E. MALVOZ



LIÈGE

IMPRIMERIE A. FAUST, RUE SŒURS-DE-HASQUE, 7

1891

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*).

La *Société médico-chirurgicale de Liège*, en décidant l'impression
d'un travail, laisse à l'auteur la responsabilité de ses opinions.

(*Décision prise par la Société, dans la séance du 9 février 1888*).

Propagation d'une tumeur conjonctive

le long d'une muqueuse

Le transport des éléments qui propagent les tumeurs malignes loin de leur point d'origine se fait habituellement par la voie lymphatique ou sanguine ; c'est ainsi que d'ordinaire les particules cancéreuses sont véhiculées par la lymphe et les éléments sarcomateux, le plus souvent par le sang.

Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'on observe la propagation des tumeurs le long des muqueuses. Il est vrai que ce dernier mode de dissémination est fréquemment signalé pour les lésions tuberculeuses. Mais on ne range plus aujourd'hui la tuberculose dans le groupe des néoplasmes : elle est classée parmi les inflammations chroniques, et l'apparition d'ulcères tuberculeux dans l'intestin, par exemple, chez un poitrinaire, s'explique très simplement par l'implantation sur la muqueuse digestive des bacilles avalés en même temps que les crachats. On a signalé, parmi les rares exemples de néoplasmes ayant suivi, pour se multiplier, la voie muqueuse, des cas de cancer, de sarcome, greffés dans le parenchyme pulmonaire où ils avaient été apportés le long de la muqueuse respiratoire, par des éléments de même nature développés dans les voies aériennes supérieures.

L'observation suivante est un des plus beaux exemples que nous ayons rencontrés de transport à distance d'un néoplasme le long d'une muqueuse.

C'est à l'autopsie d'une femme de 42 ans, entrée en janvier de cette année dans le service du professeur Masius, à l'hôpital de Bavière, que nous avons trouvé les lésions qui font l'objet de cette note.

Cette femme portait une tumeur très considérable de la seconde portion du duodénum et de la tête du pancréas. Ce néoplasme avait pris une extension telle que les tuniques diges-

tives, dans la plus grande partie du duodénum en rapport avec le pancréas, étaient le siège d'un vaste ulcère, à bords surélevés, dont le fond, présentant par places des végétations molles, néoplastiques, mettait à nu dans une grande étendue les tuniques musculueuses de l'intestin (1).

Les tissus de nouvelle formation, envahissant la paroi intestinale devenue très épaisse, étaient de coloration blanc grisâtre, d'aspect homogène, de consistance molle. Ce néoplasme intestinal se continuait insensiblement avec une infiltration de même nature occupant toute la tête du pancréas, mais respectant le restant de cet organe. Tous les ganglions prœvertébraux de cette région, depuis le hile du foie jusqu'au bassin, étaient considérablement tuméfiés, atteignant parfois les dimensions d'un gros œuf de poule et complètement envahis par du tissu néoplastique du même aspect que la tumeur de l'intestin et du pancréas.

Dans l'estomac, très dilaté, on n'observait pas la moindre néo-formation ni au niveau du cardia, ni du pylore, ni en aucun point de l'organe. Mais dans l'intestin grêle, à un mètre environ du duodénum, on trouvait les parois intestinales considérablement épaissies sur une étendue de dix centimètres environ : cette augmentation d'épaisseur était due à l'envahissement des tuniques digestives en ces points par un tissu de néo-formation, d'aspect homogène, grisâtre, assez ferme, formant une sorte de plaque en ceinture sur tout le pourtour intestinal ; la muqueuse intestinale à ce niveau était à peine ulcérée, et les valvules conniventes se retrouvaient presque intactes en ces points.

Du côté du péritoine, au niveau de la région néoplastique, on voyait quelques petites saillies, développées sous la séreuse et disposées en traînées irrégulières. Plus bas, dans le jejunum, on retrouvait une seconde plaque présentant absolument les mêmes caractères, développée sous la muqueuse, mais moins étendue et moins épaisse.

Il n'existait pas la moindre adhérence entre les anses intestinales, sièges de ces tumeurs, et les organes voisins, notamment le duodénum, le pancréas et les ganglions néoplastiques. Les autres organes ne présentaient rien de bien intéressant à noter.

(1) L'observation clinique présentant quelques particularités très intéressantes, a été publiée par M. le professeur Masius dans les *Annales de la Société Médico-Chirurgicale: Contribution à l'étude du rétrécissement duodénal*. Juin 1891.

L'examen microscopique des coupes pratiquées dans les diverses tumeurs montra qu'il s'agissait ici d'un tissu sarcomateux à petites cellules rondes ; nulle part, on ne voyait d'éléments épithéliaux rappelant le tissu du cancer.

Il est certain que la tumeur du duodénum et du pancréas, par son volume, son extension, ses caractères destructifs, doit être considérée comme le néoplasme primitif ; les tumeurs intestinales, bien moins développées, ayant à peine ulcéré l'intestin, sont sans doute des lésions secondaires.

On ne peut expliquer l'apparition de celles-ci par l'extension *de proche en proche* du néoplasme duodéno-pancréatique jusque l'intestin grêle ; il n'existait pas, on l'a vu, la moindre adhérence, le moindre contact entre les anses lésées et les organes sièges de la tumeur primitive. La propagation des éléments sarcomateux s'est faite sans doute le long de la muqueuse digestive, de la même façon qu'un ulcère tuberculeux développé en un point quelconque d'une muqueuse donne bientôt naissance à d'autres lésions de même nature partout où les bacilles déversés peuvent aller se greffer. On ne peut s'empêcher, en considérant la façon dont ce néoplasme conjonctif s'est reproduit à distance en se semant en quelque sorte sur une muqueuse, de la rapprocher des processus analogues qui constituent la règle habituelle de multiplication des granulômes parasitaires tels que les tubercules.

Le sarcome que nous avons observé dans l'intestin s'est propagé absolument comme s'il s'agissait d'une production ayant une origine extrinsèque et se comportant comme un produit d'origine inflammatoire. Il convient de rappeler qu'un certain nombre de néoplasmes (décrits autrefois comme des tumeurs) ont été reconnus comme ayant une cause parasitaire et rangés en conséquence parmi les lésions de l'inflammation chronique : c'est le cas, notamment, pour les ostéo-sarcomes de la mâchoire du bœuf, classés aujourd'hui parmi les productions inflammatoires (actinomycose).

Il est possible que le champ des néoformations que nous rangeons encore dans le groupe des tumeurs se rétrécira de plus en plus : en tout cas, si l'on démontrait un jour que les sarcomes ont une origine parasitaire, le mode d'extension de la tumeur que nous venons de décrire s'expliquerait bien facilement.