

## **De la sarcomatose cutanée / par Léon Perrin.**

### **Contributors**

Perrin, Léon.  
Royal College of Physicians of Edinburgh

### **Publication/Creation**

Paris : G. Steinheil, 1886.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/t9jsykdb>

### **Provider**

Royal College of Physicians Edinburgh

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

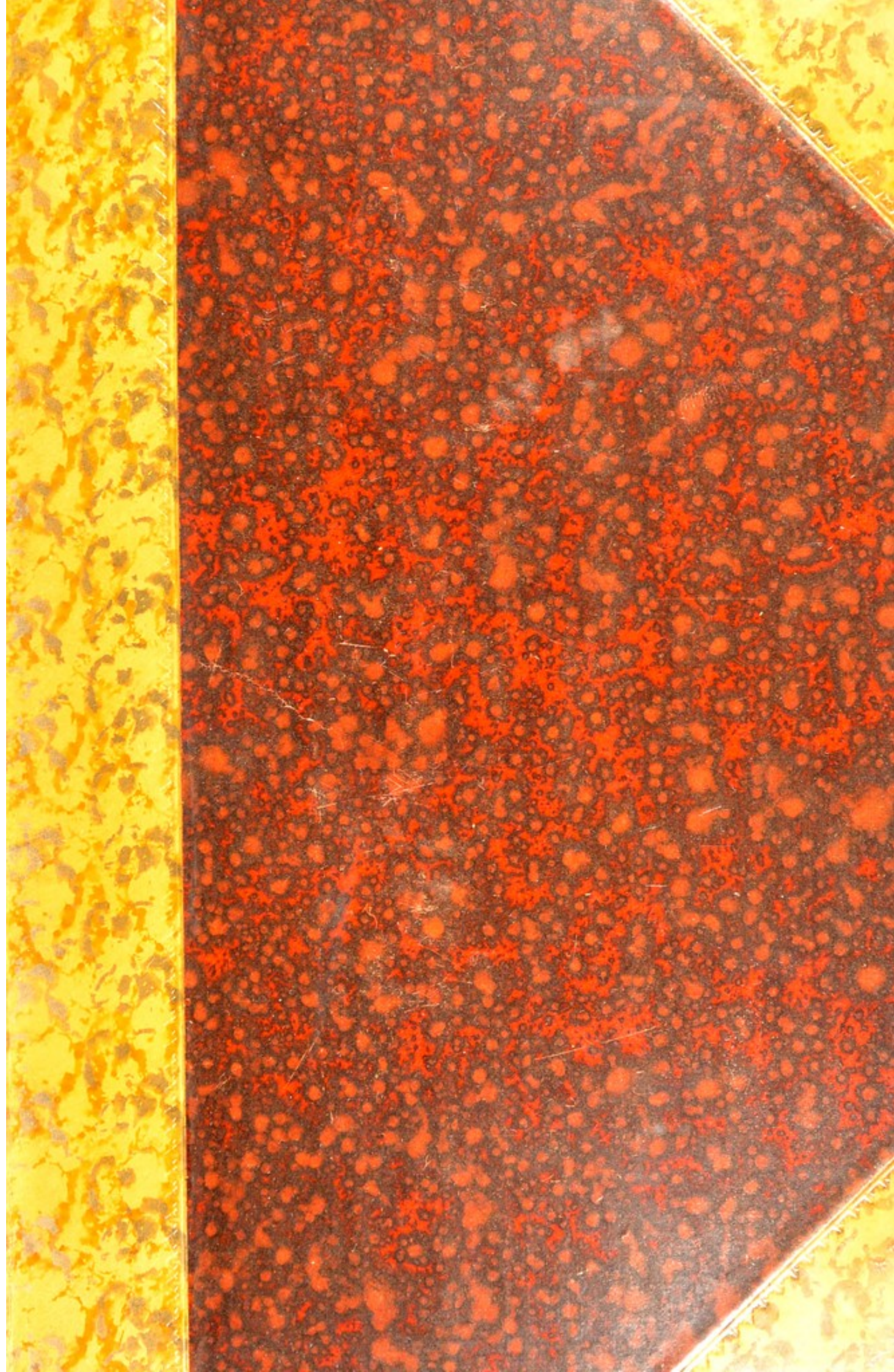
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>







*Hc\* 9. 11*

R52490

















DE LA

SARCOMATOSE CUTANÉE





DE LA

# SARCOMATOSE CUTANÉE

PAR

Le Docteur Léon PERRIN

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris  
(Hôpital Saint-Louis, 1882-1886)



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1886







DE LA

# SARCOMATOSE CUTANÉE

---

## AVANT-PROPOS

Pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, nous avons été frappé de voir combien l'on s'est peu occupé jusque dans ces derniers temps des tumeurs de la peau, combien leur étude clinique et histologique présente de difficultés. C'est à peine si nous avons trouvé quelques exemples moulés au musée de l'hôpital, et d'ailleurs, il nous faut bien le reconnaître, pendant les quatre années que nous avons passées dans les divers services de dermatologie de cet établissement si justement célèbre par la richesse et les variétés des matériaux cliniques qu'il fournit à l'activité des médecins, c'est à peine si nous en avons observé quelques cas.

Notre attention était éveillée sur ce point par notre cher et excellent maître M. E. Besnier, qui s'est occupé depuis quelques années de ce sujet et en a abordé l'étude avec sa méthode si sûre d'analyse; décrire avec le plus



grand soin le caractère objectif des tumeurs inconnues, les représenter par le dessin ou par le moulage, en faire l'anatomie vivante (examen biopsique ou biopsie selon l'expression qu'il a créée); tels sont les principes qui l'ont guidé dans l'étude des divers néoplasmes.

Profitant d'un tel guide, nous nous sommes tout particulièrement occupé de l'étude des tumeurs de la peau. Aussi nous sommes-nous empressé de recueillir avec la plus grande attention les observations de deux malades atteints de sarcomatose cutanée, que nous avons eu l'heureuse fortune de pouvoir suivre et étudier en 1885.

Recherchant alors dans les auteurs ce qui avait été déjà publié sur cette rare dermatose, nous nous sommes rapidement aperçu qu'elle était mal connue surtout en France. Des travaux récents, parmi lesquels nous citerons surtout ceux de MM. Vidal et Brocq, de Kaposi, des dermatologistes américains, sont venus nous montrer sur ces entrefaites combien cette question était complexe puisque à l'étranger le mycosis fongoïde a été jusque dans ces derniers temps confondu avec la sarcomatose cutanée. Ayant à faire notre thèse inaugurale, nous avons dès lors pensé qu'il pourrait être utile d'étudier de près ce point particulier de la dermatologie, d'essayer d'y apporter un peu de précision et de lumière. Certes, nous n'avons pas la prétention d'avoir complètement atteint ce but, mais nous avons du moins réuni presque tous les matériaux jusqu'ici disséminés, nous avons tenté de les classer et nous avons ainsi facilité les recherches ultérieures.



Inscrire en tête de ce travail le nom de notre maître M. E. Besnier, n'est que justice d'après ce que nous venons de dire, mais c'est aussi un faible témoignage de la reconnaissance que nous lui devons. Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre gratitude pour les conseils qu'il nous a toujours prodigués, pour ses savantes leçons, pour l'intérêt et la sympathie dont il a bien voulu nous honorer.

Nous prions M. le professeur A. Fournier, notre maître, de recevoir ici un respectueux hommage de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous montrer pendant les années que nous avons passées à l'hôpital Saint-Louis.

Nous ne saurions oublier les autres maîtres dans les hôpitaux qui ont toujours été pour nous des guides précieux et indulgents : MM. Delens, Terrillon, Gran-cher, Dieulafoy, Bergeron, Landrieux, Quinquaud, Hallopeau, Péan, Siredey, Raymond, Th. Anger, Pozzi et Merklen.

Que M. E. Vidal qui a bien voulu nous regarder comme un de ses élèves, nous permette de lui exprimer particulièrement notre vive gratitude.

Enfin que nos amis les D<sup>rs</sup> Hutinel et Brocq reçoivent ici tous nos remerciements et l'assurance de notre dévouement ; leurs conseils comme leur amitié nous ont été bien des fois, pendant le cours de nos études, aussi nécessaires que précieux.

Quant à nos collègues, Marfan, Gilbert, Reblaub,



Chartier, Metaxas et Clado, nous ne saurions trop les remercier d'avoir voulu nous faciliter notre travail en mettant à notre service soit leur expérience en histologie, soit leur connaissance approfondie des langues étrangères.

Avant d'aborder l'étude de la sarcomatose cutanée il est un premier point nécessaire à préciser : que faut-il entendre sous le nom de sarcome ?

Nous nous contenterons à cet égard d'exposer le plus sommairement et le plus clairement possible les principaux résultats des recherches modernes.

---

## DU SARCOME EN GÉNÉRAL

Le mot sarcome paraît fort ancien ; mais il est incontestable que ce n'est qu'avec les travaux micrographiques modernes qu'il a pris un sens précis. Aussi n'irons-nous pas, à l'exemple de certains auteurs, rechercher ses origines jusque dans les livres hippocratiques.

En bonne logique, l'histoire du sarcome ne doit commencer qu'à Lebert et Robin.

En 1848, Lebert sépara des cancers des tumeurs essentiellement formées par des cellules fusiformes ; il rapporta l'origine de ces tumeurs au tissu lamineux et les nomma *fibro-plastiques*. Il crut pouvoir affirmer que ces tumeurs n'étaient pas malignes, parce qu'il n'y trouvait pas la cellule cancéreuse.

Ch. Robin sépara des tumeurs fibro-plastiques de Lebert, certaines tumeurs qui s'en rapprochaient beaucoup par les apparences mais qui en différaient parce qu'au lieu d'être constituées par des éléments fusiformes, elles étaient formées par des cellules rondes, embryonnaires : il les appela tumeurs *embryo-plastiques*.

James Paget appela les tumeurs fibro-plastiques de Lebert « recurring fibroid » il en rapprocha certaines tumeurs ayant une structure analogue à la moelle des os « myeloid tumors ».



Ch. Robin, au contraire, sépara ses dernières sous le nom de tumeurs à médullocèles et à myéloplaxes.

A l'heure actuelle, les tumeurs fibro-plastiques, les tumeurs embryo-plastiques, les tumeurs myéloïdes ou à médullocèles et à myéloplaxes sont réunies sous le nom de sarcomes que Cornil et Ranvier définissent ainsi : « des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir du tissu adulte. »

Lancereaux exprime la même opinion en disant que le sarcome est un fibrome embryonnaire.

Pour Rindfleisch, le sarcome comprend le fibrome adulte ; pour lui, le sarcome est une tumeur de nature conjonctive : dans cette tumeur, le tissu conjonctif peut être tout à fait embryonnaire, c'est-à-dire formé par des cellules rondes : on a ainsi le sarcome globo-cellulaire ; le tissu conjonctif peut avoir reçu une ébauche d'organisation : il est alors représenté par des cellules fusiformes et on a le sarcome fuso-cellulaire ; enfin le tissu conjonctif peut être adulte, on a le sarcome fibreux qui est notre fibrome. C'est là une idée que nous ne pouvons accepter, le fibrome est trop différent du sarcome, surtout au point de vue clinique, pour qu'on puisse le considérer comme une forme de sarcome.

En résumé, au point de vue de la définition, nous adopterons les vues de Cornil et Ranvier, de Lancereaux.

Le point de départ du sarcome est donc dans le tissu conjonctif, ce dernier se rencontrant à peu près partout, le sarcome est susceptible de se développer même primitivement dans presque tous les organes.



Une remarque digne d'intérêt est la suivante : on retrouve le type du tissu sarcomateux à l'état physiologique dans les tissus de l'embryon en voie de développement, à l'état pathologique dans le tissu résultant de l'inflammation. Les bourgeons charnus développés sur une plaie en voie de réparation sont analogues au tissu sarcomateux, ils n'en diffèrent qu'au point de vue de l'évolution. Car tandis que le tissu inflammatoire, arrivé à sa période d'état, s'arrête dans sa marche et tend à un degré plus élevé d'organisation, le tissu du sarcome s'accroît toujours, envahit de proche en proche, conservant ses caractères de tissu embryonnaire, proliférant sous la forme embryonnaire, n'arrivant jamais à l'état de tissu conjonctif adulte.

On trouve toujours dans la structure du sarcome trois éléments principaux :

1° Des cellules;

2° Un tissu unissant ou de support, variable suivant les cas et particulièrement suivant la variété de tissu conjonctif qui a donné naissance au sarcome;

3° des vaisseaux souvent très développés.

1° *cellules*. — Il est des cas où la cellule, élément fondamental du sarcome, est ronde, peu volumineuse : elle consiste dans une masse de protoplasma englobant un ou plusieurs noyaux et elle représente l'état le plus embryonnaire du tissu conjonctif; c'est à ces cas que se rapportent les noms de sarcome encéphaloïde (Cornil et Ranvier), tumeur embryo-plastique (Robin), sarcome globo-cellulaire (Rindfleisch).

D'autres fois la cellule a subi une ébauche d'organi-



sation et d'évolution dans le sens de la fibre adulte du tissu conjonctif : elle est alors fusiforme, terminée par deux extrémités allongées, parfois ramifiées. Plusieurs cellules se réunissent pour former de véritables faisceaux et nous avons ainsi le sarcome fasciculé de Cornil et Ranvier, la tumeur fibro-plastique de Lebert, le sarcome fuso-cellulaire de Rindfleisch. Rindfleisch établit d'ailleurs trois variétés de sarcomes fuso-cellulaires, le sarcome fuso-cellulaire à petites cellules qui est dur, le sarcome fuso-cellulaire à grosses cellules, le sarcome fuso-cellulaire pigmenté, dans lequel toutes les cellules en général fusiformes présentent d'abord autour du noyau, plus tard dans le noyau des grains pigmentaires noirs, arrondis, réfringents, souvent animés de mouvements browniens.

Enfin, d'autres fois le sarcome présente en abondance de grosses cellules en tout semblables aux myéloplaxes de la moelle, on a alors le sarcome giganto-cellulaire, appelé sarcome myéloïde par Cornil et Ranvier, myeloïd tumors, par Paget, tumeur à médullocèles et à myéloplaxes par Robin.

2° Le *tissu unissant*, intercellulaire, est très variable suivant les cas.

Ainsi dans le sarcome globo-cellulaire, on trouve tantôt des cellules tassées les unes contre les autres séparées par une substance amorphe et très peu apparente, on a alors le sarcome globo-cellulaire simple de Rindfleisch ; tantôt les cellules sont séparées par un réticulum délicat, mis en évidence par l'action du pinceau, analogue à celui des follicules clos de l'intestin et à celui



« des chairs fongueuses » (Rindfleisch) et on a alors le sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde de Rindfleisch. Je rappelle ici qu'en France cette dernière variété n'est pas admise et qu'elle rentre dans le lymphadénome. J'ai été conduit à l'admettre ainsi que toute la classification de Rindfleisch par l'analyse minutieuse que j'ai faite d'un certain nombre de cas de mycosis fongoïde. Ne voulant pas empiéter sur ce sujet traité complètement dans un autre chapitre de mon travail, je n'y insiste pas et je me borne à rappeler que si on s'en rapporte à la classique et magistrale description de Bazin, on a décrit bien des sarcomes lymphadénoïdes sous le nom de mycosis fongoïde.

Quelquefois les cellules rondes du sarcome globo-cellulaire forment des amas séparés par des tractus fibreux épais limitant de petites loges; on a alors le sarcome alvéolaire de Billroth ou le sarcome carcinomateux de Rindfleisch. Je rappellerai ici en deux mots la conception de Rindfleisch (1) sur le carcinome en général; elle est intéressante. Pour Rindfleisch, il n'existe pas de carcinome vrai, il n'existe que du sarcome et de l'épithéliome; mais les cellules fondamentales de ces tumeurs conjonctives ou épithéliales, ont toujours entre elles un tissu intercellulaire variable. Quand ce tissu interstitiel forme des loges limitées par des tractus fibreux plus ou moins épais, la tumeur du type conjonctif (sarcome) ou épithélial (épithéliome) devient un carcinome: on pourra donc décrire un sarcome carcinomateux et un épithéliome carcinomateux.

(1) Rindfleisch, p. 139, trad. française.



Le tissu unissant ne présente rien de particulier dans le sarcome fuso-cellulaire simple à grandes ou à petites cellules ; mais dans le sarcome fuso-cellulaire mélanique, le tissu unissant présente cette particularité qu'il peut s'infiltrer de pigment mélanique et que la coloration noire y est quelquefois plus accusée que dans le corps de la cellule (Cornil et Ranvier).

3° Enfin on trouve toujours dans le tissu sarcomateux outre des cellules et une substance unissante, des *vaisseaux sanguins* en très grand nombre.

Ces vaisseaux seraient même d'autant plus nombreux que le tissu de la tumeur se rapproche plus du type embryonnaire. Le caractère majeur de ces vaisseaux est d'avoir des parois embryonnaires, ou même de n'avoir pas de parois propres, ce sont des canaux creusés dans le sein même de la masse morbide, on conçoit donc combien seront faciles les hémorrhagies et les épanchements sanguins interstitiels.

*Evolution du sarcome.* — C'est la cellule sarcomateuse qui dirige le processus morbide ; le tissu unissant et les vaisseaux n'ont à cet égard qu'une médiocre importance. Cette cellule sarcomateuse, quelle est son origine, son développement, sa fin ?

*Origine.* — La lésion dépend-elle d'une première modification perçue par une cellule conjonctive ? est-ce un leucocyte sorti des vaisseaux par diapédèse qui serait l'origine de la formation néoplasique ? questions irrésolues.

*Développement.* — Quoi qu'il en soit, pour Cornil et Ranvier, la tumeur une fois née, pourrait avoir deux



modes de développement, tantôt les noyaux des cellules se divisent, la masse cellulaire se fragmente, c'est le développement par prolifération des premiers éléments ; tantôt les éléments des tissus sains se métamorphosent au contact des premières cellules morbides en éléments sarcomateux : dans le premier cas, le sarcome serait enkysté ; dans le second, il serait diffus.

*Dégénérescence.*— Les lésions de nutrition que subissent les sarcomes constituent un des côtés les plus curieux et les plus intéressants de leur étude. Elles ont servi à établir des variétés dans les genres de sarcomes déjà étudiés. La cellule sarcomateuse peut s'infiltrer ou se transformer en graisse : dans le premier cas (adipose de la cellule), il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde qui prendra le nom de sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde lipomateux ; dans le second cas (stéatose de la cellule), on voit dans une tumeur grosse et ancienne, la cellule perdre son noyau et sa morphologie, et être remplacée par une masse de graisse.

Les vaisseaux d'un sarcome peuvent s'oblitérer, et dès lors, la partie desservie deviendra un infarctus, c'est-à-dire, une masse blanche, opaque, caséreuse, irrégulière, parfaitement distincte dans la masse du sarcome.

La substance fondamentale peut s'infiltrer de sels calcaires (non de tissu osseux vrai comme dans le sarcome ossifiant), en ce cas les cellules sont compromises et la tumeur subit un arrêt ou une régression.

Une partie de la tumeur peut se transformer en kystes sanguins, cela se comprend aisément ; le sang s'épanche dans la tumeur puisque les vaisseaux n'ont pas de paroi



et s'y creuse des cavités, on a le sarcome télangiectasique.

Enfin, le sarcome peut s'enflammer, il bourgeonne alors et on a la variété papillaire ou villeuse.

*Marche clinique du sarcome.* — 1° L'évolution du sarcome s'opère d'une manière continue, parfois quelques phénomènes régressifs peuvent survenir dans quelques points de la tumeur, mais ces phénomènes ne sont que partiels;

2° Le sarcome arrive à présenter un développement plus ou moins considérable;

3° L'engorgement ganglionnaire est lent, quelquefois nul;

4° L'ulcération est peu fréquente au niveau des tumeurs sarcomateuses;

5° La généralisation se fait dans le sens du courant sanguin, elle suit habituellement les veines;

6° Les récidives ont presque toujours lieu sur place.

*Pronostic.* — La gravité varie avec l'espèce de sarcome : les espèces encéphaloïde et mélanique constituent les tumeurs les plus graves. Un sarcome est d'autant plus dangereux que son organisation est moins complète; il sera au contraire, d'autant plus bénin qu'il se rapprochera davantage des tissus adultes, qu'il tendra à réaliser un tissu parfait (fibreux ou osseux).

*Classification.* — Essayer une classification rationnelle des sarcomes est chose impossible à l'heure actuelle, mais pour faciliter l'étude, il est nécessaire de grouper les diverses espèces d'une certaine manière, et à défaut d'une classification naturelle, il nous faut au moins une classification artificielle.



Nous adopterons celle de Rindfleisch, qui, d'ailleurs, ne diffère de celle de Cornil et Ranvier, que par l'adjonction des sarcomes lymphadénoïdes. On verra qu'en général, le genre est basé sur la morphologie des cellules, l'espèce sur les caractères du tissu fondamental ou des cellules, la variété sur les caractères de la dégénérescence qu'a subi tel ou tel point de la tumeur.

Prenons un exemple : voici un sarcome à cellules rondes, le genre est déterminé et nous dirons sarcome globo-cellulaire, dans ce sarcome le tissu unissant est réticulé, l'espèce est déterminée et nous dirons sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde ; enfin ses cellules sont infiltrées de graisse, la variété est déterminée et nous dirons sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde lipomateux, expression qui contient le genre, l'espèce, la variété.

Autre exemple : voici un sarcome à cellules fusiformes. Ce genre est déterminé, et nous dirons fuso-cellulaire ; dans ce sarcome, les cellules et le tissu inter-cellulaire sont mélaniques, l'espèce est déterminée, nous dirons sarcome fuso-cellulaire mélanique ; ce sarcome a des kystes sanguins, la variété est déterminée, nous dirons : sarcome fuso-cellulaire mélanique télangiectasique.

Une dernière remarque fort importante est nécessaire : les types que l'on observe, sont rarement purs ; ainsi dans un sarcome formé essentiellement de cellules rondes, il ne sera pas rare de trouver en un point limité quelques cellules fusiformes ou quelques myéloplaxes ; mais la tumeur sera toujours facile à classer, en



raison de la prédominance toujours considérable de tel ou tel type cellulaire. De cette étude découle le tableau suivant :

Sarcome globo-cellulaire.	Simple. Lymphadénoïde. Alvéolaire ou carcinomateux.	Peuvent être :	Lipomateux (adipose, stéatose). Avec infarctus.
Sarcome fuso-cellulaire.	A grosses cellules fusiformes. A petites cellules fusiformes.		Avec grains calcaires télangiectasiques enflammés ou villex ou papillaires.
Sarcome giganto-cellulaire (à myéloplaxes).	Mélanique. Simple myéloïde. Ossifiant.		

## SARCOMATOSE CUTANÉE

Nous venons de voir ce qu'il faut entendre par sarcome au point de vue général. Cette étude d'ensemble était nécessaire afin de bien préciser la variété de lésions dont nous allons nous occuper.

**Fréquence.** — Il en est de la sarcomatose cutanée comme de toutes les affections mal définies et encore à l'étude ; on n'en connaît qu'un nombre très restreint de cas. Il est certain qu'elle n'est pas fréquente, mais il est fort probable que plusieurs observations ont passé inaperçues, confondues soit avec des fibromes cutanés généralisés, soit avec les carcinomes, soit avec le mycosis fongoïde. Nous verrons, en effet, plus loin, combien l'on éprouve de difficultés à l'heure actuelle dans certaines circonstances pour distinguer cliniquement et même histologiquement le sarcome des diverses affections que nous venons de signaler et l'on comprendra dès lors la vérité de ce qui précède.

Quoi qu'il en soit, nous connaissons maintenant plusieurs faits de cette dermatose qui nous semblent nets et précis. C'est un premier noyau qui ira sûrement en s'accroissant avec rapidité puisque l'attention des obser-



vateurs est attirée sur ce point. Il est presque certain que ce groupe morbide est destiné à subir avant peu d'énormes modifications, nous croyons toutefois que notre travail ne sera pas inutile, en ce qu'il sera l'expression exacte et aussi précise que possible des connaissances actuelles.

**Historique.** — C'est Köbner en 1869 (archiv. f. dermat. und. syphil.) qui semble avoir le premier attiré l'attention sur cette maladie en publiant deux observations de sarcomes généralisés; mais dans aucun des deux cas la néoplasie ne s'était développée primitivement.

Les premiers faits de sarcome pigmentaire généralisé idiopathique de la peau ont été publiés en 1870 par le prof. Kaposi dans les Annales allemandes de dermat. Sa monographie fort remarquable à tous égards, s'appuyait sur cinq observations qui sont analysées dans le traité de Hébra (T. II).

Avant les recherches si précises du dermatologiste Viennois, on trouve quelques documents que l'on peut rattacher à l'affection qui nous occupe. Ainsi en 1777, Lorry a écrit dans « tractatus de morbis cutaneis », un chapitre que nous signalerons parce qu'il s'agit du sarcome de la peau. Lorry déclare d'abord que l'acception du mot sarcome est très variable : si on en croit Ætius et Paul d'Egine, le sarcome est une excroissance charnue des fosses nasales, cette excroissance est pédiculisée et alors elle prend spécialement le nom de polype, ou elle est sessile et elle constitue alors le sarcome proprement dit : « Omnis polypus, inquit Ægineta, sarcoma



est, et non omne sarcoma polypum. » Lorry, suivant en cela les arabistes, Guy de Chauliac et A. Paré, généralise cette définition à toutes les parties du corps et il l'applique aux excroissances charnues de la peau. La description qu'il donne de ces dernières laisse croire qu'il a eu surtout en vue le molluscum, peut-être le mycosis, probablement rien de semblable à ce que nous nommons le sarcome.

Rayer a décrit, sous le nom de végétations vasculaires, une affection, dit-il, rare et peu connue, caractérisée par de petites élevures rouges, persistantes, vasculaires, éparses ou disposées en groupe, dépassant d'abord à peine le niveau de la peau, puis acquérant une ou plusieurs lignes de longueur et formant alors de véritables végétations. « Les végétations vasculaires dont l'étiologie est fort obscure se développent le plus ordinairement à la face, d'abord peu nombreuses et éparses, elles peuvent devenir confluentes à la suite de plusieurs éruptions successives. Ces végétations restent quelquefois stationnaires pendant de longues années, tandis que dans d'autres circonstances, elles deviennent très nombreuses dans un court laps de temps et sans cause appréciable. Lorsque ces végétations sont éparses sur la peau, cette membrane conserve ordinairement sa couleur naturelle dans leurs intervalles, mais elle prend souvent une teinte rouge, analogue à celle des *nœvi* vasculaires, lorsqu'elles sont nombreuses et rapprochées. »

Bielt, Cazenave, Gibert, Devergie ne parlent pas du sarcome de la peau dans leurs divers traités. Alibert publie dans sa monographie des dermatoses la première



observation connue de mycosis fongoïde. Bazin en reprend plus tard l'étude; mais ces deux auteurs n'ont nullement décrit dans leurs ouvrages la sarcomatose cutanée généralisée, telle que nous la comprenons à l'heure actuelle.

Les histologistes, Virchow et Rindfleisch, décrivirent les transformations sarcomateuses que peuvent subir in situ certaines tumeurs de la peau; mais ces néoformations restent dans la plupart des cas limitées, elles ne se généralisent pas à toute la surface cutanée et ne doivent par conséquent être considérées que comme des modifications métatypiques d'une lésion primitive de nature différente, que comme des accidents de développement dont les exemples sont maintenant considérés comme assez communs en anatomie pathologique.

Outre le travail du prof. Kaposi en 1870, plusieurs observations de sarcomes multiples de la peau ont été publiées surtout à l'étranger. Déjà en 1863 Körte (1) avait fait connaître un de ces cas; M. le D<sup>r</sup> E. Vidal en 1873 donnait au D<sup>r</sup> Demange (2) pour sa thèse de doctorat une belle observation de sarcome cutané érectile (3) dont le moulage est à l'hôpital St-Louis. Ce malade fut suivi jusqu'en 1877, époque à laquelle M. E. Vidal eut un nouveau malade (4) atteint de sarcome cutané généralisé dont il a eu l'obligeance de nous donner l'obser-

(1) Körte. Deutsche Klinik, n° 22 (1863).

(2) Demange (E.). Etude sur la lymphadénie (Paris 1874).

(3) Musée de l'hôpital St-Louis, pièces moulées, n° 279, 262, 440, 276.

(4) Musée de l'hôpital St-Louis, moulage n° 470.



vation. A l'étranger, H. Port (1) en 1873 a publié un cas de « sarcomes multiples de la peau simulant le mycosis » ; la même année Webber (2) en rapportait un autre de sarcome malin de la peau et de divers organes. En 1875 Taylor (3) décrivait une observation de mélano-sarcome multiple de la peau ; — en 1876, Wigglesworth (4) à propos d'un cas de sarcomes multiples de la peau à cellules rondes, rappelait les faits connus avant lui de sarcomes secondaires ; en 1877, le prof. Tanturri (5) fait connaître sept nouvelles observations de sarcomes multiples idiopathiques télangiectasiques. En 1878 Butlin (6), rapporte un cas de sarcome multiple chez un enfant de dix ans ; en 1879 Gairdner et J. Coats (7) présentent à la Société pathologique de Londres un cas très intéressant de tumeurs multiples dont quelques-unes disparurent spontanément pendant l'observation. W. Hardaway (8) en 1882 puis en 1884 décrit et discute deux nouveaux faits de néoplasme pigmentaire de la peau ; Köbner (9) en 1882, publie son cas de guérison par les injections hypodermiques d'arsenic ; enfin le prof. de Amicis (10), en 1882

(1) Deutsches archiv. für Klinische medicin. 12 vol. p. 134.

(2) Webber. Boston méd. and. surgical journal, jan. 1873.

(3) Archiv. of dermat. of New-York, juillet 1875.

(4) Wigglesworth Edw. Archiv. of dermat of New-York. 1876, T. II p. 97.

(5) Tanturri. Il morgagni, 1877.

(6) Butlin et Luther Olden, St-Bartholom, Hospit. Reports, 1878.

(7) Gairdner et J. Coats, Transactions of the pathological Society of London, année 1879.

(8) Hardaway. Ann. dermat, 1882. Journal cut. and. vener. New-York, 1883 et 1884.

(9) Köbner, Berlin, Klin. Wochenschr. 1883, n° 2.

(10) T. de Amicis. Napoli 1882 (Dermo poli melano sarcoma idiopatico).



fait, en s'appuyant sur douze observations inédites et personnelles une étude approfondie de ce qu'il appelle les mélano-sarcomes multiples idiopathiques de la peau. En France, dans ces dernières années, nous devons citer une observation d'Ozenne (1) et une autre de Dauchez (2) et Legendre. Enfin nous en apportons deux inédites (3) que nous avons prises à l'hôpital St-Louis, l'une dans le service de M. E. Besnier, l'autre dans celui de M. Hallopeau. Nous avons été obligés de traduire entièrement les observations éparses dans les diverses publications étrangères, car dans les ouvrages français nous n'en avons trouvé le plus souvent que des analyses plus ou moins écourtées.

Quant aux divers traités classiques de dermatologie, leur lecture ne nous a pas fourni de nouveaux documents, ils se contentent tous de résumer l'étude des sarcomes, telle qu'elle a été faite par le prof. Kaposi dans l'ouvrage de Hebra.

#### DIVISION DU SUJET

Il ne faudrait pas croire que les diverses observations que nous venons d'énumérer soient comparables entre elles. En les parcourant avec soin, on s'aperçoit bientôt que leur mode de début, leur évolution, leur aspect extérieur, leur anatomie pathologique peuvent présenter d'importantes différences.

(1) Ozenne. Soc. anat., 1880.

(2) Legendre et Dauchez. France médicale, 1883.

(3) Pendant l'impression de ce travail, il nous a été donné d'observer un autre cas de sarcome (voir Obs. I bis).



Et d'abord une première division s'impose : les sarcomes sont *mélaniques* ou *non mélaniques*. Mélaniques, ils constituent un groupe parfaitement distinct, aussi les étudierons-nous en détail dans un chapitre à part. Non mélaniques, ils sont *primitifs*, *idiopathiques*, ou *secondaires métastatiques*.

Les sarcomes cutanés primitifs doivent de plus être subdivisés en *généralisés* ou *localisés*. Les généralisés primitifs sont de beaucoup les plus intéressants à étudier.

La première question, et certes, l'une des plus importantes, que nous devons nous poser, est de savoir si dans les sarcomes cutanés idiopathiques, on doit distinguer des variétés cliniques bien définies, répondant à des types histologiques nets. Or, nous avons vu en décrivant le sarcome en général qu'on doit admettre plusieurs types histologiques de sarcome. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les examens microscopiques, quelque incomplets qu'ils soient, qui sont annexés aux diverses observations que nous avons, pour voir, que dans l'immense majorité des cas les sarcomes de la peau sont des sarcomes à type globo-cellulaire. On peut cependant les diviser en deux grandes catégories : l'une dans laquelle, tout en étant globo-cellulaires, ils renferment une grande quantité de pigment d'origine hématique et débutent par le derme ; l'autre, dans laquelle, étant également globo-cellulaires, ils ne renferment pas de pigment et débutent pas l'hypoderme. Mais entre ces deux variétés, il y a autant de types différents que d'observations.



Si on cherche au point de vue clinique, s'il y a entre ces divers cas des différences suffisantes pour en faire des classes distinctes, on est frappé au premier abord de voir que dans un grand nombre d'observations, les productions morbides débutent par les extrémités et sont intra-dermiques d'emblée, que dans d'autres cas les sarcomes semblent au contraire débiter par un point quelconque du corps et par l'hypoderme. Ce sont là d'importantes différences, et il semble donc que l'on doive établir une première grande division des sarcomes cutanés généralisés primitifs en : 1° Cas typiques de Kaposi, Vidal, Tanturri, de Amicis, etc., débutant par les extrémités, caractérisés par des tumeurs intra-dermiques d'emblée, étant au point de vue histologique des sarcomes globo-cellulaires avec une plus ou moins grande quantité de pigment hématique ; 2° Cas de Gairdner, Dauchez-Legendre, cas personnel, etc., ayant un début variable en un point quelconque du corps, caractérisés par des productions morbides sous-dermiques et étant au point de vue histologique des sarcomes globo-cellulaires simples, c'est-à-dire non pigmentaires.

Malheureusement, quand on parcourt avec soin certaines observations de sarcomatose cutanée généralisée, on s'aperçoit bientôt qu'elles ne peuvent rentrer dans aucune des deux catégories précédentes, mais qu'elles présentent à la fois certains caractères distinctifs de l'une et de l'autre. Mais ce n'est pas tout, si nous serrons les observations encore de plus près, nous y voyons d'autres différences vraiment importantes portant sur



la rapidité de l'évolution, sur l'aspect extérieur des tumeurs au point de vue de leur volume, de leur siège, de leur coloration, etc. Doit-on en tenir compte dans une classification ? émietter de plus en plus les groupes ? plus tard peut-être ce sera possible, mais vraiment à l'heure actuelle, nous ne pouvons que diviser nos observations de la manière suivante au point de vue clinique.

1° Type Kaposi. Début toujours simultanément par les mains et les pieds, extension plus tard aux membres, à la face, par de petits noyaux infiltrés dans le derme, de coloration bleue ou brun rougeâtre, etc.

Pour décrire ce type, nous nous appuierons sur de nombreuses observations. Kaposi en 1870 en a publié 5 cas dans les Annales de dermat. allem., puis 5 autres cas dans l'atlas de Hebra, enfin cette année à propos d'une nouvelle observation (1), il rappelle que jusqu'à présent, il en a observé 25 de semblables. M. le D<sup>r</sup> E. Vidal (2) nous a communiqué deux cas personnels dont les moulages sont au musée de l'hôpital St-Louis ; Tanturri en a publié 7 cas, enfin de Amicis en 1882 en a relaté 12 exemples. Mais parmi les observations de de Amicis, sa VIII<sup>e</sup> doit être mise à part, car le début s'est fait par une tumeur sur le nez et ce n'est que trois mois après que les nodosités ont apparu sur les mains, les pieds et tout le corps. L'observation IV de Tanturri est passible de la même remarque, le début a eu lieu par la région supérieure de la jambe droite au voisinage du genou et dans la moitié

(1) Wiener mediz. Woch., 1885.

(2) Nous ajouterons le cas que nous observons en ce moment (voir Obs. I bis).



supérieure de la cuisse, et c'est quelques mois après seulement que les pieds et les mains ont été atteints par l'affection.

A côté de ces deux observations, ne débutant pas d'emblée par les extrémités, citons encore celle de W. A. Hardaway (1884, observ. XIV) où le début eut lieu par un nodule qui parut au lobule de l'oreille gauche; le nodule fut enlevé six mois après son apparition, et seulement six mois après cette opération se montrèrent sur le cou et surtout sur les mains de nombreuses tumeurs et des plaques d'infiltration, alors le malade présenta nettement l'aspect des malades de Kaposi, ainsi que le montre une superbe chromolithographie annexée à l'observation.

Donc, premier type : *sarcome multiple pigmentaire* (1) *idiopathique* débutant *habituellement* par les extrémités mais pouvant aussi débiter (3 observ.) par tumeur isolée soit à la face (de Amicis, Hardaway), soit ailleurs, mais au bout de quelques mois gagnant les extrémités et ayant une évolution semblable aux cas où le début se fait d'emblée par les extrémités.

Après ces cas très nets, il faut citer celui de Hardaway (observ. XVI), celui de Kôbner, celui que nous devons à l'obligeance de M. Hallopeau. Ce sont en quelque sorte

(1) Nous disons pigmentaire avec Kaposi, ou cutané érectile avec Vidal et Ranvier, ou si l'on veut téléangiectasique avec Tantarri, mais nous rejetons le terme employé par de Amicis de mélanosarcome, parce qu'on le pourrait confondre en se servant de cette expression avec le sarcome mélanique dont la coloration est due à la mélanine; dans le type que nous étudions elle est due au pigment sanguin hémattique.



des cas de passage, intermédiaires entre les précédents et ceux de Gairdner (observ. XIX), Dauchez (et la nôtre) (obs. XXI) qui, comme nous l'avons vu débutent par le tronc ou la face et sont caractérisées par des tumeurs hypodermiques, globo-cellulaires simples.

Ces trois dernières observations sont suivies de mort; celle de Shattück (1) pourrait d'après son histoire clinique rentrer dans cette catégorie de sarcomes, mais elle n'est pas suivie d'examen histologique et loin d'avoir une terminaison fatale, les injections hypodermiques de liqueur de Fowler ont amené une amélioration.

En résumé, voici la division que nous croyons devoir proposer pour les observations jusqu'ici connues.

*Division des sarcomes de la peau.*

A. Sarcomes non mélaniques.	{	1° Généralisés primitifs.	{	α) Type Kaposi. — Début par extrémités ou par tumeur isolée en un point quelconque et suivie rapidement de l'extension aux extrémités.
				β) Type hypodermique globo-cellulaire simple.
				γ) Cas intermédiaires ou hybrides.
				δ) A forme pseudo-mycosique.
		2° Généralisés secondaires à	{	1° Une tumeur localisée cutanée.
				2° Une tumeur viscérale.
B. Sarcomes mélaniques.	{	1° Primitifs.		
		2° Secondaires.		

(1) Shattück. Journ. of the amer. med. ass., 1885.



## CHAPITRE PREMIER

### SARCOME NON MÉLANIQUE GÉNÉRALISÉ PRIMITIF

Nous allons aborder tout d'abord l'étude du sarcome généralisé primitif non mélanique, mais devant le petit nombre de faits cliniques que nous possédons encore, et les nombreux caractères que présentent les diverses variétés que nous avons distinguées, nous nous contenterons de donner une description générale comprenant tous les faits connus. Nous mettrons surtout en relief le type Kaposi, Vidal, Tanturri, de Amicis, mais nous signalerons chemin faisant les principales particularités qui pourraient faire de certains cas des types morbides à part.

Après avoir étudié l'anatomie pathologique nous discuterons si, comme les auteurs allemands, par exemple, nous devons décrire d'autres sarcomes multiples primitifs de la peau, nous chercherons quels sont les rapports de la sarcomatose cutanée avec le mycosis fongoïde.

Dans l'anatomie pathologique, que les lacunes des auteurs nous forceront malheureusement à faire trop incomplète, nous insisterons sur les différences de structure que l'on a signalé dans les principaux cas, et nous reviendrons à ce moment sur ce que leur histoire clinique a présenté de plus saillant.



### HISTOIRE CLINIQUE

L'étude critique des observations vient de nous montrer que le début de la sarcomatose cutanée généralisée idiopathique a lieu par ordre de fréquence : 1° par les extrémités ; 2° par une tumeur isolée suivie au bout d'un temps variable de l'éruption des membres ; enfin 3° par des productions morbides plus ou moins nombreuses mais apparaissant surtout sur le tronc, la face ou la partie supérieure des membres sans localisation systématique.

Quand l'affection débute par les pieds et les mains (type Kaposi, Vidal, Tanturri, de Amicis), c'est plutôt du côté de la flexion que de l'extension, que les lésions se développent d'abord ; il survient du gonflement, une sorte d'œdème dur, accompagné d'une sensation de picotement, de prurit et de tension des téguments parfois très pénible. Au niveau des parties tuméfiées vont apparaître des taches brunâtres et des nodosités.

L'affection se présente alors sous la forme de petits noyaux infiltrés dans le derme, isolés, ayant des dimensions variant d'un grain de poudre de guerre à celle d'un pois, de coloration bleue ou brun rougeâtre, arrondie, de consistance assez dure. La localisation des tumeurs à la paume des mains et à la plante des pieds peut en imposer pour des syphilides palmaires et plantaires. Dans d'autres cas, ce sont tout d'abord des taches diffuses pigmentées cyanotiques, hyperémiées, lesquelles se transforment aussitôt en des infiltrations de consis-



tance dure, tout d'abord lisses, mais ultérieurement se transformant en noyaux faisant saillie, c'est ainsi que se forment des plaques saillantes mamelonnées. Tel est le début très net du type créé par Kaposi.

D'autres fois, les taches ne sont pas constatées et des nodules apparaissent précédés ou non d'une sensibilité locale plus ou moins grand (Gairdner).

Le début n'est habituellement marqué par aucun symptôme général; cependant, quelquefois on constate un affaiblissement progressif que rien n'explique, et par hasard, le malade s'aperçoit qu'il a quelques tumeurs sur le corps (obs. XX, XXI).

Celles-ci apparues, une nouvelle période commence: c'est la période d'état ou de tumeurs (période néoplasique de de Amicis). Étudions donc le caractère des tumeurs, et le retentissement qu'elles ont sur l'état général.

Le nombre des tumeurs est très variable; d'après les documents que nous possédons, il a varié de 30 à 40 au minimum (Gairdner) jusqu'à un millier et même plus au maximum. En effet, dans certains cas, à chaque examen minutieux du malade, à chaque recensement des tumeurs on en trouve de nouvelles. Pour les constater exactement, il ne suffit pas de compter celles qui sont perceptibles à la vue, il faut encore par la palpation chercher celles qui font à peine saillie ou qui siègent seulement dans l'hypoderme.

Le nombre des tumeurs ne varie pas seulement suivant les sujets, il varie aussi chez le même malade suivant les régions; ainsi dans les cas de Kaposi, Vidal, Tan-



turri, de Amicis, c'est aux extrémités et aux membres, pieds, mains, jambes, cuisses, avant-bras et bras qu'elles se trouvent, et elles deviennent d'autant plus rares que l'on se rapproche du segment supérieur du membre et surtout du tronc. D'autres fois au contraire, comme dans l'obs. XVIII, tandis que les extrémités sont absolument indemnes de tumeurs, tout le reste du corps en est comme criblé. D'autres fois enfin, elles sont rares sur les membres et c'est surtout sur le tronc et sur la face qu'elles prédominent. Quel que soit leur nombre dans cette dernière région au niveau des surfaces pilaires ou dans le cuir chevelu, elles n'ont pas causé d'alopecie.

En somme, ces productions morbides peuvent siéger sur toutes les régions du corps, aussi bien à la face et sur le tronc que sur les organes génitaux et sur les membres; mais elles donnent d'après les régions qu'elles affectent en plus ou moins grand nombre un aspect clinique assez spécial au malade, aspect qui a même permis d'établir certains types cliniques, en particulier celui qui a été le premier décrit par Kaposi.

Les muqueuses ne sont pas épargnées: MM. Demange et Vidal ont signalé dans leur observation (obs. II) des nodules sur la muqueuse du gland; dans notre observation on voyait dans la cavité buccale des nodules nettement limités sur les piliers, la luette, le voile et la voûte du palais, il y en avait enfin quelques-uns disséminés sur les amygdales et la paroi postérieure du pharynx (obs. XVIII).

Suivant les régions, où elles se trouvent, les tumeurs présentent parfois des caractères un peu particuliers, au



point de vue de leur forme, de leur volume, de leur couleur, de leur consistance, de leur siège anatomique, etc.

Dans l'immense majorité des cas, leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, d'une fève ou d'une aveline. Ce sont les comparaisons qui reviennent le plus souvent dans les observations. Mais si au début, elles sont petites, si pendant leur évolution la plupart ne dépassent pas la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une noisette, quelques-unes, surtout celles qui sont situées sur le cou, le tronc, la partie supérieure des membres, atteignent les dimensions d'un demi-dollar, d'une noix, de 1 à 2 pouces de diamètre, d'un œuf de pigeon, d'une mandarine.

Quant à leur forme, la plupart des auteurs, les décrivent comme arrondies ou ovoïdes, allongées ou aplaties nummulaires ou discoïdes. Elles sont habituellement sessiles, quelquefois elles se pédiculisent et leur pédicule est plus ou moins long (de Amicis, Vidal (observ. II).

Un autre symptôme des plus importants du sarcome cutané est la coloration que peut prendre la peau au niveau des tumeurs. Quand l'affection débute par les extrémités (type Kaposi), les productions morbides sont pour la plupart violacées, brunâtres, lie de vin et même noirâtres ; d'autres ont une teinte moins sombre, sont plus pâles et varient du gris plombé ou du gris bleuâtre au rouge violacé et au rouge brun. D'ailleurs cette coloration foncée ne s'établit pas d'emblée ; quand les tumeurs commencent à apparaître, elles ont une teinte rouge sombre, puis une teinte violacée que la plupart



conservent tandis que d'autres deviennent brunâtres, livides et noirâtres. Leur coloration varie parfois suivant leur volume, c'est ainsi que dans l'observation de Hardaway il y avait deux teintes : les plus petites taches étaient orangées dans leur totalité, plus tard la coloration devint rosée au centre et orangée sur les bords.

Mais le volume des tumeurs ne semble pas être le seul élément qui intervienne pour modifier leur coloration, leurs rapports avec la peau paraissent également jouer à cet égard un rôle important. Ainsi, tandis que toutes les tumeurs intra-dermiques sont bleuâtres ou noirâtres, celles qui sont plus profondes et qui siègent dans l'hypoderme ne produisent pas de changement de la coloration de la peau à leur niveau (Gairdner, Dauchez et obs. personnelle).

A mesure qu'elles envahissent les couches les plus superficielles, l'aspect se modifie, lorsqu'elles arrivent à être adhérentes à la peau on constate soit une simple rougeur accompagnée ou non d'une légère desquamation soit une couleur jaune verdâtre comme dans l'ecchymose en voie de disparition. Ce caractère se remarquait très nettement chez le malade de M. Hallopeau (obs. XVIII) où pour les rares tumeurs hypodermiques, il y avait à peine une légère teinte jaunâtre, tandis que toutes les tumeurs intra-dermiques étaient plus ou moins violacées et livides. La région du corps où siègent les tumeurs, ne paraît jouer aucun rôle dans leur coloration qui est à peu près la même pour celles qui sont placées soit au cou, soit aux cuisses, soit aux extrémités. Pourtant dans notre



obs. XVIII c'était à la face que la teinte était la plus foncée et la plus noirâtre, en rapport avec l'exquise vascularité de cette région.

Une particularité assez importante à signaler, c'est que lorsque la coloration est brunâtre, violacée ou livide, la pression du doigt ne la fait pas disparaître.

Au point de vue de leur disposition, les tumeurs sarcomateuses, peuvent être isolées, ou réunies en groupe. Quand elles restent isolées elles deviennent plus ou moins grosses et sont plus ou moins confluentes suivant les régions.

Agglomérées, elles forment des plaques constituées par la réunion de tumeurs primitivement isolées. Ces plaques sont plus ou moins volumineuses, quelquefois grandes comme le creux de la main, elles sont violacées, bosselées, mamelonnées, irrégulièrement épaisses ; parfois tandis que le bord de ces placards est saillant, le centre en est déprimé, comme atrophié et d'aspect cicatriciel. Les parties périphériques sont constituées dans ce cas par des nodosités juxtaposées qui sont restées saillantes, tandis que le centre s'est en quelque sorte affaissé (type Kaposi). C'est dans ce type encore que l'on voit de larges infiltrations diffuses sur le dos des mains et des doigts, sur le prépuce (Vidal) ; sur les pieds, la pression de la marche finit par aplatir des nodosités qui faisaient saillie au début. Enfin le groupement est tel parfois que les tumeurs ressemblent à une végétation de Cactus (de Amicis).

Qu'elles soient isolées ou groupées, petites ou en grands placards, la couche épidermique qui les recouvre



présente quelques caractères particuliers. Son aspect diffère suivant que les tumeurs sont hypodermiques ou intra-dermiques. Ainsi que nous l'avons déjà vu, quand elles sont hypodermiques, la peau est habituellement normale ou légèrement érythémateuse et glisse au-dessus de ces productions. Quand elles sont intra-dermiques, au contraire, leur surface est lisse et offre un aspect brillant spécial quand les productions morbides ont apparu depuis quelque temps; de plus on voit se former sur les saillies et sur les tubercules des lames épidermiques qui s'exfolient facilement; sur certaines de ces élevures se produisent même des éléments cornés stratifiés qui les font ressembler à une grosse verrue ou à une crête de coq (Tanturri, de Amicis). Dans l'observation de Demange, la muqueuse du gland était épaissie, violacée, couverte de saillies mamelonnées saignant facilement, n'étant pas protégées par un épiderme épais. Parfois enfin au niveau des grands placards le centre est traversé en tous sens par des vaisseaux sanguins; ces vaisseaux ne s'avancent pas jusqu'aux bords orangés, mais sont rigoureusement limités à la partie rosée de la lésion. Les petites taches ne sont pas pourvues de vaisseaux et à leur niveau l'épiderme est légèrement fendillé, écailleux.

La consistance des tumeurs sarcomateuses est d'une manière générale dure, élastique, mais elle varie avec leur volume et leur siège anatomique.

La plupart des gros placards donnent à la main une sensation toute particulière de fermeté : la peau qui les recouvre ne peut être pincée ou ridée ; si on cherche à les



saisir entre les doigts, on reconnaît que c'est bien le derme lui-même qui est infiltré dans toute son épaisseur, les tumeurs les plus épaisses se déplacent librement, donnent une sensation de cartilage quand on les saisit (Hardaway). Elles n'ont ni la dureté du fibrome, ni la mollesse du lipome, on sent de plus qu'elles ne sont pas kystiques, qu'elles sont homogènes, bien limitées.

Quelques-unes de ces tumeurs pourtant sont molles, angiomateuses, turgescents et compressibles, on peut diminuer leur volume en les pressant, car elles sont surtout constituées par des néoformations vasculaires. Elles saignent d'ailleurs assez abondamment quand on les excise ou on les pique.

D'après tout ce qui précède, on voit donc, qu'au point de vue de leur siège anatomique, les tumeurs peuvent être divisées : en tumeurs intra-dermiques et en tumeurs hypodermiques.

1° Tumeurs intra-dermiques. Elles sont si intimement unies à la couche profonde de la peau, qu'on peut se demander si elles ont leur origine dans le derme ou dans quelques-unes de ses dépendances; beaucoup adhèrent étroitement à la peau qui est tendue au-dessus d'elles, lisse, plus ou moins violacée. Ces tumeurs sont plus ou moins saillantes au-dessus du niveau des téguments, leur partie inférieure est implantée dans la peau où elles pénètrent jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané; quelques-unes sont pédiculisées et grosses comme une noisette (Demange).

Au lieu d'être saillantes elles peuvent être aplaties comme à la région plantaire où, grâce à l'action de la



marche, elles arrivent à déprimer la peau comme pour s'y former une loge.

2° Tumeurs hypodermiques. — La seconde catégorie comprend les tumeurs les plus considérables au point de vue de leur volume, elles n'adhèrent ni à la peau, ni aux muscles, ni aux aponévroses, aux os ou aux cartilages, les téguments glissent, se plissent facilement au-dessus d'elles, mais elles produisent une saillie distincte.

Enfin, dans une troisième catégorie, il faut signaler les tumeurs en général petites, constituant de simples nodules qui ne font pas de saillie notable, mais qui se découvrent nettement par la palpation.

Malgré le volume souvent notable des tumeurs et les altérations de la peau à leur niveau, il est remarquable que l'on n'observe aucun trouble de la sensibilité. Quelquefois il est vrai (obs. XIX et XXII) on a constaté une légère douleur au moment de leur développement, mais cette douleur ne siègeait pas toujours dans la production morbide même et ne s'irradiait pas suivant le trajet de quelque nerf. Une fois développée la néoplasie ne cause aucune douleur spontanée sauf quelques démangeaisons et on ne constate qu'un peu de sensibilité à la pression. Nous devons faire pourtant une réserve pour les cas du type Kaposi : dans certaines observations on mentionne tantôt que les tumeurs de la plante du pied gênent la marche, que les mains malgré le volume énorme qu'elles peuvent acquérir ne sont que rarement le siège de douleurs profondes, brûlantes, lancinantes (Hardaway). D'autres fois, au contraire, il y a impossibilité plus ou moins grande de plier les doigts, de fermer les mains,



de marcher, mais les membres supérieurs et inférieurs ne sont entravés que par le volume des extrémités et les sensations de brûlure que le malade y ressent.

On peut dire, en somme, qu'en général, les sensibilités au tact, à la température et à la douleur sont parfaitement conservées. Quelques malades accusent parfois des dysesthésies, par exemple : une sensation de froid général dans tout le corps et cependant au toucher les téguments semblent présenter une élévation de la température surtout au niveau des parties affectées (de Amicis).

Le système lymphatique et ganglionnaire ne paraît pas être altéré dans les sarcomes primitifs généralisés de la peau. L'altération des ganglions est presque une anomalie, aussi dans la plupart des observations, on peut dire 9 fois sur 10 que les ganglions sont normaux ou médiocrement engorgés mais toujours indolents. Dans une observation, Hardaway (1882), a noté que les ganglions inguinaux avaient une grosseur qui variait de celle d'un pois à celle d'une noisette, que les ganglions épitrochléens étaient assez saillants pour devenir perceptibles à la vue, que ceux du cou étaient volumineux et cela pendant toute la durée de la maladie, mais il a le soin de faire remarquer et d'insister même à plusieurs reprises sur ce fait : que cet état des ganglions existait depuis 10 ans, et quatre ans au moins avant le début de l'éruption.

Enfin, dans aucune des nombreuses observations que nous rapportons on n'a noté une augmentation des globules blancs du sang.



L'état général reste bon pendant longtemps, la plupart des auteurs ne signalent aucun trouble viscéral; les phénomènes d'amaigrissement, d'affaiblissement, ne surviennent ni au début, ni pendant la période d'état.

**Évolution.** — Les néoformations que nous venons de décrire présentent dans leur ensemble une évolution générale qui peut varier suivant les cas. Il faut à cet égard considérer : 1° l'évolution des tumeurs en elles-mêmes; 2° l'évolution de l'affection dans son ensemble.

1° Si l'on considère les tumeurs en elles-mêmes, voici quelles sont les principales modifications qu'elles peuvent subir :

- a) elles peuvent rester stationnaires;
- b) s'affaïsser, se décolorer, disparaître;
- c) se multiplier par apparition de nouvelles tumeurs, récidiver sur place quand on les a enlevées;
- d) se pédiculiser, s'ulcérer.

a). L'état stationnaire est rare sauf peut-être pour le sarcome type Kaposi et encore ne s'observe-t-il alors que pour un certain nombre de productions morbides. Dans ce cas les mains, les pieds, restent gonflés, rouges, violacés, etc.

b) Mais tandis que certaines tumeurs ne subissent aucun changement, d'autres dans leur voisinage, même celles qui semblent les plus dures peuvent se rapetisser et disparaître entièrement, laissant à leur place une peau profondément modifiée, de la couleur de la poix (de Amicis), ou une simple tâche peu infiltrée



d'un jaune gris sale (obs. Hardaway). Si les infiltrations qui suivent ce processus régressif siègent sur la paume des mains, elles produisent des rétractions permanentes de telle sorte que les doigts peuvent rester fléchis (de Amicis).

Cette disparition se fait spontanément, la tumeur diminue graduellement de volume et souvent rapidement en quelques jours (Gairdner) en 4 à 5 semaines (obs. Hardaway). Elle s'affaisse tout en se décolorant, elle se ride, se flétrit et finit par être résorbée.

Cette disparition se fait soit de la périphérie au centre (obs. Hardaway) soit plus souvent du centre à la périphérie. On constate, en effet, une atrophie régressive du centre qui laisse une bordure saillante. Pendant que la tumeur s'aplatit, on voit autour d'elle un collier, une sorte d'anneau large de  $1/4$  de pouce environ, parfois induré et saillant plus ou moins pigmenté, d'autres fois, c'est une simple bande colorée non saillante.

Quelle que soit la forme à laquelle aboutisse ce processus atrophique, ce sont toujours les lésions les plus anciennes qui subissent d'abord la régression progressive.

c) Pendant que se produit cette disparition ou l'augmentation lente des tumeurs les premières parues, il est remarquable de constater l'apparition de nouvelles nodosités qui à leur tour peuvent subir le processus de résorption et de rétrocession.

Cette apparition de noyaux isolés se fait sur tout le corps, mais toujours en nombre plus considérable sur les extrémités (type Kaposi). Ils sont disposés d'ailleurs d'une façon absolument irrégulière. La rapidité du développe-



ment des nouvelles tumeurs est très variable, elle peut être lente au début, mais dans les derniers mois de la maladie elle est habituellement rapide. Il semble que l'on puisse tirer pour le pronostic quelques renseignements utiles de cette rapidité plus ou moins grande de pullulation ; c'est ainsi que malgré l'apparition de nouvelles tumeurs, si la disparition des anciennes se fait en plus grand nombre, le pronostic est relativement favorable (obs. Schattück). Il l'est moins au contraire, si en même temps qu'apparaissent de nouveaux nodules, on constate qu'une tumeur enlevée chirurgicalement récidive sur place (XIV, XVIII). On ne peut dire, en effet, que la tumeur n'a pas été enlevée complètement, car habituellement cette ablation est totale et facile ; il faut donc admettre que l'on se trouve en présence d'une affection maligne et la récidive est l'expression de cette malignité. D'ailleurs chez notre malade (obs. XVIII) M. Gilbert a trouvé dans de la peau paraissant absolument saine des amas de cellules sarcomateuses (voir anat. path. et planche).

En terminant ces considérations sur la disparition de certaines tumeurs, il est impossible de ne pas faire une remarque. L'idée que l'on se fait des néoplasmes est que ce sont des productions dont le caractère majeur est la tendance à persister et à s'accroître (Cornil et Ranvier). Les faits, que nous venons de citer, ébranleraient singulièrement l'opinion générale, si nous ne prenions le soin d'ajouter que le sarcome primitif généralisé de la peau (peut-être aussi les autres formes), ne paraît pas, à bien des égards, rentrer dans le cadre général des



tumeurs telles que nous les comprenons ordinairement. A bien des points de vue, la sarcomatose semble par son début, par son aspect, son évolution, sa constitution histologique, être plutôt une *maladie infectieuse*, qu'une diathèse néoplasique vulgaire.

d). Il est rare de voir les tumeurs sarcomateuses se pédiculiser (de Amicis, Demange). Dans ce cas, certaines éminences paraissent perforer la couche épidermique dans un point et font en quelque sorte hernie au dehors. Elles sont rouges, granuleuses, humides à la surface, s'accroissent rapidement en prenant une forme circulaire ou oblongue, elles se pédiculisent et le pédicule est plus ou moins long. Si on excise ce pédicule, on voit qu'il est très vasculaire, il se produit une petite hémorrhagie en jet. Quelquefois le pédicule se rompt spontanément et peut faire perdre beaucoup de sang au malade (de Amicis). D'ailleurs cette tendance à l'hémorrhagie est manifeste dans certains cas (Dauchez et Legendre) et nous, chez nos deux malades nous avons noté l'apparition d'ecchymoses spontanées plus ou moins étendues, une éruption confluyente de taches de purpura au niveau ou dans l'intervalle des tumeurs et enfin des suffusions sanguines sous-conjonctivales.

Enfin, une dernière complication tardive peut se montrer au niveau de la tumeur, c'est son ulcération ou plutôt sa gangrène. Les tumeurs intra-dermiques s'ulcèrent assez rarement et souvent à la suite de frottements ou d'applications irritantes, mais aussi d'une manière spontanée. Ainsi le Dr Demange a remarqué chez son malade que plusieurs tumeurs du pied après avoir



acquis le volume d'une grosse noisette, s'ulcéraient, saignaient et au bout de quelques jours étaient flétries et comme gangrenées. On les enlevait d'un coup de ciseau, et la plaie était touchée au perchlorure de fer, ou bien elles s'éliminaient sans aucune intervention et la petite plaie quelques jours après était complètement fermée et à sa place on retrouvait à peine une légère cicatrice déprimée qui disparaissait bientôt entièrement. Ainsi dans ce cas outre l'affaissement spontané de certaines tumeurs, d'autres disparaissaient soit par ulcération, soit par excision.

Pour les tumeurs hypodermiques à mesure qu'elles augmentent de volume et deviennent adhérentes à la peau, celle-ci devient rouge vineux, s'abcède en quelque sorte, laissant voir une surface noirâtre sécrétant une matière sanguinolente et purulente qui forme une croûte et autour de laquelle se voit une zone rouge (obs. XXI). Cette ulcération nécrobiotique qui n'a aucune tendance à la cicatrisation, se montre habituellement quand l'état général du malade est déjà profondément altéré.

- Et en effet, après une période variant entre trois et six mois pendant laquelle apparaissent et disparaissent les tumeurs, l'affaiblissement général survient et le développement rapide des tumeurs qui se fait dans la peau paraît se faire également dans les viscères.

2° Si l'on considère l'affection dans son ensemble, on voit qu'au point de vue de son évolution, on peut décrire trois types principaux :

I. La maladie débute par les extrémités (type Kaposi) y reste localisée longtemps et ce n'est qu'à la dernière



période que l'on observe la multiplication et la généralisation des tumeurs qui ne se limitent plus aux extrémités supérieures et inférieures et envahissent d'autres régions (parties génitales, prépuce, abdomen, thorax, cavité buccale).

II. Dans une seconde variété le début a lieu par une région quelconque du corps sauf par les extrémités. Ce début est lent ou rapide (obs. XIV, XV). On ne trouve d'abord sur le corps qu'un nombre peu considérable de tumeurs, puis une pullulation de productions semblables se fait dans les régions déjà atteintes, mais les pieds et les mains sont respectées (obs. XVIII).

III. Le début a lieu par une tumeur restant localisée un certain temps (6 mois Hardaway) puis survient une généralisation rapide en 3, 4 mois des productions morbides à toute la superficie du corps sans en excepter les extrémités.

**Terminaisons.** — Dans le type Kaposi, quand la maladie ne se limite plus aux extrémités, que les tumeurs envahissent toute la surface cutanée et les viscères, l'organisme est totalement modifié, la fièvre apparaît, elle atteint 39° à 40°, s'accompagne d'inappétence, de diarrhée, d'abattement général jusqu'à ce que la mort arrive.

D'autres fois la multiplication et la généralisation de la néoplasie s'accompagnent de la disparition des tumeurs existantes par nécrobiose et ulcération donnant lieu à des détritits d'une odeur insupportable ; la résorption de ces produits augmente la cachexie et entraîne la septicémie.



En somme, après un temps variable, on observe des modifications profondes dans la santé générale, l'amaigrissement, la perte de l'appétit la diarrhée s'établissent, l'asthénie fait des progrès, la peau est pâle, le faciès cireux, amaigri, les orbites excavés et l'œdème malléolaire plus ou moins marqué ; des ecchymoses spontanées se produisent et le malade meurt par les progrès insensibles du mal, ou on voit survenir des phénomènes nouveaux qui paraissent en rapport avec les viscères que gagne la néoplasie sarcomateuse.

Avant d'étudier cette généralisation, signalons la possibilité pour le sarcome de se transformer en épithélioma.

Dans le cas de M. Vidal (obs. II) dont la première partie est publiée dans la thèse du Dr Demange, nous trouvons que trois ans après, le malade revient dans le service de M. Vidal pour une nouvelle lésion ayant envahi le prépuce et le gland, une induration d'une partie du corps caverneux existait et M. Duplay amputa la verge.

L'examen histologique de la tumeur montra sa nature épithéliomateuse. Cette transformation du sarcome en épithélioma a été observée souvent dans les sarcomes ayant succédé à un nœvus.

**Généralisation.** — A la dernière période de la maladie, des tumeurs semblables à celles de la peau, se développent sur la muqueuse nasale où elles donnent lieu à de fréquentes épistaxis, sur les muqueuses laryngée et trachéale où elles produisent de la toux et des crachements de sang, sur les muqueuses stomacale



et intestinale et alors elles amènent du hoquet, des vomissements et de la diarrhée. Les nodosités sont surtout très nombreuses dans le gros intestin jusqu'à l'anus; elles sont tellement riches en vaisseaux qu'à première vue, elles peuvent passer pour des tumeurs sanguines caverneuses (Kaposi). On en trouve aussi dans les poumons, le foie, la rate, les reins. Malheureusement les autopsies ne sont pas toujours faites et c'est par l'analyse des symptômes observés pendant la vie que l'on peut établir le siège de la généralisation viscérale. Ainsi dans le cas de Legendre et Dauchez (obs. XX) la généralisation au cerveau était dénotée par une céphalalgie frontale persistante, intense, siégeant à la racine du nez, par de la polyurie sans sucre ni albumine, par des troubles visuels consistant en une amblyopie progressive, par de la rétraction des globes oculaires, par le rétrécissement et la contraction des pupilles, par de la photophobie et des scotomes.

Comment se fait cette généralisation? Kaposi insiste sur ce fait, que le sarcome pigmentaire ne se propage pas le long des gros troncs lymphatiques, les ganglions ne paraissent pas altérés et l'hypothèse d'une propagation par le système lymphatique ne peut être soutenue. Le carcinome, au contraire, peut rester très bien local pendant un certain temps, et donner lieu ultérieurement à une carcinose généralisée secondaire partie du point primitivement atteint. Il s'agirait donc dans la sarcomatose d'une maladie générale d'emblée, d'une dyscrasie. Virchow a aussi insisté sur cette particularité qui distingue les sarcomes des autres tumeurs malignes,



c'est l'immunité des ganglions lymphatiques; des organes éloignés tels que les poumons ou le foie, deviennent souvent malades sans que les glandes lymphatiques intermédiaires présentent la moindre altération.

Le germe du néoplasme préexiste dans le sang et est transporté dans la partie où la tumeur se forme, ou bien le tissu néoplasique se forme sur place (Hermann Tilmanns).

**Durée.** — La malignité des tumeurs sarcomateuses est telle que pour Kaposi la terminaison est toujours fatale; la mort survient tantôt rapidement, tantôt lentement, quelquefois en quelques mois, d'autres fois après un assez grand nombre d'années. Pour Kaposi la durée varie de deux à trois ans. Mais la mort est arrivée rapidement (en un an) dans les cas où l'affection a frappé des enfants (obs. de Billroth citée par Kaposi et obs. VIII de de Amicis). Dans les cas de sarcomes globo-cellulaires hypodermiques sans pigmentation la durée a été de 12 à 15 mois. Hardaway fait remarquer que parmi ses deux cas, celui qui a la plus longue durée (plus de 10 ans), est celui qui d'après l'examen micrographique aurait dû être le plus grave (myélome alvéolaire). Ce malade jouit toujours d'une excellente santé; tandis que dans son autre cas, fibro-sarcome (obs. XIV), dont le début remonte à deux ans, les tumeurs se développent rapidement dans la peau, très probablement dans les viscères et l'état général est assez mauvais pour que l'on puisse prévoir une fin prochaine (Hardaway).

Dans l'observation III du mémoire de de Amicis, l'af-



fection a duré dix-huit ans ; dans l'observation VII, il y a eu aussi un arrêt de la maladie avec amélioration de l'organisme. Il semble donc que la durée doit être prévue, ainsi que nous l'avons fait déjà voir dans la symptomatologie, d'après la production plus ou moins rapide des tumeurs.

Et en effet, les tumeurs peuvent entrer dans une phase régressive et disparaître, mais l'on ne peut dire que la maladie soit guérie, car quelque temps après les manifestations peuvent apparaître de nouveau sur les mêmes régions ou en d'autres points. Tant que les éléments morbides qui disparaissent sont plus nombreux que ceux qui se forment, le danger d'une mort prochaine peut être considéré comme encore assez éloigné.

**Pronostic.** — D'après Kaposi, l'affection doit être considérée dès le début, non seulement comme incurable, mais comme mortelle. C'est une affection générale et il n'est pas possible d'espérer que l'extirpation des premières nodosités faite à temps puisse enrayer la marche de la maladie.

Mais le sarcome pigmentaire idiopathique multiple se distingue des autres formes de la sarcomatose cutanée par une marche relativement plus bénigne, en ce sens qu'un grand nombre de noyaux disparaissent complètement d'une façon spontanée et que la durée de l'affection comprend six à dix années quelquefois davantage. La terminaison, il est vrai, est toujours fatale.

L'un des caractères les plus indiscutables et les plus constants de la sarcomatose cutanée généralisée, consiste



dans la tendance que ces néoplasies possèdent de former des dépôts dans les portions les plus diverses du corps et surtout dans les divers viscères.

Ce qui semble aggraver le pronostic, c'est en premier lieu l'âge du malade. Chez les enfants la maladie marche rapidement, la mort survient dans une année; chez notre malade (obs. XVIII) âgé de 22 ans, l'évolution a été rapide. L'affection a duré neuf mois. L'âge avancé (obs. XXI) paraît être aussi une cause qui hâte la terminaison fatale.

Au point de vue du pronostic, la structure du sarcome joue-t-elle un rôle? D'une manière générale, il est vrai, qu'un sarcome est d'autant plus dangereux que son organisation est moins complète, et qu'il est d'autre part d'autant plus bénin qu'il se rapproche davantage des tissus adultes. Hardaway a cependant fait remarquer par l'analyse de ses deux cas, que le sarcome diagnostiqué histologiquement fibro-sarcome a une durée courte, une terminaison fatale, tandis que le sarcome diagnostiqué myélome alvéolaire dure depuis dix ans et que l'état général se maintient excellent.

Aussi croyons-nous qu'il faut pour le pronostic tenir compte surtout de la rapidité de généralisation de la maladie. Si cette généralisation se fait lentement, l'affection est bénigne: c'est dans ce cas qu'on peut voir les éléments néoformés disparaître; il y a des temps d'arrêt avec amélioration de l'état général. Au contraire, si l'évolution est rapide, que de nouvelles tumeurs se montrent sans cesse sur la peau et sur les muqueuses, la cachexie arrive à brève échéance.



**Étiologie.** — Les causes de la sarcomatose sont obscures : d'après le relevé des observations, nous pouvons dire seulement qu'elle atteint plus souvent les hommes que les femmes. Nous ne possédons, en effet, que trois cas dans lesquels les malades aient été du sexe féminin (Dauchez, Shattück, Köbner) ; dans tous les autres cas il s'agissait d'individus du sexe masculin.

Quant à l'âge, d'après Kaposi, il varie de 40 à 68 ans ; d'après Tanturri, de 43 à 60 ans ; d'après de Amicis de 39 à 74 ans. Ce dernier auteur a publié une observation d'un enfant (obs. VIII de de Amicis). Kaposi parle d'un enfant de 10 ans que lui aurait cité Billroth ; comme autres cas de sarcome développé dans le jeune âge, nous rappellerons le cas de Köbner et celui que nous avons observé dans le service de M. Hallopeau (obs. XVIII) dans lequel il s'agit d'un jeune homme de 22 ans.

Donc, en moyenne, la maladie se développe de 40 à 60 ans.

Quant aux professions, on l'observe de préférence dans la classe laborieuse, chez les gens exposés aux intempéries, à l'humidité, aux fatigues continues, aux privations de toutes sortes : ainsi ce sont les cochers, les pêcheurs, les chasseurs, les paysans, les bergers, les marins, les charpentiers qui paraissent le plus souvent atteints par la sarcomatose. Dans les observations, ils sont désignés comme robustes et comme jouissant d'une bonne santé habituelle.

Dans leurs antécédents héréditaires, on ne trouve le plus souvent rien à signaler, quelquefois, dans trois cas



seulement on a noté des antécédents de cancer ; en un mot l'hérédité ne paraît jouer aucun rôle.

Quant aux maladies personnelles, elles sont banales et ne viennent pas élucider l'étiologie : antécédents de rhumatisme (obs. Dauchez) : de syphilis (obs. Demange) : d'alcoolisme (obs. XVI, XXI).

En somme, habituellement ce sont des gens robustes, n'ayant pas eu de syphilis, de scrofule, souvent mariés et pères d'enfants bien portants. — Il ne semble pas qu'il y ait de cause particulière présidant au développement de la maladie, puisque les conditions étiologiques les plus diverses l'ont précédée, de telle sorte qu'on ne peut leur attacher aucune importance réelle.

Il est un point toutefois sur lequel nous voudrions attirer l'attention, c'est que l'affection que nous étudions paraît être beaucoup plus fréquente en certains pays. En France, elle est rare. Nous n'en connaissons que cinq observations (Demange, Vidal, Legendre, Dauchez et les deux inédites que nous rapportons obs. XVIII, XXI) tandis que de Amicis et Tanturri en rapportent à eux deux, dix-neuf cas recueillis en Italie ; le malade de M. Vidal, Mezzana (obs. I) était corse d'origine. Le professeur Kaposi en signale vingt-cinq cas, enfin les autres faits nous viennent d'Amérique (Hardaway, Gairdner, Shattück.)

La sarcomatose cutanée présente donc chez nous une rareté relative.

Quant aux causes banales, telles que le traumatisme ou le froid, on ne peut en tenir compte que comme cause prédisposante.



Bref, le nœud causal de cette néoplasie nous échappe et paraît devoir être recherché dans une « altération systématique du tissu cutané puisque cette altération se montre dans la plupart des cas sur divers points de la peau des quatre membres et ne se diffuse pas de l'un à l'autre par métastase » (de Amicis).

**Pathogénie.** — Le processus général de la sarcomatose cutanée non mélanique, tel que nous venons de le décrire est inconnu en ce qui concerne sa nature, sa pathogénie.

Dans l'état actuel de la science, on peut comprendre le développement de la sarcomatose en invoquant deux hypothèses. On doit songer évidemment à la nature microbienne de l'affection, malheureusement des preuves directes n'ont pas été apportées en faveur de cette idée, et les recherches minutieuses et répétées auxquelles s'est livré notre collègue et ami Gilbert à propos de notre malade de l'observation XVIII ont été négatives (voir anat. pathol.). Néanmoins nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer notre sentiment intime. L'évolution si singulière de la sarcomatose, surtout la disparition de certaines tumeurs, nous font penser qu'un jour peut-être la nature microbienne de l'affection sera démontrée. Aucun détail histologique d'ailleurs ne renverse cette hypothèse. De quoi s'agit-il dans le sarcome ? d'une production très voisine du granulome, peut-être identique et par conséquent très analogue aux néoplasies parasitaires.

Quant à l'opinion si curieuse de Cohneim sur le déve-



loppement de tous les néoplasmes elle manque de preuves formelles. En tout cas, il faut remarquer que le professeur de Amicis s'y est rallié dans son mémoire. Voici, en résumé, l'idée de Cohnheim : lorsque les feuillets blastodermiques sont sur le point de se différencier, il peut arriver que les éléments embryonnaires qui devront plus tard servir à la formation de certains organes, se produisent en plus grande quantité qu'il est nécessaire. Il y aura donc un certain nombre de ces éléments qui ne seront pas utilisés, qui resteront à l'état embryonnaire. L'individu se développe et ces éléments sont oubliés au sein des tissus physiologiques; ils y vivent d'une vie latente en quelque sorte, mais ils conservent leur pouvoir évolutif. Un traumatisme pourra être l'occasion qui va développer ce pouvoir évolutif, ou encore on peut admettre qu'à l'âge où l'individu décline, où ses tissus ont une vitalité plus faible, ces éléments conservant en eux une activité qui n'a jamais été mise en jeu, vont se développer et proliférer abondamment, luttant victorieusement contre les éléments cellulaires normaux mais séniles.

En faveur de cette théorie, on a invoqué le développement fréquent sur un *nævus* d'une tumeur maligne, développement qui a lieu, assez souvent, à l'occasion d'un traumatisme. On a remarqué également que l'épithélioma du rectum et de l'œsophage siégeaient surtout aux points où le feuillet interne et le feuillet externe du blastoderme se sont unis; on a dit aussi, et c'est Cohnheim lui-même qui l'a professé, que la fréquence des chondromes à la parotide pourrait bien



correspondre à quelques éléments oubliés du cartilage de Meckel.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans cette partie de mon travail, j'ai séparé d'une manière absolue, l'exposition de deux ordres de faits totalement différents. En premier lieu, j'exposerai l'anatomie pathologique telle qu'elle se dégage des observations ; en second lieu, je rapporterai quelques vues générales sur le sarcome cutané au point de vue anatomique.

Je le déclare immédiatement, je me suis surtout attaché à faire d'abord l'analyse, puis la synthèse des observations anatomiques.

Quant aux théories générales sur le sarcome cutané, je les ai reléguées au second plan ; elles se relient, d'ailleurs, à une évolution singulière qui se fait en Allemagne, évolution, en vertu de laquelle, tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique des néoplasmes de la peau est soumis à revision. Je citerai, à cet égard, deux auteurs allemands : Recklinghausen et Babès. Le premier, dans son mémoire sur les fibromes multiples de la peau, le second, dans le manuel de Ziemssen décrivent sous des noms nouveaux des tumeurs pour lesquelles nous n'avons aucun terme de comparaison. Je m'explique : la nomenclature usuelle, est celle qui a été exposée en Allemagne par Virchow et Rindfleisch, en France par Cornil et Ranvier ; quand on dit : sarcome, molluscum, nous nous représentons immédiatement une tumeur maligne ou bénigne, de consistance déterminée, etc., et quand un



auteur, quel qu'il soit, introduit un mot nouveau dans la science, son premier devoir doit être d'indiquer quel nom de la nomenclature usuelle, il a la prétention de remplacer ; à moins que, ce qui n'est pas le cas ici, la maladie étant nouvelle, réclame un nom nouveau. C'est à ce devoir que Recklinghausen et Babès ont manqué totalement.

Qu'est l'endothéliome verruqueux de M. Babès ? Je l'ignore : un moment j'ai supposé que c'était notre molluscum simplex, mais je n'en suis pas bien certain. Qu'est le lymphangio fibrome de Recklinghausen ? dans une bonne thèse sur le fibroma molluscum, M. Boudet, pense que c'est le molluscum localisé ; mais cela est-il absolument vrai ? Aussi quand M. Babès, en vertu d'idées générales préconçues sur le sarcome, décrit l'endothéliosarcome, je renonce à savoir, si sous ce nom, M. Babès décrit tous les sarcomes, ou tel ou tel sarcome, ou une forme nouvelle de sarcome non décrite avant lui.

A la fin de ce chapitre, je reviendrai d'ailleurs sur les idées générales de M. Babès sur le sarcome de la peau.

Dans la description des symptômes du sarcome multiple idiopathique non mélanique de la peau, on a vu que l'évolution m'avait conduit à admettre un certain nombre de types. Dans cette étude anatomo-pathologique, je chercherai à suivre aussi rigoureusement que possible les types cliniques que j'ai cru pouvoir distinguer.

Étudions d'abord l'anatomie pathologique des sarcomes du type Kaposi, dont un des caractères principaux est, on le sait, de débiter par les extrémités.

Au point de vue macroscopique, il est peu de notions



qui ne nous aient été déjà fournies par la clinique. Nous savons qu'à la période maculeuse, il n'y a pas de tumeur mais infiltration simple, l'intumescence ne survient qu'un peu plus tard et alors sur une coupe, on constate que la tumeur est formée de tissu mollasse, vasculaire, coloré en vert orangé, etc., c'est-à-dire présentant toutes les couleurs de l'hémoglobine déposée dans les tissus. Le néoplasme n'a jamais de prolongements dans la profondeur, il ne dépasse pas l'hypoderme. A l'œil nu, il est difficile d'établir les limites entre le tissu morbide et le tissu sain ; la néoformation ne paraît nullement limitée, encore moins enkystée, elle est diffuse.

Au point de vue microscopique, nous allons étudier d'abord les éléments de la tumeur elle-même, c'est-à-dire les cellules fondamentales, les vaisseaux, le pigment, la substance intercellulaire, puis nous étudierons le retentissement de la lésion sur l'épiderme, les glandes, etc. et nous essaierons de déterminer exactement quel est l'étage dans lequel ces variétés de tumeur prennent naissance.

Les éléments cellulaires fondamentaux qui constituent la variété de sarcome que nous étudions n'appartiennent pas à un type unique. A cet égard, tous les auteurs sont d'accord, on trouve dans ces tumeurs à la fois des éléments ronds et des éléments fusiformes ; il semble même que les éléments fusiformes soient en moins grande abondance que les éléments ronds.

Les cellules rondes qui paraissent former la plus grande partie de la tumeur sont de dimensions variables, toujours nucléées, elles ont de la tendance à devenir



ovulaires et allongées. Elles sont éparses, isolées quelquefois, mais le plus habituellement elles forment des îlots nettement limités (Kaposi, Tantarri, de Amicis).

Les éléments fusiformes s'associent pour former un tissu fibrillaire ténu; il semble démontré à de Amicis que les éléments fusiformes résultent de la transformation sur place des éléments ronds, en sorte que, si les éléments fusiformes sont tant soit peu abondants, on peut affirmer l'ancienneté de la tumeur.

L'examen microscopique décèle en outre l'aspect angiomateux des tumeurs que nous étudions : on y voit des lacunes de formes variables dont les parois sont entièrement infiltrées ou mieux formées en totalité par des éléments sarcomateux, ronds ou fusiformes; lacunes qui sont tapissées à l'intérieur par un endothélium tuméfié, contenant des globules de sang tantôt décolorés tantôt colorés (Tantarri).

Il y a donc là évidemment néoformation vasculaire. Il nous paraît difficile d'admettre (on s'en assurera par ce qui suit) que la néoformation vasculaire ne soit pas un phénomène du début, qu'elle soit comme le veulent de Amicis et Armanni, un phénomène postérieur au dépôt du pigment sanguin. Un des caractères les plus remarquables des tumeurs du type Kaposi est d'être infiltrées de pigment, qui n'est, ainsi que nous le démontrerons que du pigment sanguin.

Et tout d'abord, disons immédiatement que Kaposi qui a bien suivi ces phases du dépôt pigmentaire a constaté dans la même néoplasie des infiltrations hémorrhagiques; rien n'est plus facile à expliquer que



ces hémorrhagies. Les vaisseaux néoformés ont des parois embryonnaires peu résistantes, le moindre excès de pression les déchire, et le sang s'infiltré en écartant les éléments cellulaires fondamentaux du néoplasme. Puis, il subit toutes les modifications du sang épanché dans les tissus, il devient orangé, vert, etc..., ces phases sont parfaitement saisissables et ont une grande importance au point du vue doctrinal. Mais le pigment ne reste pas localisé aux espaces intercellulaires, il est absorbé par les cellules du néoplasme qui se pigmentent alors autour de leur noyau. C'est d'ailleurs un fait constaté par Armanni et de Amicis qu'à la première période les amas cellulaires sont incolores et qu'ils ne se pigmentent que dans les phases avancées du processus. A ce moment le pigment est partout dans les cellules comme dans les espaces intercellulaires.

Ce qui précède montre que Kaposi était dans le vrai en désignant cette forme de sarcome sous le nom de sarcome pigmentaire. Cependant j'ai cru bon de me servir aussi peu que possible de l'appellation « pigmentaire » ; trop souvent, en effet, dans le cours de mes recherches, je me suis aperçu que ce mot avait prêté à confusion et que des sarcomes pigmentaires étaient appelés mélaniques par certains auteurs, de Amicis par exemple. Or j'ai montré plus haut que dans le type Kaposi, type dans lequel rentrent les observations de de Amicis, de Vidal, de Tanturri, le pigment passait par toutes les phases de coloration que présente l'hématine déposée dans les tissus ; sa présence succède à des hémorrhagies indiscutables ; il ne s'agit donc là que



d'une fausse mélanose et non de la mélanose vraie. La mélanine, dont la présence caractérise le sarcome mélanique ne passe jamais par les phases de coloration de l'hématine, elle existe dans le sang, s'élimine par les urines ; ces caractères suffisent à la distinguer du pigment sanguin même pour ceux qui font de la mélanine un dérivé éloigné de l'hématine (voir pour les théories le chapitre que j'ai consacré au mélanosarcome). Et si me basant sur les caractères qui viennent d'être énumérés, il me fallait caractériser le type Kaposi Vidal, de Amicis, je l'appellerai avec Tanturri sarcome multiple idiopathique telangiectasique, ou avec E. Vidal et Ranvier sarcome cutané érectile. D'ailleurs de nombreuses différences cliniques établissent une distinction profonde entre le mélanosarcome vrai et le type Kaposi.

Par quoi sont séparés les éléments fondamentaux de la tumeur ? Les groupes cellulaires, les îlots sarcomateux semblent écarter, dissocier les faisceaux conjonctifs du derme et s'y creuser une loge, le tissu conjonctif paraît s'amincir et à un moment les îlots cellulaires semblent séparés par un réseau très fin (Tanturri). Quant aux éléments cellulaires eux-mêmes, ils semblent unis par une substance amorphe habituellement pleine de pigment sanguin.

L'origine exacte du sarcome que nous décrivons paraît être dans cette couche intermédiaire au corps papillaire et à l'hypoderme, dans le derme proprement dit, que les Allemands désignent sous le nom de « pars reticularis ». Ce qui le prouve c'est que dans les cas



observés au début, le corps papillaire surmontait immédiatement la tumeur et ne présentait aucune altération. Mais plus tard la forme des papilles a disparu et le corps muqueux de Malpighi recouvre immédiatement la tumeur.

L'épiderme n'est jamais bien altéré; il est parfois aminci, parfois épaissi, on a constaté rarement la prolifération des éléments de la couche malpighienne. Un fait beaucoup plus fréquent, c'est l'infiltration pigmentaire des cellules de Malpighi. Cette infiltration pigmentaire pénètre d'ailleurs plus loin que la néoplasie, l'hypoderme sain peut même être plus coloré que la tumeur. Tanturri affirme avoir constaté dans un cas la disparition des glandes sudoripares et sébacées; mais Armani et de Amicis ont constaté au contraire que les gaines des poils, les glandes sébacées et sudoripares avaient leurs épithéliums parfaitement conservés, sauf qu'ils présentaient quelquefois un peu d'infiltration pigmentaire. Ces observations nous paraissent être l'expression de la vérité. Nous avons vu, en effet, le sarcome frapper le cuir chevelu, la face dans les régions pilaires et n'entraîner à sa suite aucune altération des cheveux. Ce fait est important à mettre en lumière au point de vue du diagnostic avec le mycosis fongoïde dans lequel les follicules pileux sont toujours manifestement altérés.

Enfin de Amicis aurait vu les muscles « *erectores pilorum* » légèrement hypertrophiés au niveau du néoplasme.

Nous venons de décrire l'anatomie pathologique du



sarcome idiopathique multiple érectile ou pigmentaire ayant débuté par les extrémités (type Kaposi); en dehors de ce type, je l'ai déjà dit à propos des symptômes, il n'est guère possible de grouper les autres cas en espèces bien nettes; peut-être cependant pourrait-on ranger un certain nombre de faits, tels que celui de Dauchez-Legendre, celui de Gairdner, le mien (obs. XXIX) sous la rubrique « de sarcomes globo-cellulaires simples hypodermiques ».

Les autres observations tiennent le milieu entre le type Kaposi et le type précité : entre ces deux termes elles sont comme des échelons plus ou moins éloignés qui peuvent servir à franchir la distance qui les sépare. Cette dernière remarque va nous guider pour l'analyse anatomique des divers cas. Nous allons exposer d'abord les cas qui se rapprochent le plus du type Kaposi, puis nous passerons à ceux qui se rapprochent le plus des sarcomes globo-cellulaires hypodermiques, et nous terminerons enfin par l'étude de ce dernier type qui semble pouvoir grouper trois observations.

Les cas qui se rapprochent le plus du type Kaposi sont les cas de Hardaway. Et d'abord le cas qui correspond à l'observation XIV. Nous avons signalé les faibles différences cliniques qui séparent ce fait du type Kaposi. Histologiquement autant qu'on en peut juger par un examen brièvement rapporté, ces différences sont minimes : la tumeur était formée par un mélange de cellules rondes et de cellules fusiformes.

La seconde observation d'Hardaway, s'éloigne déjà plus du type Kaposi. Comme dans le type Kaposi, le sar-



come décrit par Hardaway a débuté par la portion réticulaire du derme ; ce fait est prouvé par l'intégrité de l'épiderme et du corps papillaire qui recouvraient le néoplasme. Les cellules qui constituaient cette tumeur étaient disposées en îlots entourés de tissu fibreux très dense. Elles étaient de deux ordres : les unes étaient de petites cellules rondes, les autres de gros éléments sans noyaux, à grosses granulations semblables à des myéloplaxes. Le pigment sanguin à couleur verdâtre est répandu abondamment au sein de la tumeur, on en trouve dans les espaces intercellulaires et dans les cellules elles-mêmes ; au delà de la tumeur, le pigment forme des amas étoilés. La graisse sous-cutanée n'est pas altérée, les poils, les glandes paraissent sains ; les vaisseaux sont médiocrement développés. En résumé le second cas de Hardaway présente avec le type Kaposi des analogies (origine dermique, pigment sanguin, intégrité relative de l'épiderme et de ses annexes, cellules surtout globuleuses) ; des différences (trame alvéolaire, quelques cellules gigantesques, développement moyen de vaisseaux).

Le cas de Köbner se rapproche aussi assez du type Kaposi, mais peut-être moins que celui de Hardaway. Le cas de Köbner se rapproche du type Kaposi par le développement des vaisseaux qui est considérable, par l'intégrité relative de l'épiderme et du corps papillaire. Mais il en diffère par les faits suivants : l'origine était au moins autant hypodermique que dermique, les cellules étaient fusiformes dans la plus grande partie des tumeurs, dans le reste elles étaient rondes. Un des faits les plus



importants notés dans cet examen est que la formation cellulaire suivait : 1° le trajet des vaisseaux ; 2° le trajet des faisceaux conjonctifs ; 3° les follicules pileux normaux ; 4° les glandes sudoripares normales. Köbner a fait cette remarque que le sarcome primitif de la peau ne différait en rien histologiquement des sarcomes cutanés secondaires qu'il avait eu occasion d'examiner.

Ici se place maintenant le cas que j'ai observé dans le service de M. Hallopeau ; l'examen histologique a été fait par M. Gilbert, médaille d'or des hôpitaux, que je ne saurais trop remercier ici. Je transcris textuellement la note qu'il m'a remise ; je suis persuadé qu'après l'avoir lue, on restera convaincu de la complexité de l'étude des sarcomes cutanés et de l'insuffisance des quelques examens histologiques annexés aux observations que j'ai relevées et traduites intégralement :

« L'examen histologique a porté sur une nodosité sarcomateuse du volume d'un pois, sur un point de la peau saine en apparence, et sur une nodosité qui après avoir atteint les dimensions d'une grosse noix, s'était affaissée, et n'avait laissé d'autre trace de son existence qu'une élevure pigmentée.

« 1° *Coupes pratiquées sur une nodosité sarcomateuse du volume d'un pois.*

« Sur des coupes faites perpendiculairement à la surface de la peau, l'on peut reconnaître que la néoplasie s'est développée simultanément dans le derme et dans l'hypoderme. Elle est constituée par des agglomérats cellulaires de forme et de volume variables, qui tantôt sont



nettement délimités et tantôt se fondent insensiblement avec les parties voisines. Les éléments qui constituent ces agglomérats sont partout vivaces et bien colorés par les réactifs (Fig. 2, a). Quelques-uns sont ovalaires, la plupart sont arrondis; ils offrent en moyenne le diamètre des leucocytes; ils renferment presque toujours un seul noyau relativement volumineux, contenant de fines granulations, au milieu desquelles on peut discerner une ou deux granulations plus volumineuses. Parmi ces agglomérats sarcomateux, les uns sont pauvres en vaisseaux, les autres contiennent des capillaires dilatés et gorgés de globules sanguins. (Fig. 2, c. c.) Ces capillaires ectasiés ont des parois normales; sur quelques points ils sont rompus et ont ainsi permis l'extravasation des éléments du sang.

« Traitées par le pinceau, ces coupes montrent par places au sein des amas cellulaires un fin réticulum.

« Préparées par le procédé de Gram, elles ne laissent point voir le micro-organisme décrit par Auspitz et Rindfleisch dans le mycosis fongoïde. Colorées par une solution aqueuse de violet de méthyle 5 B additionnée d'huile d'aniline, décolorées dans l'alcool absolu, éclaircies par l'essence de girofle, et montées dans le baume de Canada, elles apparaissent privées de bactéries.

« Les différents éléments de la peau sont indemnes ou peu altérés. L'épiderme est normal aussi bien dans son corps muqueux que dans sa couche cornée. Les glandes sudoripares et les glandes sébacées, les follicules pileux et leurs muscles annexes, sont sur un très grand nombre



de points complètement entourés par des amas néoplasiques, mais ils ne semblent en aucune façon modifiés dans leur structure.

« Les éléments du derme et de l'hypoderme sont simplement dissociés par les cellules néoplasiques qui à la périphérie d'un certain nombre d'agglomérats s'insinuent entre les faisceaux conjonctifs qu'ils séparent ou entre les vésicules adipeuses qu'ils isolent les unes des autres (Fig. 2, b. b.). Les vaisseaux sanguins de la peau paraissent, ainsi que les glandes appeler autour d'eux la pullulation sarcomateuse. Ils sont pour la plupart entourés d'un manchon plus ou moins épais de cellules rondes et ovalaires.

« 2° *Coupes faites sur un point de la peau sain en apparence.*

« L'on peut saisir dans ces coupes les phases initiales du processus sarcomateux. Au pourtour des glandes sudoripares (Fig. 1, f. et c. c.), des culs-de-sac sébacés et des follicules pileux (Fig. 1, a.), ainsi que le long des vaisseaux sanguins se montrent de nombreuses cellules néoplasiques. Dans les interstices des faisceaux conjonctifs du derme et de l'hypoderme (Fig. 1, d. d.), existent des trainées sarcomateuses qui offrent la même structure que les agglomérats précédemment étudiés. La peau est donc altérée tout entière et les nodosités sarcomateuses ne répondent qu'à un maximum de lésions.

« 3° *Coupes pratiquées sur une nodosité sarcomateuse en voie de disparition.*

« L'hypoderme et le derme contiennent encore des amas sarcomateux, mais ceux-ci sont peu volumineux, et



séparés les uns des autres par d'épaisses bandes de tissus conjonctifs (Fig. 3). L'épiderme et ses annexes sont inaltérés. Entre les faisceaux connectifs dermiques et hypodermiques (Fig. 3, e. e.), dans la tunique adventice des artérioles (Fig. 3, c.) et au sein des amas sarcomateux (Fig. 3, f.) sont déposées d'innombrables granulations pigmentaires. Ces granulations sont contenues dans le protoplasma des éléments cellulaires ou placées dans leurs interstices. Elles présentent les caractères microchimiques du pigment hématique.

« *Réflexions.* — Les coupes que nous avons faites de la peau saine en apparence nous ont montré que les agglomérats sarcomateux prennent principalement naissance au pourtour des glandes sudoripares et sébacées, des follicules pileux et des vaisseaux, c'est-à-dire au contact immédiat des parties vraiment actives de la peau. Procèdent-ils des cellules fixes du tissu conjonctif, ou des cellules migratrices? Existe-t-il une relation entre leur développement et le nombre peu élevé des leucocytes du sang? Ce sont là des questions que nous sommes tenus de laisser actuellement sans réponse.

« Les agglomérats primitivement distincts ne tardent pas à se réunir et à constituer des nodosités visibles à l'œil nu. Les capillaires sanguins qui les alimentent se dilatent et même se rompent. Parvenue ainsi à l'apogée de son développement la néoplasie mérite la désignation complexe mais significative de *sarcome globocellulaire lymphadénoïde angiomateux*.

« Par quel mécanisme les nodosités s'affaissent-elles et marchent-elles vers la guérison? Les éléments qui les



constituent sont-ils repris par les vaisseaux et transportés en d'autres points du corps pour y constituer des nodosités nouvelles : le fait paraît vraisemblable. Quoi qu'il en soit, au niveau des points guéris, l'on ne trouve plus entre les faisceaux conjonctifs du derme et de l'hypoderme que quelques cellules rondes vestiges des agglomérats anciens, et que des débris d'hématies reliquat du sang épanché » (1).

Je crois devoir placer ici le cas que M. E. Besnier a publié dans les Annales de dermatologie sous le titre suivant : « Sur un cas de tumeur de la peau à évolution clinique analogue à celle du cancer (cancer clinique) et à détermination histologique ambiguë, participant des caractères du lymphadénome et du granulome. »

(1) Le malade qui fait l'objet de cette observation, étant mort le 10 janvier, nous avons recueilli à l'autopsie des fragments de différents organes (voir obs. XVIII) et nous les avons confiés à notre collègue et ami M. Gilbert, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« 1° *Nodosité du triceps fémoral.* — Cette nodosité est formée ainsi que les néoplasies cutanées de petites cellules rondes qui dissocient et compriment les fibres musculaires. En quelques points se montrent des amas de globules rouges extravasés.

2° *Luette.* — La luette est totalement infiltrée de cellules rondes. Sa partie centrale est occupée par une nappe de globules sanguins.

3° *Intestin.* — Les parois intestinales contiennent par places des agglomérats de cellules rondes. Les capillaires sanguins sont dilatés et remplis d'hématies.

4° *Foie.* — Les espaces portes, ainsi que les parois des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires qui y sont contenus, sont criblés de cellules rondes. Dans l'intérieur des lobules hépatiques existent aussi quelques rares amas de cellules rondes. »



Je reconnais bien volontiers avec mon excellent maître, que l'évolution clinique de ce cas ne ressemble en rien à l'évolution du sarcome primitif de la peau; en se basant sur cette évolution clinique, il était d'ailleurs impossible de classer cette tumeur dans un groupe quelconque connu. A cet unique point de vue, le cas de M. E. Besnier ne servirait à mon sujet que pour le diagnostic; mais ce cas étant accompagné d'un examen histologique très complet et très soigné dû à M. Chambard, me paraît aujourd'hui, pouvoir être rapproché de la note de M. Gilbert : sauf la quantité de pigment observée chez notre malade, l'analogie entre les deux cas est à peu près parfaite. Or chez notre malade le diagnostic clinique de sarcome généralisé s'imposait avant tout examen histologique; ne devrait-on pas admettre alors que le cas de M. E. Besnier était un sarcome? et cela d'autant mieux qu'il me semble, qu'entre le granulome, le lymphadénome et le sarcome parvi-cellulaire, les différences anatomopathologiques ne sont pas considérables.

S'il en était ainsi, si le cas de M. Besnier rentrait dans le sarcome, il serait au point de vue anatomique la transition naturelle qui m'amènerait au dernier type que je veux décrire, c'est-à-dire, le sarcome globo-cellulaire simple hypodermique. Je sais bien qu'il restera toujours cette profonde différence que dans le fait de M. Besnier les tumeurs s'ulcérèrent et que dans les cas que je vais étudier, comme dans les précédents, cette complication ne se produit guère; mais j'envisage ici surtout le côté histologique de la question.

Sarcome globo-cellulaire simple hypodermique.



Trois observations me paraissent rentrer dans ce groupe : celle de Gairdner, celle de Dauchez-Legendre, et la mienne (obs. XX). Le cas de Dauchez-Legendre ne peut servir à une description histologique : les auteurs se sont bornés, en effet, à mentionner que les tumeurs de leur malade « étaient constituées en majeure partie par de petites cellules rondes et embryonnaires, séparées par des cellules fusiformes, et que dès lors ces tumeurs furent considérées comme des sarcomes ».

Mon collègue Ménétrier ayant bien voulu se charger de l'examen histologique de mon malade, je transcris ici la note qu'il m'a remise :

« Tumeur située dans le tissu cellulaire sous-cutané, en forme de lentille bi-convexe, de deux centimètres de diamètre, sur quatre à cinq millimètres d'épaisseur.

« Cette tumeur est formée d'amas de petites cellules, disposées en gros lobules ovoïdes, ou en lames aplaties assez irrégulières, et séparés les uns des autres par des faisceaux de tissu conjonctif. Ces derniers semblent être le tissu normal de la région simplement écarté et dissocié par la néoplasie. Chaque lobule est uniquement constitué par de petites cellules; on n'y voit pas de stroma interposé aux éléments cellulaires, pas trace de réticulum. Les éléments en sont des cellules de volume très variable généralement arrondies ou polyédriques, aucune n'est ou ne paraît tendre à devenir fusiforme. La plupart présentent l'aspect et les dimensions d'un globule blanc; beaucoup sont plus petites, beaucoup aussi deux ou trois fois plus volumineuses. Elles sont



formées d'une mince couche de protoplasma entourant un ou plusieurs gros noyaux arrondis; un seul pour les plus petites, jusqu'à quatre ou cinq pour les plus grosses. Toutes ces cellules se colorent fortement par les réactifs. Elles sont immédiatement appliquées les unes contre les autres.

« La masse renferme une grande quantité de vaisseaux sanguins. Ce sont de gros capillaires, ne possédant pour la plupart qu'une simple paroi endothéliale, à noyaux bien visibles et immédiatement en contact avec les cellules rondes qui constituent la tumeur.

« Quoiqu'à l'œil nu celle-ci paraisse assez bien limitée, on reconnaît au microscope une infiltration embryonnaire des espaces conjonctifs voisins : les petites cellules s'insinuant en trainées entre les faisceaux fibreux. Ce semble être là le début de la lésion, et toute la masse paraît résulter de l'infiltration et de la dissociation des mailles du tissu sous-cutané par une accumulation considérable de petites cellules. Les lobules graisseux voisins de la tumeur subissent aussi un commencement d'envahissement, on y voit les petites cellules s'insinuer entre les vésicules adipeuses, les dissocier et arriver par places à les remplacer complètement.

« Du côté de la surface cutanée, le néoplasme est séparé de la peau qui paraît saine par une couche de tissu conjonctif de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Dans cette couche on voit aussi par places quelques trainées embryonnaires, assez grêles et qui s'étendent jusqu'à la couche profonde du derme.

« Ces divers caractères, conclut Ménétrier, nous font



ranger cette tumeur parmi les sarcomes globo-cellulaires. »

Il me reste enfin à analyser le cas de Gairdner : il diffère peu du précédent. Comme dans mon observation personnelle, les tumeurs avaient débuté par l'hypoderme ; elles étaient constituées par des agrégats serrés de cellules rondes, ayant les dimensions des cellules lymphatiques, si bien qu'il est dit que ces tumeurs pourraient être appelées lymphomes purs. Il n'y a pas de réticulum ; le néoplasme est rempli de vaisseaux tortueux ou mieux de canaux creusés dans son épaisseur. Un seul caractère individualise l'observation de Gairdner : certaines tumeurs étaient enkystées, mais l'auteur ne manque pas d'ajouter que cet enkystement n'était qu'apparent ; des vaisseaux accompagnés de traînées cellulaires traversaient l'enveloppe des néoplasmes.

Comme dans bien d'autres cas, on observa chez le malade de Gairdner, un affaissement de certaines tumeurs ; l'auteur n'a pu se défendre de chercher une explication pathogénique de ce phénomène. Considérant l'extrême vascularité de ces tumeurs et leur structure lymphatique, il les compare à la rate dont le volume est susceptible de variations considérables. Rappelant que dans l'impaludisme lorsque la rate diminue, on voit apparaître du pigment dans les urines, Gairdner recommande d'analyser les urines pendant la période d'affaissement des tumeurs. Or dans le cas que nous avons observé dans le service de M. Hallopeau, l'analyse des urines, l'examen du sang faits pendant qu'un grand nombre de tumeurs s'affaissaient ont toujours été négatifs (voir notre observ.).



Tels sont les résultats anatomiques peu satisfaisants, il faut bien le reconnaître, que m'a donné le dépouillement de 54 cas de sarcome multiple idiopathique de la peau. Plusieurs causes, je crois, m'ont empêché d'être plus précis et plus catégorique.

1° La complexité du sujet : il n'y a pas un sarcome multiple idiopathique de la peau, il y a des variétés nombreuses dont les auteurs n'ont pas assez tenu compte. Il ne s'agit pas, en effet, de fausser les observations pour arriver à les faire rentrer dans un type connu.

2° L'insuffisance des examens histologiques. Que d'observations terminées par ces mots : au point de vue microscopique, la tumeur était du sarcome à cellules rondes séparées par des cellules fusiformes (Dauchez-Legendre), ou l'examen microscopique du nodule enlevé a montré que la tumeur était un fibro-sarcome (Hardaway, voir obs. XIV) ou mieux encore pas de biopsie, pas d'examen histologique (Schattück, obs. XXII).

3° L'ignorance des observations antérieures. A cet égard, mon travail par l'énumération et le premier groupement qu'il donne des observations connues, sera, nous le croyons du moins, utile à ceux qui pourront le reprendre en apportant de nouveaux faits à l'appui.

Je dois maintenant pour terminer ce chapitre long, mais nécessaire, dire un mot des vues générales émises sur le sarcome de la peau.

Au début de ce chapitre, j'ai donné les raisons qui me forcent d'être très bref sur ce sujet.

M. Babès a fait sur le sarcome de la peau une série de



recherches qui l'ont amené à une théorie générale du sarcome.

Il accepte bien, comme tous les auteurs et comme Cornil et Ranvier en particulier, que le sarcome est une néoplasie embryonnaire, mais, où il s'écarte des idées généralement admises, c'est quand il affirme que le tissu sarcomateux ne représente pas l'état embryonnaire du tissu conjonctif. Quelle est donc l'origine du tissu embryonnaire qui constitue le sarcome? Après une série de longues recherches, M. Babès en est arrivé à la conclusion suivante : dans le tissu du sarcome, les éléments vaso-formateurs sont excessivement développés, et ce sont ces éléments qui en proliférant déterminent la forme de chaque sarcome. Cette prolifération affecte, en effet, deux modes principaux :

1° Ou bien les éléments vaso-formateurs extrêmement nombreux, prolifèrent sans jamais aboutir au type du vaisseau parfait; ils n'aboutissent qu'à un type de vaisseau incomplet, en rapport plus ou moins intime avec les vaisseaux préexistants, quelquefois isolés; cette prolifération s'accompagne d'une hémato-poièse complète ou incomplète.

2° Ou bien les éléments pariétaux de vaisseaux sanguins et lymphatiques néoformés, éléments venus de l'endothélium comme de la tunique moyenne, de la tunique adventice, du perithélium, prolifèrent abondamment sous la forme embryonnaire, étouffant le vaisseau ou végétant dans sa lumière et le réduisant à des lacunes, à des fentes, ou le creusant en cupule. Enfin, M. Babès croit que les éléments vasculaires et



nerveux de la paroi du vaisseau peuvent prendre part à la néoplasie.

Telle est, en résumé, la conception de M. Babès sur le sarcome de la peau, elle nous semble assez obscure et n'a pas encore reçu la sanction d'un assez grand nombre d'histologistes connus pour qu'on puisse l'accepter sans contrôle.

#### DIAGNOSTIC

Nous serons bref sur le diagnostic des sarcomes cutanés généralisés, car nous ne pouvons reproduire ici les développements dans lesquels nous venons d'entrer et qui permettent de l'établir.

On pourrait à la rigueur diviser ce diagnostic en clinique et en anatomique. On doit, en effet, pratiquer presque toujours l'examen histologique des productions morbides quand on soupçonne l'existence d'un sarcome, je dirais même dans toute tumeur de la peau quelle qu'elle soit : or nous avons vu que cet examen histologique peut présenter parfois de réelles difficultés d'interprétation.

Nous laisserons cependant complètement de côté ce point particulier, car nous l'avons déjà traité au chapitre où nous avons exposé l'anatomie pathologique du sarcome idiopathique généralisé primitif de la peau, et nous y reviendrons en cherchant la place que l'on doit assigner au mycosis fongoïde dans le cadre pathologique. Il suffira si l'on désire plus de détails à cet égard de consulter les ouvrages d'histologie et d'y relever les caractères



différentiels qui permettent de distinguer au microscope le tissu sarcomateux vrai des carcinomes, des fibromes, des myômes, etc.

Nous n'envisagerons donc ici la question du diagnostic qu'au point de vue purement clinique.

Nous allons passer en revue les diverses tumeurs des téguments avec lesquelles on pourrait être tenté de confondre les sarcomes idiopathiques multiples de la peau.

Ce sont d'abord des productions assez faciles à éliminer telles que les *cysticerques*, la morve, les gommes syphilitiques et scrofuleuses, le lupus, la lèpre, les nodosités rhumatismales, les névromes, les chéloïdes, l'asphyxie locale des extrémités. Puis viennent des néoplasmes d'un diagnostic plus délicat : tels sont les fibromes, les fibro-lipomes, les myômes, les adénomes, le carcinome et pour beaucoup d'auteurs le mycosis fongoïde.

1° Les *cysticerques* de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, forment des tumeurs plus ou moins nombreuses, d'une grosseur très variable, mais ayant le plus souvent les dimensions d'un pois ou d'une noisette. Elles sont d'ordinaire plus globuleuses, plus élastiques que les tumeurs sarcomateuses, parfois même elles sont fluctuantes ; cependant elles peuvent avoir la même consistance qu'elles et être confondues avec ces néoplasies surtout lorsqu'elles siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. A leur niveau, la peau ne subit jamais de changement de coloration ce qui permet toujours de les différencier du sarcome quand elles sont intra-dermiques. Elles en diffèrent également par leur évolution beaucoup



plus lente et surtout par ce fait qu'une ponction exploratrice permet dans l'immense majorité des cas d'en retirer un liquide caractéristique. Inutile d'ajouter qu'en cas de doute, la biopsie tranchera toujours la question.

2° Les symptômes généraux de *la morve*, son étiologie, les caractères même des lésions cutanées qu'elle produit sont tellement différents de ceux des sarcomes qu'il n'est, ce nous semble, nullement besoin d'insister sur le diagnostic différentiel de ces deux affections.

3° Les *gommes syphilitiques* ont une évolution beaucoup plus rapide que les tumeurs sarcomateuses : sous-cutanées, elles grossissent rapidement, finissent par intéresser la peau qui rougit, s'enflamme, puis s'ulcère ; intra-cutanées elles sont d'ordinaire un peu moins volumineuses que les précédentes mais évoluent en un laps de temps encore plus court. Leur nombre d'ordinaire assez restreint, leur coloration assez spéciale, parfois même leur mode de groupement, les douleurs périodiques dont elles peuvent s'accompagner, leur consistance ferme au début, puis de plus en plus molle, leurs ulcérations si caractéristiques, les antécédents des malades, enfin en cas de doute l'action rapide du traitement spécifique permettront toujours d'établir assez vite le diagnostic. On ne pourrait d'ailleurs guère les confondre qu'avec la variété de sarcome que caractérisent des tumeurs hypodermiques, car la coloration des téguments au niveau des tumeurs sarcomateuses intra-cutanées en fera reconnaître presque toujours d'emblée la nature.

4° et 5°. Rien dans la sarcomatose cutanée idiopathique généralisée ne rappelle ni les *gommes scrofuleuses* dont



la localisation, l'aspect, la consistance, le mode d'ulcération sont si spéciaux, ni le *lupus tuberculeux*, maladie de la face et qui y reste localisée dans l'immense majorité des cas. Insister plus longtemps sur des affections aussi dissemblables de celle qui nous occupe, nous semble inutile.

6° La *lèpre tuberculeuse* pourrait parfois embarrasser un observateur quelque peu inexpérimenté. On sait que ses manifestations cutanées ont une certaine tendance à se localiser surtout aux extrémités et au visage. Le sarcome a d'autre part, dans certains cas, la même tendance, on sait combien fréquemment il débute par les mains. Mais dans la plupart des cas, on n'aura même pas besoin de la biopsie pour faire le diagnostic. Les tubercules lépreux ont en effet une coloration jaunâtre parfois un peu rosée, quelquefois seulement brunâtre ; ils n'ont pas tout à fait la même teinte que le sarcome, ils sont bien nettement intra-cutanés et font une saillie notable au-dessus du niveau des téguments, ils sont d'ordinaire un peu moins volumineux que les nodules du sarcome, cependant ce signe n'a pas toujours une grande valeur, car on a vu des tubercules lépreux atteindre les dimensions d'une cerise et même d'une noix. Mais, je le répète, même dans ce dernier cas, leur aspect général mamelonné n'est pas celui d'une tumeur sarcomateuse. Un caractère différentiel des plus importants, c'est que la sensibilité est modifiée et le plus souvent complètement abolie au niveau des tubercules lépreux. Le diagnostic se fera surtout par ce dernier symptôme, puis par l'ensemble de phénomènes morbides, présentés par le malade



(léontiasis, plaques anesthésiques, difformités des extrémités, localisation de l'éruption). Enfin la biopsie dissipera tous les doutes en décelant la présence du bacille d'A. Hansen.

7° *Les nodosités rhumatismales* peuvent, comme on le sait, être divisées au point de vue de leur évolution en deux grandes catégories : les unes éphémères apparaissant et disparaissant en quelques heures et par conséquent impossibles à confondre avec de véritables tumeurs de la peau ; les autres plus stables et pouvant persister plusieurs jours et même plusieurs semaines. Celles-ci sont quelquefois intra-dermiques, le plus souvent sous-dermiques, et siègent dans les plans fibreux profonds. Elles sont de grosseur variable, d'un pois à une noisette et même plus, dures, bien limitées, un peu douloureuses, quelquefois très sensibles à la pression. Elles ressemblent surtout à des fibromes ou à des gommés syphilitiques. Je ne crois pas qu'on les ait jamais confondues avec les sarcomes dont elles n'ont ni la couleur, lorsqu'elles sont superficielles, ni surtout l'évolution. Si l'on avait quelques doutes, il suffirait donc d'observer pendant quelque temps le malade, pour arriver à poser le diagnostic d'une manière certaine.

8° *Les névromes de la peau* constituent une affection des plus rares. Ils sont caractérisés par des nodules plus ou moins bien délimités, d'ordinaire arrondis, d'une grosseur qui varie de celle d'un pois à celle d'une noisette, d'une consistance dure et élastique. Mais on ne peut guère les confondre avec des tumeurs sarcomateuses, car ils sont presque toujours limités à un membre, dis-



posés selon le trajet des filets nerveux, et ils sont le siège de douleurs excessivement violentes, spontanées et survenant sous l'influence de la moindre excitation.

Les mêmes caractères permettent de reconnaître d'emblée les *tubercules sous-cutanés douloureux*.

9° Les variétés ordinaires de la *chéloïde* se distinguent aisément du sarcome ; leur aspect si spécial, leur consistance, leur localisation sont tout à fait caractéristiques. Il n'en est plus de même de la variété que certains auteurs anglais, Hutchinson en particulier, ont décrite dans ces derniers temps, et à laquelle ils ont donné le nom de *Kéloïde sous-cutanée*. La production morbide prend alors naissance dans le chorion et même dans le tissu cellulaire sous-cutané, et ne tend jamais à former les plaques surélevées et bosselées qui caractérisent le type vulgaire : elle est simplement constituée par des plaques indurées qui peuvent être le siège des mêmes douleurs et des mêmes démangeaisons que les chéloïdes ordinaires ; l'examen microscopique ne révèle dans leur structure que du tissu fibreux pur.

10° De Amicis insiste sur le diagnostic différentiel du sarcome qui débute par les extrémités avec l'*asphyxie locale* et la gangrène symétrique des extrémités. Il n'y a de commun entre ces deux affections qu'un aspect général qui peut frapper au premier abord, mais la confusion ne saurait persister après un examen tant soit peu attentif. Dans l'asphyxie locale, la coloration des téguments est le seul symptôme qui rappelle un peu les sarcomes ; la marche de l'affection, sa localisation si spéciale, l'absence de tumeurs proprement dites, la



diffusion, le peu de limites précises des lésions, tous ces signes si caractéristiques permettront d'affirmer le diagnostic.

11° Dans les cas de *molluscum fibreux* où il n'y a qu'une seule tumeur ou bien lorsque les productions morbides se pédiculisent et atteignent un volume considérable, rien de plus facile que d'en reconnaître d'emblée la véritable nature. Leur consistance plus ou moins flasque, parfois cependant un peu dure et élastique, la coloration normale ou à peine rosée des téguments, leur volume qui peut atteindre des dimensions telles qu'il n'est pas rare d'en observer qui pèsent plusieurs kilogrammes, leur évolution qui se fait avec la plus grande lenteur, tous ces symptômes ne permettent pas d'hésiter un seul instant.

Il n'en est plus de même quand on se trouve en présence d'un malade atteint de *fibromatose généralisée*. C'est cette affection que Recklinghausen dit avoir vu se développer autour des ramuscules nerveux terminaux, aux dépens de la gaine lamelleuse des nerfs. Elle est caractérisée cliniquement de la manière suivante : 1° elle est toujours congénitale contrairement au fibrome localisé et au sarcome; 2° la peau présente presque toujours d'autres altérations congénitales, telles que nævi pigmentaires, hypertrophiques, etc.; 3° c'est une affection en quelque sorte immobile, sans évolution; cependant Boudet (1) a insisté sur le point suivant: on voit assez fréquemment à un âge indéterminé un de ces fibromes mul-

(1) Boudet. Fibroma molluscum. Th. de Paris, 1883.



tiples de la peau, prendre tout à coup un accroissement considérable (tumeur majeure), qui tantôt conserve la structure du fibrome, tantôt devient sarcomateuse, épithéliomateuse. C'est dans ce dernier cas, qu'un histologiste non prévenu examinant la tumeur majeure pourrait affirmer qu'il s'agit là de sarcomatose généralisée. Mais la connaissance des faits précités empêchera le clinicien au courant de la question de se laisser tromper par les apparences.

Quant au nombre des tumeurs disséminées sur toute la surface du corps, leur volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une orange et plus, elles sont intra-cutanées, sessiles, élastiques, ou sous-cutanées, ou bien elles font saillie au-dessus du niveau des téguments, quelquefois même elles sont pédiculées, bien limitées, presque transparentes, parfois un peu rosées et alors relativement faciles à reconnaître. Mais les caractères que nous avons énoncés d'abord, doivent faire établir le diagnostic en dehors même de tout examen histologique.

12° Le *xanthelasma* tubéreux et en tumeurs ne nous arrêtera pas longtemps : 1° son siège d'élection est caractéristique, absolument xanthomatique, il occupe en effet les sommets : coudes, genoux, épaules, etc., et tous les points soumis à des pressions et à des irritations diverses : régions fessières et surtout paume des mains et plante des pieds ; 2° la coloration des éléments, couleur jaune clair, chamois, café au lait, orangée, permet d'en reconnaître à première vue la nature. Dans le xanthome élevé papulo-tuberculeux et tuberculeux les saillies



sont de formes diverses, plus ou moins élevées au-dessus du niveau de la peau dans laquelle elles sont enchâssées, plus ou moins volumineuses, généralement arrondies, ne dépassant pas la grosseur d'un pois chiche, d'un haricot ou d'une amande. Aux mains et aux pieds, le néoplasme se dessine en lignes jaunes plus ou moins saillantes, cette lésion une fois vue il est impossible de l'oublier. Dans le xanthome en tumeurs, les lésions sont symétriques avec ou sans xanthochromie, les tumeurs sont isolées ou cohérentes, sessiles ou pédiculées, atteignant le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule, elles ne sont pas seulement dermiques mais hypodermiques, sous-cutanées, péritendineuses et périostiques; leur début remonte à la vie intra-utérine, aux premiers mois ou aux premières années de l'existence.

13° Les *dermatomyômes* ou *myômes de la peau* et leurs diverses variétés qui ont été si bien étudiées dans ces derniers temps par mon excellent et très honoré maître E. Besnier (1), puis par Arnozan et Vaillard (2), sont caractérisées par des tumeurs plus ou moins nombreuses, parfois localisées en une région du corps, parfois généralisées et disséminées sur presque toute l'étendue des téguments. Dans quelques cas, elles peuvent être volumineuses, sessiles ou pédiculées, mais dans le cas que nous avons observé chez M. E. Besnier (3) elles étaient petites, peu saillantes entièrement intra-cutanées, dures,

(1) Annales de dermatol., 2<sup>e</sup> série, T. I, 1880, p. 25.

(2) Annales de dermat., 2<sup>e</sup> série, T. II, 1881, p. 60.

(3) Annales de dermat., 2<sup>e</sup> série, T. VI, n° 6, 1885.



lisses, et la peau à leur niveau avait une coloration rosée ou rouge sombre. Les plus volumineuses au dire de la malade étaient douloureuses à la pression, parfois elles le sont aussi lorsqu'il se produit des changements de température.

Leur évolution est des plus lentes, elles restent pendant longtemps stationnaires, ne subissant aucune phase régressive, ne disparaissant pas spontanément.

Ces divers caractères mis en relief dans la description magistrale que notre maître en a donnée, permettront de les reconnaître, mais pour plus de sûreté il sera prudent de pratiquer la biopsie et l'on verra ainsi qu'elles sont presque entièrement constituées par des fibres musculaires lisses.

Balzer et Ménétrier viennent de décrire tout récemment une variété de tumeur de la peau encore inconnue à laquelle ils ont donné le nom *d'adénomes sébacés* de la face et du cuir chevelu. Il s'agissait dans leur cas, de petites nodosités saillantes arrondies, d'un jaune rose, indolentes, résistantes au toucher, groupées sur la face et le cuir chevelu, à développement fort lent. L'examen histologique a montré qu'on devait les ranger dans le groupe des adénomes. Ce fait unique constitue une véritable rareté pathologique et ne peut nous arrêter plus longtemps.

*Le carcinome de la peau* dont on connaît plusieurs exemples des plus remarquables est caractérisé par des nodules plus ou moins volumineux, variant comme dimensions de celle d'une grosse tête d'épingle à celle d'une noisette, fermes au toucher, d'un rouge rosé ou



d'un rouge brun, d'abord isolés, puis devenant peu à peu confluents de façon à former des masses irrégulières, mamelonnées qui peuvent s'ulcérer, bourgeonner, devenir fongueuses. Cet aspect est assez caractéristique, mais il est surtout un grand fait clinique qui domine toute l'histoire pathologique du cancer de la peau, c'est que cette affection est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, consécutive à un cancer viscéral, ou à un cancer du sein, souvent à une récurrence de ce cancer après ablation. On voit alors la lésion cutanée partir de la cicatrice s'étendre peu à peu, gagnant de proche en proche, faisant tache d'huile pour ainsi dire. Cette marche est donc bien différente de celle que nous avons étudiée dans le sarcome généralisé primitif idiopathique de la peau.

Nous aurions maintenant à différencier le sarcome vrai dont nous venons d'exposer l'histoire clinique du mycosis fongoïde. Mais dans un des chapitres qui suivent, nous insisterons sur les difficultés d'interprétation qu'il présente au point de vue de sa nature, pour que nous jugions inutile d'aborder ici ce difficile sujet.

Si nous voulions résumer ce chapitre en quelques lignes, nous dirions : que parmi les tumeurs de la peau que l'on peut confondre avec les sarcomes, plusieurs sont aujourd'hui de diagnostic facile, d'autres de diagnostic difficile; dans ces cas-là, la biopsie est absolument nécessaire; quelques-unes enfin restent à déterminer même après la biopsie et la nécropsie, nous voulons parler des rapports du sarcome et du mycosis.



#### TRAITEMENT

Tous les auteurs s'accordent à dire que le pronostic de la sarcomatose généralisée primitive est fatal et l'évolution plus ou moins rapide. Le cas de Köbner (1) était le seul connu qui eût été suivi de guérison, quand Shattück (2) a publié le sien. Dans ces deux observations, la médication a été la même, elle a consisté en injections hypodermiques de liqueur de Fowler : la guérison est-elle due à l'arsenic ?

Mais avant d'étudier ce traitement, nous devons faire remarquer que dans le cas de Shattück, le diagnostic ne fut pas confirmé par l'examen histologique d'une tumeur enlevée ainsi que l'a fait Köbner, sans doute les D<sup>rs</sup> Wigglesworth, White et Tilden ont vu son malade et tous ont été unanimes à porter le diagnostic de sarcome, mais une bonne description anatomo-pathologique aurait été précieuse, n'eût-ce été que pour faire connaître la texture de ce sarcome.

Quoi qu'il en soit jusqu'à présent, le meilleur traitement paraît être les injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Quant à savoir si la guérison doit réellement être attribuée à l'arsenic et dans ce cas si le médicament aurait aussi bien agi si on l'avait administré par l'estomac, ce sont là des questions qu'une plus grande pratique peut seule résoudre.

(1) Köbner. Berlin. Klin. Wochenschr., 1882, n° 2.

(2) Shattück. Journal of the american medical association, 4 juill. 1885.



Toujours est-il qu'il faut tenir compte d'une part, que chez les malades atteints de sarcomatose cutanée généralisée, les fonctions digestives sont précieuses à conserver intactes, que l'appétit est souvent faible et se déränge facilement ; d'autre part, que l'arsenic donné en injections hypodermiques, ne paraît pas déterminer de diarrhée, comme quand il est pris par la voie stomacale. Enfin, par la méthode sous-cutanée, l'arsenic est bien absorbé, les doses peuvent être élevées et supportées pendant très longtemps. Voici comment se pratique ce traitement.

On fait tous les jours une injection de quatre gouttes de liqueur de Fowler étendues dans une égale quantité d'eau, bientôt la dose est portée à six gouttes, puis à neuf gouttes par injection. Ce traitement est continué pendant des mois, dans le cas de Shattück il a été fait d'août en mars sans le moindre accident, à cette époque, c'est-à-dire au bout de sept mois, il survint un abcès à la cuisse, mais la malade faisait elle-même à ce moment ses injections.

Köbner a fait pendant trois mois 51 injections qui représentent huit grammes de liqueur de Fowler, mais il fut obligé souvent de les suspendre pendant une journée à cause de douleurs que la malade ressentait dans la partie antérieure de la tête. Ces douleurs étaient dues probablement à un coryza chronique, elles apparaissaient toujours le matin au réveil et ne se dissipaient que par la promenade.

Après cette première période de traitement pendant laquelle les injections étaient de quatre gouttes, la dose fut progressivement augmentée ; elle furent faites de six, puis de sept et demie, enfin de neuf gouttes, toujours addi-



tionnées d'une égale quantité d'eau distillée. Köbner arriva ainsi à avoir injecté depuis le début du traitement quatorze grammes soixante-quinze centigrammes de liqueur de Fowler. Sous l'influence de cette médication, il était survenu une diminution notable de tous les noyaux cutanés qui pour la plupart s'étaient déprimés dans leur centre, les ganglions lymphatiques qui au début étaient hypertrophiés avaient également diminué de volume.

Arrivé à ce résultat, les injections furent suspendues pendant quelques semaines, puis furent reprises le 31 janvier 1882 et continuées jusqu'au mois de mars, mais avec de fréquentes interruptions. Pendant ces deux mois, on injecta six grammes de solution d'arsenite de potasse, de sorte qu'en totalité on n'employa pas plus de 20 gr. 75 de cette solution, c'est-à-dire vingt-huit centigrammes d'acide arsénieux pur. Sous cette influence, les dernières traces de dureté disparurent autour des cicatrices qui prirent une coloration brunâtre.

En quels points doit-on faire ces injections hypodermiques? Au début Köbner les pratiquait entre la colonne vertébrale et l'omoplate ou dans le voisinage; mais étant souvent suivies de douleurs, elles furent alors faites profondément dans la région des fesses où elles furent bien supportées. De plus Köbner fit des injections parenchymateuses dans la substance même de quelques boutons soit proéminents, soit au contraire profonds.

Dans nos deux observations, cette médication n'a pu être suivie. Dans l'observation XXI, elle fut ordonnée par M.E. Besnier, mais le traitement fut absolument repoussé par le malade. Quant au deuxième, on ne put lui adminis-



trer que 5 ou six injections hypodermiques de liqueur de Fowler (quatre gouttes chacune), le malade ayant voulu sortir de l'hôpital. Quand il revint, son état était très grave et les injections ne furent pas reprises. Mais nous avons essayé avec notre maître M. Merklen, du mode de traitement préconisé par Köbner chez une jeune femme atteinte de lympho-sarcome des ganglions sus et sous-claviculaires et axillaires: les injections étaient faites tous les jours dans la masse néoplasique et amenèrent une notable diminution de la tumeur au bout d'un mois. Puis la malade quitta l'hôpital et quand elle revint, les ganglions étaient hypertrophiés au cou, dans les deux aisselles, et des phénomènes d'adénopathie trachéo-bronchique montraient l'extension de la maladie.

Parmi les autres auteurs qui ont employé les injections sous-cutanées d'arsenic nous devons mentionner O'chiari (1), Hardaway qui pour le malade de l'observation XIV a fait vingt-cinq injections de liqueur de Fowler.

Comme autres traitements de la sarcomatose cutanée primitive généralisée, nous voyons que Gairdner (obs. XIX) a essayé l'iodure d'arsenic à la dose d'un douzième de grain en pilule; E. Vidal et Demange ont donné à leur malade, qui avait eu la syphilis, de l'iodure de potassium. Mais ce médicament ne produisant aucun effet fut remplacé par la solution arsenicale.

De Amicis a donné à ses malades du bromure de potassium, de la solution arsenicale et de l'ergotine. Nous avons fait prendre au malade de l'obs. XVIII de la tein-

(1) O'chiari (Wien med. Blatt, 1879).



ture d'*hamamelis virginica*. Le résultat au début a été assez satisfaisant. On peut donc essayer de ce médicament.

Enfin, Kaposi (1) à propos de la dernière observation de sarcome pigmentaire multiple idiopathique qu'il publie en 1885, dit « qu'il a sur le traitement de cette affection des idées spéciales sur la valeur desquelles il nous renseignera plus tard. »

S'il nous fallait tirer une conclusion de cette étude sur le traitement, nous dirions qu'on ne peut affirmer que l'arsenic a une action spécifique sur la sarcomatose cutanée généralisée primitive, mais il semble agir surtout comme reconstituant, tonique et met l'individu dans les meilleures conditions possibles pour résister à la maladie générale dont il est atteint.

Quant au traitement local, il nous semble impossible de l'appliquer avec confiance en présence de ce fait qui domine toute la pathologie de l'espèce de sarcome que nous étudions : à savoir que les tumeurs sont d'emblée et primitivement généralisées. On se bornera à panser par les moyens antiseptiques toute tumeur qui s'ulcérera.

(1) Loc. cit.

---



## CHAPITRE II

### RAPPORTS DU MYCOSIS FONGOÏDE ET DE LA SARCOMATOSE GÉNÉRALISÉE PRIMITIVE

#### *Du sarcome primitif généralisé à forme pseudo-mycosique.*

Tous ceux qui sont un peu versés dans les études dermatologiques savent que l'affection décrite en France, sous le nom de mycosis fongoïde, rentre pour les Allemands et les Américains dans la sarcomatose généralisée primitive.

Si cette opinion est l'expression de la vérité, je dois décrire le mycosis fongoïde comme une forme des sarcomes généralisés idiopathiques.

Où se trouve donc la vérité ? L'analyse des observations publiées, l'étude des phases par lesquelles a passé la question du mycosis depuis Alibert jusqu'à nos jours, vont, je crois, nous montrer que cette vérité ne réside ni dans la doctrine française, ni dans la doctrine allemande. Après l'exposé qui suit, il nous sera prouvé que tous les mycosis fongoïdes ne sont pas des sarcomes, mais que certaines formes de la maladie décrite par Alibert rentrent certainement dans le sarcome. En un mot, nous allons extraire du groupe mycosis, une série de faits qui nous semblent susceptibles de faire partie de



la sarcomatose généralisée primitive dont ils constituent une variété sous l'appellation de : sarcomes primitifs généralisés à forme pseudo-mycosique. Ce démembrement, ainsi qu'on le verra, ne porte aucune atteinte à l'existence et à l'individualité du vrai mycosis fongoïde.

Pour écrire ce chapitre de critique, le mémoire de MM. Vidal et Brocq (1), la revue générale sur le mycosis fongoïde, par M. Hallopeau (2) m'ont été d'un grand secours et me permettront d'être bref.

Créé par Alibert et regardé comme une manifestation de la vérole, le terme de mycosis a été repris par Bazin qui, à trois reprises a étudié magistralement cette question : 1° en 1862, dans les leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles p. 372 (Paris 1862); 2° en 1863 dans une leçon de l'hôpital St-Louis rédigée par le Dr Guérard et publiée en fascicule séparé; 3° en 1876, dans le dictionnaire de Dechambre (art. Mycosis fongoïde).

Dans ces trois étapes de sa vie, Bazin a eu trois opinions différentes sur la nature du mycosis ; quant à sa description, il n'a jamais varié et il est le fondateur réel du type clinique.

Quel est ce type ? quelle est cette description ? Sa connaissance nous est nécessaire pour qu'on puisse comprendre la discussion sur les rapports du mycosis et du sarcome.

L'affection ne débute pas d'emblée par des tumeurs;

(1) France médicale, T. II, 1885.

(2) Revue des sciences médicales, 1885.



la période des tumeurs est précédée de deux autres périodes.

La première est la période eczématiforme : des taches rouges qui ne s'effacent pas toujours par la pression, à contours irréguliers, discrètes ou confluentes, saillantes ou non, existent sur divers points du corps. Ces plaques parfois très prurigineuses sont le siège de lésions de grattage très accusées ; enfin souvent à leur surface, on constate une desquamation furfuracée parfois lamelleuse. Ces lésions se déplacent et occupent successivement diverses régions, elles sont mobiles, elles se compliquent fréquemment d'impétigo et d'ecthyma.

La seconde période est la période lichénoïde : la lésion est alors plus profonde, la peau est le siège d'infiltrations dures, limitées, présentant tantôt une coloration normale, tantôt une teinte comparable à celle du minium. Ces infiltrations, sorte d'œdème dur, sont fugaces et se déplacent facilement. Elles sont souvent irrégulières, mamelonnées.

Vient enfin la 3<sup>e</sup> période qui est celle des tumeurs. Ces dernières germent, tantôt sur la peau saine, tantôt sur une des plaques lichénoïdes de la 2<sup>e</sup> période, qui au lieu de se résorber a végété de plus en plus. Ces excroissances sont d'un volume très variable, souvent très considérable, isolées ou agglomérées, plus ou moins nombreuses, elles ont une couleur rouge très foncé et ressemblent à des morilles ou à des tomates. D'une consistance ferme à l'origine, elles se ramollissent, donnent lieu à des ulcères blafards, livides, hérissés de végétations fongueuses, souvent cachés par des croûtes.



D'autres fois les tumeurs peuvent s'affaïsser et disparaître spontanément sans laisser de cicatrices, mais de nouvelles apparaissent et le malade succombe dans le marasme et la fièvre hectique.

Tel est le type décrit par Bazin. — Quel est la nature de cette singulière affection ?

En 1862, Bazin créa une diathèse fongoïdique qui avait trois ordres de manifestations : a) le mycosis fongoïde ; b) le fungus acnéique ; c) les tumeurs érectiles.

En 1863, il a une conception de la maladie qui est presque une vue de génie ainsi qu'on s'en apercevra plus loin : il classe le mycosis fongoïde à côté de la lèpre, il en fait une sorte de lèpre indigène (voy. la leçon recueillie par Guérard).

En 1876, quand il écrivit son article du Dictionnaire des sciences médicales, un certain nombre de travaux histologiques avaient surgi qui lui firent malheureusement abandonner sa seconde opinion. Il fit du mycosis une manifestation cutanée de la lymphadénie, de la diathèse lymphogène, adoptant l'opinion émise par son élève le Dr Gillot en 1869, et inspirée par les travaux de Ranvier.

Pendant que ces idées s'établissaient en France, à l'étranger Köbner qui avait recueilli les éléments de son travail à l'hôpital Saint-Louis dans les services de MM. Hardy et Bazin, publia en 1864 le résultat de ses examens histologiques. Il vit dans ces néoplasmes que Hardy appelait lichen hypertrophique, et Bazin, mycosis fongoïde, un tissu très analogue au tissu sarcomateux ; il n'osa cependant faire de ces tumeurs du sarcome vrai et les appela tumeurs papillomateuses fongoïdes



multiples de la peau. Depuis cette époque, la tendance à les faire rentrer dans le sarcome s'accroît de plus en plus à l'étranger ; après Köbner, c'est Geber, qui, en 1879, décrit un cas typique de mycosis sous le nom de néoplasie inflammatoire fongoïde, puis Duhring, et enfin Heitzmann et Kaposi en 1880, déclarent nettement, que les tumeurs de Köbner, de Geber rentrent dans la sarcomatose généralisée.

En France et en Italie, la tradition de Bazin s'est au contraire conservée : Tanturri, de Amicis, Mannino, Gamberini, Landouzy, Debove, Desnos et Barié, Galliard Demange, etc., publient des observations semblables au type décrit par Bazin, sous le titre de mycosis fongoïde.

Mais en 1878, un fait important se produisait : Biesiadcki observa un malade leucémique vrai ; ce malade présentait des tumeurs lymphadéniques de la peau fort différentes du mycosis fongoïde. Parmi ces différences, les principales sont les suivantes :

1° Elles étaient sous-cutanées comme origine et non papillaires comme le mycosis fongoïde.

2° Elles ne furent pas précédées de période eczématoïde et lichénoïde.

Cette observation passa à peu près inaperçue, il en fut de même d'une observation absolument semblable, publiée par Philippart. MM. Vidal et Brocq ont cherché, dans un mémoire, récent à jeter la lumière dans cette question qui allait s'obscurcissant ; ils ont le grand mérite de n'avoir accepté qu'avec des réserves formelles la nature lymphadénique du mycosis fongoïde ; ils admettent deux formes de mycosis :



1° Le type Bazin, où la période des tumeurs est précédée de la période eczématiforme et de la période lichénoïde :

2° Le type à tumeurs mycosiques d'emblée, entrevu par Bazin, mais noyé dans sa description générale.

Peut-être les conclusions du mémoire de MM. Vidal et Brocq eussent été acceptées sans contestations et n'eussent-elles soulevé aucune critique, si, presque en même temps, Auspitz et Rindfleisch n'avaient montré que dans des cas typiques de mycosis fongoïde (c'est-à-dire dans des cas où la période de tumeurs a été précédée par une période eczématiforme et lichénoïde) la maladie était due à la présence dans les téguments et peut-être dans la circulation d'un parasite. Ce parasite serait un micrococcus, ses caractères sont les mêmes pour les deux auteurs allemands qui ont observé à distance, et n'ont pu se communiquer leurs recherches.

Si la réalité de ce dernier fait des plus importants est ultérieurement démontré, si (1) d'autres observateurs arrivent à isoler le microbe de Rindfleisch et d'Auspitz, à le cultiver et surtout à l'inoculer; si on ne le trouve pas dans la variété que MM. Vidal et Brocq ont désignée sous le nom de mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée et dans les autres variétés de sarcomatose cutanée, alors la nature toute particulière du mycosis fongoïde sera surabondamment démontrée et cette affec-

(1) A l'hôpital Saint-Louis, M. E. Vidal, à propos d'un cas de mycosis fongoïde typique de son service et d'un malade de la ville, a fait vérifier les assertions des auteurs allemands. Les préparations faites par la méthode de Gram reproduisent exactement la planche du mémoire d'Auspitz (Comm. orale).



tion devra prendre place dans le cadre nosologique, à côté de la lèpre. C'est ce que Bazin avait dit en 1863, en faisant du mycosis fongoïde une sorte de lèpre indigène.

Quelle conclusion tirer de cette critique historique un peu longue ? Les faits décrits par les auteurs cités au cours de l'exposé qui précède, peuvent être groupés sous trois chefs :

1° Mycosis fongoïde vrai, type Bazin, caractérisé par des tumeurs précédées d'une période eczématiforme et lichénoïde, formées par du tissu lymphoïde et débutant par le corps papillaire, avec absence de leucocythémie vraie (1), engendrées enfin par le microbe d'Auspitz et Rindfleisch.

2° Le mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée de Vidal et Brocq : tumeurs non précédées d'éruption eczémateuse et lichénoïde, formées par du tissu lymphoïde, mélangées à du tissu sarcomateux pur, débutant par le corps papillaire, avec absence de leucocythémie et jusqu'à présent ne paraissant pas engendrées par un microbe spécial.

3° Les tumeurs leucémiques de la peau, type Biesiadcki, Philippart, peut-être de Amicis (2), et enfin Kaposi (lymphodermie pernicieuse), précédées quelquefois d'une période eczématiforme et lichénoïde (cas de

(1) Dans quelques cas on a trouvé des globules blancs en plus grand nombre que normalement, mais ce fait se retrouve dans toutes les affections longues et arrivant à la cachexie, ce n'est pas là de la leucocythémie véritable.

(2) Peut-être le second cas (Tranchino Jenuaro) du mémoire du prof. T. de Amicis sur le mycosis fongoïde (Il Morgagni, 1882) doit-il être rapproché de ces cas, mais il est impossible de se prononcer à cet égard puisque l'observation n'est suivie ni de biopsie ni de nécropsie.



Kaposi), formées par du tissu réticulé, débutant par l'hypoderme, accompagnées de leucocythémie.

Arrivé à ces conclusions, il nous semble possible de résoudre la question des rapports du mycosis et du sarcome.

Un premier point est facile à établir, c'est le suivant : les cas de la troisième catégorie, les cas de tumeurs hypodermiques formées de tissu réticulé, accompagnées d'une leucocythémie manifeste, n'offrent aucune difficulté pour le classement nosologique. Ces tumeurs sont des manifestations de la leucémie, et elles ne doivent nullement entrer dans la sarcomatose généralisée primitive de la peau. Pour les cas de la première catégorie (mycosis fongoïde vrai, type Bazin) deux caractères permettent de leur assigner une place distincte et bien déterminée. Ces faits sont l'expression d'une maladie microbienne dans laquelle les tumeurs sont précédées par une période eczématiforme et une période lichénoïde.

Restent donc les cas de la deuxième catégorie, c'est-à-dire ceux de mycosis à tumeurs d'emblée de Vidal et Brocq. Nous admettons que ces cas rentrent dans la sarcomatose primitive généralisée de la peau et nous leur donnerions volontiers le nom de sarcomatose généralisée primitive de la peau à forme pseudo-mycosique. Quels sont les caractères de cette forme de sarcome idiopathique?

*Sarcomatose généralisée primitive de la peau à forme pseudo-mycosique.* Cette affection a une étiologie aussi obscure, aussi inconnue que les autres formes



de sarcomatose généralisée elle se montre chez des individus de 40 à 60 ans, ne présentant aucun antécédent spécifique ; elle débute, sans cause appréciable, par une ou deux petites tumeurs indolentes auxquelles les malades ne font pas grande attention et ce n'est que quand le nombre des tumeurs augmente au bout de quelques semaines ou de quelques mois, ou bien lorsque les premières apparues s'ulcèrent que le malade vient trouver le médecin.

On constate alors disséminées sur le corps, mais surtout au cuir chevelu, à la face ou sur le tronc des tumeurs plus ou moins nombreuses ; sur les membres l'éruption est toujours discrète ; quant au chiffre des tumeurs il n'est qu'incomplètement signalé dans les observations.

Ces tumeurs ont un volume variant d'un pois à une noisette, mais elles peuvent acquérir de grandes dimensions : un œuf de pigeon, un petit œuf de poule, le volume du poing. Quand les dimensions sont si considérables, les productions morbides sont formées par l'agglomération de tumeurs plus petites et avant qu'elles ne soient juxtaposées pour former une pareille masse, elles sont séparées par des sillons plus ou moins profonds. Leur coloration est d'un rouge vineux ; à leur surface la peau présente des suffusions sanguines (Debove). Lorsqu'elles occupent une région pileuse, les poils tombent à leur niveau. Elles sont assez dures, élastiques, indolentes, les plus anciennes sont molles et ulcérées.

Il se produit, en effet, spontanément en un point quelconque de leur surface une ulcération qui s'agrandit peu



à peu et arrive à former un orifice circulaire d'un centimètre et demi de diamètre, qui conduit dans une cavité de la grosseur d'une noix. Dans le cas d'Engelstedt, les productions débutaient par de petites saillies dures rouges, sur lesquelles se montrait une vésicule à contenu séro-sanguinolent, puis cette vésicule se rompait laissant à sa place une petite perte de substance. L'ulcération paraît se faire par un processus d'escarrification assez superficiel des parties les plus saillantes de la tumeur ; elle siège au sommet de la néoplasie, ses bords sont anfractueux, décollés, le fond est sanieux, il en sort une matière puriforme, blanchâtre, elle se vide peu à peu, la coque s'affaisse et tombe en putrilage comme celle d'un kyste sébacé en suppuration (Vidal).

Cette ulcération peut se cicatriser spontanément, la réparation paraît marcher assez vite, mais la surface peut s'ulcérer de nouveau. Dans quelques cas ce processus se produit plusieurs fois et les escarres en se détachant laissent béants les canaux veineux par lesquels se font de petites hémorrhagies.

Pendant cette évolution des néoplasmes ulcérés, les mêmes phénomènes de régression peuvent se produire pour les tumeurs qui n'ont pas suppuré, elles diminuent de volume, disparaissent complètement ; on ne retrouve aux endroits où elles étaient que de petits tubercules : la face qui dans certains cas a un aspect léontiasique, peut revenir à l'état normal (Debove).

Mais pendant que se produit cette disparition des tumeurs d'autres apparaissent en plus ou moins grand nombre, on constate quelquefois aux points où elles vont se montrer



une vascularisation exagérée du derme, arrivant même à la congestion hémorrhagipare, puis la tumeur se développe. Cette particularité n'est notée que dans une observation de MM. Vidal et Brocq.

L'état général, après avoir été mauvais, peut s'améliorer pendant les phases de rétrocession des tumeurs et de cicatrisation des ulcérations, puis il finit par s'altérer profondément, le malade tombe dans la cachexie et meurt.

Le plus souvent, il n'y a pas de leucocythémie, mais il semble que les globules blancs sont plus nombreux dans le sang extrait des tumeurs. Il n'y a ni hypertrophie de la rate, ni hypertrophie ganglionnaire. Dans le cas de M. Debove, l'hypertrophie des ganglions inguinaux et épitrochléens, du foie, avait diminué et même disparu pendant la phase d'affaissement des tumeurs.

La durée de la maladie paraît courte, la mort arrivant le plus souvent de six à dix-huit mois. Dans le cas d'Engelstedt la terminaison de la maladie n'est pas signalée.

Quant à l'étude anatomique des tumeurs, on constate à la coupe un aspect lardacé, blanchâtre avec quelques points rosés ; elles sont ramollies par places. Le derme est la région que l'altération atteint principalement au début. Il y a prolifération dans le corps papillaire d'éléments ronds, quelques-uns sont ovales ; ces cellules ressemblent aux globules blancs du sang, elles sont contenues dans les mailles d'un réticulum.

En somme au point de vue clinique, nous voyons que l'affection est caractérisée par des lésions circonscrites,



ne formant parfois qu'une ou plusieurs tumeurs bien limitées, jamais généralisées, offrant un caractère de fixité d'autant plus grand qu'elles sont moins nombreuses.

Ces lésions ne sont jamais précédées de période eczématiforme, de période lichénoïde; leur origine est superficielle, elles naissent dans le corps papillaire et s'ulcèrent; leur marche est rapide. Histologiquement elles sont caractérisées par des amas de cellules rondes séparées par un réticulum très fin.

Cliniquement, la grande différence entre la sarcomatose généralisée idiopathique vraie et cette forme de tumeurs mycosiques d'emblée, réside dans l'ulcération.

Histologiquement c'est comme le mycosis type de Bazin, du lympho-sarcome, du sarcome lymphadénique au sens que Rindfleisch attache à ce mot. Mais le réticulum, si net qu'il soit, semble à l'heure actuelle avoir beaucoup perdu de sa valeur; on ne saurait guère en faire la caractéristique d'un néoplasme. D'ailleurs ce réticulum paraît être fort peu développé, si bien que MM. Vidal et Brocq avouent qu'un histologiste non prévenu prendra cette tumeur fatalement pour du sarcome; et M. Hallopeau rappelle dans sa revue sur le mycosis, que Bazin tout en cédant à l'entraînement général avait aussi émis des doutes sur la valeur de ce tissu réticulé. Aujourd'hui sa présence ne suffit plus pour faire classer une tumeur parmi les lymphadénomes. D'ailleurs il n'y a pas de leucémie, de tuméfaction ganglionnaire, la rate n'est pas hypertrophiée, les tumeurs de la peau et des ganglions peuvent disparaître; tandis que d'après



Ranvier, la marche des lymphadénies ganglionnaires est toujours progressive. Aussi on ne peut considérer ces tumeurs comme des néoplasies ganglionnaires par cela seul qu'on a pu y découvrir l'existence d'un réticulum ; c'est attacher à une donnée histologique une importance qu'elle n'a pas et en fausser la signification. « Quelle que soit l'importance des modifications que les tissus subissent dans leur structure, elles ne peuvent à elles seules servir à déterminer la nature de la maladie » (Cornil, Soc. des hôp., 1881).

. . . . .

D'après tout ce qui précède, on voit que notre étude d'ensemble du sarcome primitif généralisé de la peau peut être ainsi résumée :

1° Sarcome généralisé idiopathique pigmentaire (type Kaposi).

2° Sarcome généralisé primitif hypodermique simple.

3° Sarcome à tumeurs mycosiques d'emblée ou lympho-sarcome.

4° Enfin, entre chacun de ces grands types, des types hybrides, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, qui établissent ainsi la parenté des trois grands groupes que nous avons décrits.

En terminant ce chapitre du mycosis et du sarcome, une remarque doit être faite : les faits et les travaux dont je me suis servi pour ce chapitre sont peu nombreux, en voici la raison. Souvent les observations sont incomplètes : 1° comme début de la maladie; 2° comme caractères des tumeurs (ainsi le siège anatomique n'est pas précisé, l'ulcération est plus ou moins signalée, etc.);



3° au point de vue de l'examen du sang, de l'état des viscères, des ganglions ; 4° au point de vue de la recherche des parasites ; 5° au point de vue des examens histologiques souvent peu détaillés, peu précis. Par suite, bien des observations ont dû être laissées de côté, l'insuffisance d'informations ne permettant pas de les interpréter. Ainsi où placer le cas de Wigglesworth publié et cité partout comme du sarcome multiple de la peau à cellules rondes ?

Le début paraît s'être fait par une éruption qui ressemblait à de l'urticaire, les tumeurs sont nées aux dépens du corps papillaire, elles étaient constituées par des cellules rondes enveloppées dans un stroma plus ou moins réticulé et elles étaient extrêmement vasculaires et colorées par le pigment sanguin. Il eût été fort intéressant de savoir s'il y a eu des tumeurs ayant la forme du mycosis, si ces tumeurs se sont ulcérées ; or en fait de description de tumeurs il n'est question que de nodules, et en fait d'ulcérations, l'auteur n'en signale qu'une.

Les observations analogues à celles de Wigglesworth et de de Amicis (voir plus haut), par le défaut de certains renseignements, ne manquent pas. Il en est d'autres qui sont bien prises et complètes mais qui portent des titres variés et qui peuvent induire en erreur.

---



## CHAPITRE III

### SARCOMES NON MÉLANIQUES GÉNÉRALISÉS SECONDAIRES

#### *Sarcomatose cutanée secondaire.*

Jusqu'ici j'ai décrit des sarcomes idiopathiques à éclosion simultanée en plusieurs points de la peau. Cette description a été faite longuement tant au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomique, c'est qu'en effet mon objectif principal était la sarcomatose primitive multiple de la peau qui est de beaucoup la plus intéressante pour le dermatologiste.

J'ai maintenant à dire quelques mots des sarcomes primitifs localisés et de la sarcomatose cutanée secondaire. A mon sens l'étude de ces derniers faits, comporte la division suivante :

1° Sarcome localisé primitif de la peau. — Possibilité d'une sarcomatose cutanée secondaire à ce néoplasme initial ;

2° Sarcomatose cutanée consécutive à une tumeur viscérale.

#### *1° Sarcome cutané primitif localisé. — Possibilité de l'infection cutanée secondaire.*

Le sarcome localisé primitif de la peau, est-il une affection fréquente ? On pourrait penser le contraire, si



on en jugeait d'après la rareté des observations publiées, mais quand je me reporte au nombre de malades que j'ai vu se succéder dans les salles de chirurgie, je crois que cette variété de néoplasmes est peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose. La rareté des observations prises et publiées s'explique d'ailleurs assez bien : de toutes les formes de sarcome cutané, celle-ci paraît être la plus bénigne, la plus susceptible d'intervention chirurgicale fructueuse ; et bien des malades n'ont pas dû être suivis.

Le sexe féminin paraît être plus fréquemment atteint par le sarcome localisé ; sur sept cas que j'ai pu réunir, six fois ce sont des femmes qui ont été frappées ; quant à l'âge des malades rien n'est plus variable, tout a été observé : depuis le *nævus* qui devient sarcomateux dans la jeunesse, jusqu'au sarcome qui se développe spontanément sur un vieillard.

Le sarcome cutané localisé peut naître sur un *nævus* irrité, excorié par des actions mécaniques, ainsi que le prouvent les cas de Köbner et de Heurtaux ; nous retrouvons ici cette particularité que le sarcome mélanique étudié plus loin nous montrera à un degré bien plus élevé encore, à savoir la possibilité de la transformation sarcomateuse d'un *nævus*. Je dois signaler aussi que dans le cas que j'ai observé chez M. Hallopeau (obs. XLI) le sarcome s'était développé sur un point longtemps atteint d'eczéma.

Le siège du sarcome localisé primitif de la peau est variable ; cependant il semble avoir une certaine prédilection pour les extrémités. Ainsi dans nos 7 cas nous le trouvons une fois sur la face dorsale du pied, une



fois sur l'index, une fois à la face interne du cou-de-pied, enfin une fois sur la face dorsale du poignet. Dans les autres cas on l'a vu à la fesse, au pli de l'aîne, à la paupière (1), sur l'épaule, etc.

Bien que les observations ne soient pas à cet égard très concluantes, c'est dans le derme et l'hypoderme que paraît naître le sarcome. Une fois développé il présente les caractères suivants : c'est une tumeur d'un volume variable, mais ne dépassant jamais celui d'une orange, à consistance dure, d'aspect rugueux et sur laquelle l'épiderme est ordinairement normal, quelquefois exulcéré. La coloration de cette tumeur est en général celle de la peau normale, dans quelques cas il survient une coloration rouge qui semble provenir des irritations mécaniques ou chimiques faites ou non dans un but thérapeutique.

L'anatomie pathologique des sarcomes localisés de la peau a été faite par Köbner, par Gross, par Shepherd, Heurtaux, Marfan (obs. XXXI). A la coupe ces tumeurs sont dures, d'aspect granuleux, d'une teinte brillante, blanchâtre, quelquefois jaune rosée (Gross) ; dans le cas de Heurtaux la coupe laissait écouler un suc lactescent très abondant ; dans celui de Köbner la tumeur présentait deux segments séparés par une cloison de 3 millimètres, le segment le plus grand avait une coloration brunâtre, le plus petit une coloration blanchâtre.

Les éléments fondamentaux qui constituent ces tumeurs sont variables ; dans les cas de Köbner et de Gross

(1) Moulage au Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1054.



c'étaient des cellules fusiformes, dans les cas de Shepherd et de Hallopeau c'étaient des cellules rondes, dans celui de Heurtaux il y avait quelques cellules géantes avec un réticulum fibrillaire. Sauf dans l'observation de Köbner, on ne constate jamais ni état télangiectasique, ni présence de pigment sanguin. Dans cette dernière observation, ces deux caractères se retrouvaient comme dans la structure des sarcomes du type Kaposi. Jamais on n'a observé le pigment mélanique qui caractérise et individualise une espèce de sarcome tellement spéciale que nous la décrivons dans un chapitre à part sous le nom du sarcome mélanique primitif de la peau.

Quelle est l'évolution du sarcome cutané que nous venons de décrire rapidement en tant que localisé ? C'est un fait très remarquable qu'à moins d'intervention incomplète, il reste longtemps isolé. A cet égard Köbner a montré combien cette espèce était spéciale, ainsi dans son observation, le *nævus* originel est écorché, irrité, excorié à chaque instant jusqu'à l'âge de 20 ans, il ne réagit pas, il reste indifférent ; à cet âge la tumeur se développe et elle repullule longtemps sur place sans se généraliser. Ce n'est qu'à l'âge de 23 ans que les ganglions lymphatiques commencent à s'hypertrophier.

Ce caractère de bénignité relative bien établie, nous allons voir que l'évolution a été assez variable, mais que souvent les accidents graves ont été la suite d'un acte opératoire incomplet ou maladroit. A cet égard le cas rapporté par Ovion est typique. Une femme de 77 ans a un sarcome du dos du pied stationnaire depuis des années, un jour on lui applique en ville de la pâte caus-



tique; il s'ensuit une hémorrhagie que l'on arrête à l'hôpital avec de la charpie trempée dans du perchlorure de fer. Cette application provoque une thrombose et la malade meurt d'embolie pulmonaire.

Dans plusieurs cas le phénomène qui a indiqué que la généralisation était imminente est l'altération des vaisseaux et des ganglions lymphatiques en rapport avec la tumeur. Mais on est en droit de se demander si cette altération des lymphatiques est une dégénérescence sarcomateuse, car dans le cas de Shepherd, l'amputation de la cuisse amena la diminution rapide de ces ganglions. Peut-être n'y a-t-il là qu'un phénomène d'irritation banale, cependant le cas de Heurtaux semblerait prouver le contraire. Un autre phénomène qui est souvent précurseur de la généralisation, c'est l'ulcération du néoplasme qui sécrète alors un liquide sanieux et fétide et peut devenir très douloureux.

Lorsque la généralisation a lieu, elle peut frapper les viscères et la peau.

C'est par la dégénérescence sarcomateuse des viscères que meurent en général les malades; dans deux cas le foie fut envahi et l'on y trouva des noyaux sarcomateux; pendant la vie, de l'ictère fut constaté et il y eut du délire dans les derniers jours. Cette dégénérescence peut d'ailleurs frapper d'autres viscères plus ou moins éloignés de la tumeur initiale. Dans ces cas est-ce par le système lymphatique sous-cutané que se fait la généralisation? Cette idée est sujette à discussion, et les faits invoqués ne me paraissent pas prévaloir contre la doctrine actuelle énoncée par Cornil et Ranvier que cette dégénérescence



viscérale est sous l'influence de la circulation sanguine et non de la circulation lymphatique.

Enfin, on peut observer de la sarcomatose secondaire de la peau, et c'est là un point que je tiens à mettre en lumière. Cependant ce dernier fait est loin d'être la règle, il n'est noté que dans deux observations : dans le cas de Shepherd, il s'était fait non loin de la tumeur primitive de petits dépôts nodulaires dans le derme, ces dépôts ne s'étendaient pas très loin du sarcome primitif ; dans le cas de Köbner, la sarcomatose cutanée secondaire fut plus franche et plus nette. Cet auteur observa des dépôts sarcomateux consécutifs dans l'hypoderme des régions sus-claviculaires, sus-épineuses, sternale, lombaire, les dépôts secondaires paraissent avoir reproduit les caractères de la tumeur primitive.

Le pronostic de la forme que je viens d'étudier est moins grave que celui des autres formes en ce sens que les observations tendent à prouver qu'une intervention chirurgicale radicale peut amener la guérison parfaite de la maladie ; le gonflement des ganglions lymphatiques n'est même pas une contre-indication (cas de Shepherd). Mais il faut éviter toutes les interventions incomplètes telles que applications de caustiques, destructions partielles et superficielles, la seule conduite qui soit imposée par l'examen des faits est une ablation radicale dépassant de beaucoup les limites du mal (amputation d'un doigt (Köbner), du membre (Shepherd)).

En résumé, l'évolution du sarcome primitif localisé de la peau, est la suivante :

1° Le sarcome primitif localisé peut végéter long-



temps sur place sans se généraliser, il peut même guérir totalement par une ablation complète.

2° Il peut se généraliser. Cette généralisation est précédée d'altération du système lymphatique, sans qu'il soit prouvé que ce dernier en soit le conducteur. Cette généralisation se fait aux viscères et surtout au foie, quelques fois à la peau, c'est alors la sarcomatose cutanée secondaire.

## II. *Tumeur primitive viscérale ou ganglionnaire.* *Sarcomatose cutanée secondaire.*

Au lieu de se développer sur un nœvus, sur une verrue ou sur la peau saine, le sarcome localisé primitif qui sera suivi plus tard d'une généralisation à toute l'économie, dans les téguments, dans les viscères, dans les ganglions, peut siéger d'emblée soit dans un viscère quelconque, soit dans les ganglions. Le sarcome cutané est alors dans ce cas secondaire. Cette forme particulière a été bien étudiée par Köbner.

Elle ne paraît pas être très fréquente, mais il est certain que des cas ont été décrits sous le nom de carcinome cutané à une époque où la caractéristique du sarcome n'avait pas encore été nettement établie.

Quoi qu'il en soit, c'est en nous appuyant sur cinq cas que nous avons pu écrire ce chapitre ; je ne me suis pas servi du cas de Huguenin (1) rapporté par les auteurs ; le peu de détails qui accompagnent cette observation ne permettant ni de la classer, ni de la discuter.

(1) Huguenin. *Arch. der Heilkunde*, 1874.



Voici le siège primitif du sarcome dans nos cinq observations : dans les testicules (Köbner), dans la loge cellulo-adipeuse du rein (Millard) sur le bord de l'anüs, à la partie inférieure du rectum (Körte) dans la parotide (L. Holden et Butlin), une seule fois la tumeur avait pris naissance dans les ganglions axillaires (Weber). Au point de vue histologique dans trois cas (Köbner, Millard et Webber), le sarcome était fuso-cellulaire, il était à cellules rondes dans la tumeur parotidienne de Butlin, enfin la variété n'est pas indiquée dans l'observation de Körte : la tumeur à l'examen présentait tous les caractères d'un sarcome.

La généralisation cutanée et viscérale se produit dans deux conditions différentes : spontanément, ou à la suite d'extirpation répétée ou non de la tumeur primitive.

Cette dernière distinction montre que le début est un peu différent suivant les cas.

Dans l'observation de Köbner l'affection commença d'une façon insidieuse, ce furent les tumeurs de la peau et des troubles digestifs qui attirèrent l'attention du malade ; six mois après, on constata de l'exophtalmie. La multiplication des nodosités de la peau fournit le trait d'union entre la brusque apparition de l'exophtalmie et une tumeur ganglionnaire qui existait dans l'aïne.

L'histoire clinique fut ainsi reconstituée par Köbner, à l'aide des commémoratifs et plus tard par l'examen histologique des diverses tumeurs. Par les commémoratifs, il parut démontré que les ganglions de l'aïne avaient été le premier point altéré, qu'après avaient



apparu les troubles digestifs et les nodosités cutanées, enfin les derniers phénomènes avaient été la double exophtalmie et les douleurs frontales.

Après la mort, quoique l'autopsie ne put être faite, l'ablation et l'examen des tumeurs, montrèrent que les testicules étaient sarcomateux depuis longtemps, ce qui permit à Köbner de croire que le premier sarcome était en réalité testiculaire.

Dans l'observation de Millard, les tumeurs sous-cutanées apparurent dix-huit mois après la constatation d'une tumeur dure, volumineuse siégeant dans le côté droit de l'abdomen, que l'on considéra comme une tumeur du foie; l'autopsie montra que la tumeur siégeait dans la loge cellulo-adipeuse du rein droit.

Dans le cas de Körte, une tumeur de la région anale considérée comme hémorroïdaire fut enlevée par l'écraseur; la plaie se cicatrisa et au bout d'un temps non rapporté dans l'observation apparurent d'abord une tuméfaction ganglionnaire dans l'aisselle et quelques mois après des tumeurs dans le sein gauche et sur toute la surface du corps.

Dans le fait cité par Butlin et L. Holden, la tumeur primitive siégeait dans la parotide gauche, elle fut enlevée et examinée par Butlin qui constata sa nature: (sarcome à cellules rondes); quatre mois après cette opération, deux petites tumeurs apparurent sur le front, leur ablation fut faite, leur examen montra qu'elles avaient la même structure que la première, un an après cette deuxième opération les tumeurs se développèrent dans les testicules et enfin, apparurent sur le corps



quelques tumeurs disséminées, qui après l'ablation de deux d'entre elles se multiplièrent. Ces productions cutanées se montrèrent deux ans après la constatation de la tumeur parotidienne primitive.

Dans le cas de Webber, la tumeur des ganglions axillaires fut opérée une première fois, récidiva, fut enlevée une seconde fois deux ans après, et 6 ans après cette dernière extirpation se montrèrent de nombreuses nodosités sur le corps.

D'après cette analyse des observations, on voit que le début des tumeurs cutanées paraît se faire de ix-huit mois à deux ans après l'apparition de la tumeur primitive.

L'âge de ces cinq malades varie de 40 à 45 ans, sauf le cas de Butlin, qui se rapporte à un enfant de 10 ans.

Dès que la néoplasie a envahi les téguments, elle y forme des tumeurs en nombre très variable; peu nombreuses au début, la pullulation continue à se faire et on finit par en compter de 40 à 86 et 100 et même davantage.

Elles siègent principalement sur le tronc, il y en a pas ou peu sur le cuir chevelu, la face et les membres, en ces points l'éruption est discrète ou manque totalement — dans le cas de Körte, il y en avait sur les grandes lèvres.

Comme volume, elles varient de la grosseur d'un grain de chènevis à celui d'un pois, d'un œuf de pigeon, et même elles peuvent avoir 2 pouces de circonférence (Butlin). Les petites sont plates, lenticulaires ou orbiculaires, les plus volumineuses sphéroïdales, toutes ont



des bords arrondis (Millard); elles sont dures ou plutôt fermes rappelant la consistance des fibromes, celle-ci est uniforme, on n'observe nulle part de points plus mous (Millard).

Leur indolence est absolue. A leur niveau la peau est normale pour les petites, pour les plus grosses elle est rosée, rouge; elle est mobile, le plus souvent sur elles (Butlin).

Comme siège anatomique, elles sont situées les unes dans l'épaisseur de la peau, en se prolongeant en partie dans l'hypoderme, les autres plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans le premier cas, elles ne sont pas mobiles, mais quand elles sont sous la peau, celle-ci est libre en général d'adhérences et glisse facilement sur elles, elles sont elles-mêmes mobiles sur les parties sous-jacentes.

Au point de vue de leur structure, elles sont semblables à la tumeur primitive, pourtant Butlin (obs. XXXVII), a constaté dans l'examen des dernières tumeurs apparues une plus grande quantité de tissu réti-forme que dans la tumeur parotidienne et dans les deux premiers nodules qui s'étaient montrés sur le front.

La coupe donnait plutôt l'idée d'un lympho-sarcome que d'un sarcome à cellules rondes constaté dans les tumeurs du début.

Dans les trois cas où le sarcome était fuso-cellulaire (Millard, Köbner, Webber), on trouva le corps papillaire et le derme infiltrés de cellules conjonctives augmentées de volume; dans quelques nodosités, l'augmentation et l'accroissement des cellules fusiformes s'étendait jusque



dans le tissu cellulo-adipeux, la prolifération cellulaire se présentait sous l'aspect d'amas cellulaires (Köbner).

Le système ganglionnaire paraît avoir été sain dans les observations de Webber et de Millard, il est dit très nettement dans cette dernière observation qu'il n'y avait même pas de retentissement sur les ganglions des régions où se développaient les tumeurs. Dans les cas de Köbner, Körte, Butlin, il y avait des tuméfactions ganglionnaires indolentes soit dans les aisselles, soit dans les aines.

Dans aucun cas on n'a trouvé de leucocythémie.

L'évolution des tumeurs cutanées est en rapport avec la marche de la maladie : ou bien elles restent stationnaires, ou leur pullulation n'est pas arrêtée et à chaque nouvel examen on en découvre de nouvelles, ou bien enfin les plus anciennes diminuent de volume pendant que de nouvelles apparaissent. Quelquefois en même temps que la maladie s'aggrave, il se fait une poussée douloureuse du côté de toutes les tumeurs. Mais rarement elles s'ulcèrent; cette complication n'a été signalée qu'une fois (Butlin), et n'est survenue que pour deux tumeurs apparues en dernier lieu, au moment où la cachexie était déjà avancée. Un symptôme que l'on retrouve au contraire mentionné dans les observations et qui montre bien la malignité de ces productions morbides c'est la récurrence des tumeurs enlevées soit dans un but thérapeutique soit pour éclairer le diagnostic (Millard, Butlin, etc.). La terminaison fatale survient non par le fait de la présence des tumeurs cutanées, mais à la suite de la généralisation viscérale des tumeurs. Pen-



dant la vie, d'après les phénomènes observés on peut prévoir dans quels organes ces productions seront trouvées à l'autopsie. C'est ainsi que dans le cas de Köbner il y avait de l'exophtalmie et l'on trouva dans les deux orbites au-dessus et au-dessous des globes oculaires deux tumeurs situées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, la cornée gauche était perforée, des lésions crâniennes déterminaient des douleurs frontales térébrantes, lancinantes; les tumeurs développées dans l'estomac produisaient des troubles de la digestion, enfin, dans les testicules existaient des tumeurs plus ou moins nombreuses, dans les albuginées, plus considérables au niveau de l'épididyme. Le malade mourut avec des phénomènes d'œdème cérébral.

La malade de Millard présenta des troubles pulmonaires, digestifs, de la diarrhée, de l'ascite, et mourut dans la cachexie. A l'autopsie on trouva les poumons hérissés, farcis de noyaux sarcomateux, les plus superficiels pédiculés, les autres sessiles; dans la veine cave inférieure, de gros bourgeons sarcomateux.

Dans le cas de Körte, la cachexie survint à la suite d'une fistule recto-vaginale et l'autopsie fit découvrir des tumeurs sarcomateuses non seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les ganglions lymphatiques, mais aussi dans le foie, les reins, le pancréas et les ganglions mésentériques. Le point où les lésions étaient le plus avancées, était le rectum à quatre doigts au-dessus de l'anus où un abcès s'était formé et avait en s'ouvrant établi une communication entre le rectum et le vagin.

Dans l'observation de Webber, le malade succomba



après avoir souffert de violents accès de toux, d'anxiété respiratoire et d'orthopnée ; l'autopsie fit constater des adhérences pleurales, et au sommet de la cavité pleurale gauche le long de la colonne vertébrale une masse néoplasique considérable. Le foie, les poumons, le pancréas, les reins et la substance du cœur étaient criblés de petites nodosités, on retrouvait le même état sur la face inférieure de la dure-mère. Enfin dans le cas de L. Holden et Butlin (obs. XXXVII), il n'y avait pas de tumeur viscérale mais une chaîne de ganglions engorgés le long de la paroi pelvienne de chaque côté du sacrum ; les parois du rectum et les testicules étaient envahis par la néoplasie.

La durée de la sarcomatose viscérale et cutanée varie entre six mois et deux ans après la constatation des tumeurs cutanées.

Quant au mode de généralisation de la maladie de l'organe primitivement atteint à la surface cutanée, il est admis, ainsi que nous l'avons dit, que la propagation ne se fait pas par le système lymphatique mais bien par le système sanguin.

---



## CHAPITRE IV

### SARCOMES MÉLANIQUES PRIMITIFS DE LA PEAU

Laennec employa le premier le mot de mélanose, il voulait désigner par là la propriété particulière qu'ont certaines maladies de former dans l'intimité des tissus des dépôts noirâtres. Il exceptait toutefois le pigment pulmonaire qui ne rentrait pas dans les mélanoses.

Ainsi que le dit M. Heurtaux dans l'article Mélanose du dictionnaire Jaccoud, il fallut les investigations microscopiques pour bien séparer de la mélanose vraie, certaines colorations noirâtres qui ne sont que des fausses mélanoses. Ainsi aujourd'hui, on a classé parmi celles-ci, avec l'anthracosis, la pigmentation qui est le résultat de modifications survenues dans la matière colorante du sang épanché ou infiltré. Nous insistons avec intention sur cette pseudo-mélanose qu'on pourrait appeler hémattique, car en ce qui touche le sarcome, il est encore des auteurs, des micrographes même, qui ont décrit sous le nom de mélano-sarcomes, des sarcomes de la peau avec kystes hémattiques. Ainsi comme nous l'avons déjà fait remarquer le professeur T. de Amicis a donné à tort dans son mémoire le nom de mélano-sarcomes à des sarcomes télangiectasiques, ou cutanés érectiles, appartenant au type Kaposi.

La vraie mélanose est caractérisée par la production



anomale quant à la quantité et quant au siège de la matière pigmentaire ou mélanine. La mélanine est une substance qui se présente généralement sous forme de petits grains arrondis dont la couleur peut varier du jaune fauve assez pâle au brun très foncé. Elle se trouve à l'état physiologique dans l'iris, la choroïde, les cellules du corps muqueux de Malpighi, ou mieux d'après les récentes recherches dans la couche basale du corps de Malpighi (Remy) (1), dans les cellules conjonctives de la pie-mère. A l'état pathologique, la mélanine présente quelques modifications ; les granulations sont quelquefois angulaires, libres ou agglutinées, ordinairement animées de mouvements browniens ; elles sont contenues dans les éléments cellulaires du tissu morbide, si on en trouve quelques-unes libres, c'est qu'il y a destruction des éléments cellulaires qui les contenaient.

Ces notions générales rappelées, disons dans quelles circonstances morbides on observe la mélanose vraie.

Nous ne ferons que signaler ce qu'on a désigné sous le nom de mélanome simple bénin. Ce sont des accumulations de pigment dans les tissus qui en renferment normalement. Quelquefois cependant sans qu'il y ait production d'un tissu nouveau, on voit le pigment mélanique s'accumuler dans diverses régions de l'économie et l'infecter ; on a alors le mélanome simple infectieux.

Mais dans d'autre cas, il y a production d'un tissu néoplasique, qui s'infiltré de pigment en raison peut-

(1) Structure de l'épiderme. Traité des maladies de la peau, par Hillairet et Gaucher.



être de son siège originel ; les tumeurs qui peuvent s'infiltrer ainsi de pigment mélanique sont le sarcome et le carcinome, exceptionnellement le cancroïde et le fibrome. Ces tumeurs s'infiltreront de pigment surtout quand la première production néoplasique aura son siège dans une région normalement mélanique (peau choroïde).

L'exposé qui précède était nécessaire pour bien définir ce qu'on doit entendre par sarcome mélanique. C'est cette production morbide limitée à la peau que nous allons maintenant décrire en nous appuyant sur les seize observations que nous avons pu recueillir.

**Étiologie.** — Les antécédents héréditaires des malades atteints de mélano-sarcome primitif de la peau n'apprennent que fort peu de choses ; dans un cas seulement, celui de Nepveu, il est noté que la mère et la tante du malade étaient mortes à la suite d'affections cancéreuses.

En fait d'antécédents personnels, même pénurie de renseignements, certains auteurs seulement, le prof. Duplay, Busch, Bulkley, Taylor et Rotacker rapportent que leurs malades étaient vigoureux et robustes. Le cas de Taylor se rapporte à une femme qui était de couleur noire.

Parmi les conditions étiologiques, un seul fait nous paraît devoir être mis en lumière, c'est l'origine congénitale de quelques mélano-sarcomes primitifs de la peau, dans cinq cas le fait est noté expressément. Dans le cas de Rey, un éclat d'obus enlève un nævus situé en avant



du tibia à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe droite ; en ce point un sarcome mélanique se développe et plus tard se généralise. Dans le cas de Petel, le malade portait à la joue gauche, une tache congénitale d'une couleur noirâtre ; cette tache fut écorchée, il se développa un sarcome mélanique qui finit par se généraliser. Dans le cas de Nepveu, une tache noire congénitale existait à la cuisse gauche ; pendant le siège de Paris, il se forma à ce niveau un mélano-sarcome qui plus tard se généralisa.

Dans l'observation de Rotacker c'est sur deux nœvi du dos irrités par le frottement et les pressions des bretelles que se développent de petites tumeurs pédiculées, noires, que le malade appelle des kystes sanguins. Enfin dans un cas de Busch, le malade avait un nœvus pigmentaire verruqueux au niveau de la hanche, ce nœvus s'ulcéra à la suite de frottements et il survint un mélano-sarcome. Dans celui de Duret, l'origine est un nœvus congénital de la région dorsale, et dans notre observation personnelle, la tumeur s'est développée sur un nœvus de la face dorsale du pied.

Ces exemples prouvent que si le mélano-sarcome primitif de la peau, n'est pas congénital par lui-même, il a souvent une origine congénitale en ce sens qu'il germe fréquemment sur une anomalie congénitale de la peau. Le rapport du mélano-sarcome avec les nœvi a été du reste nettement signalé par Cazenave, Schilling, David Williams Pamberton.

Pour l'âge et le sexe des malades, nos observations donnent les résultats suivants : âge, minimum 21 ans,



maximum 56 ans, moyen 45 ans. Sexe: 10 hommes, 6 femmes.

*Mode de début.* — Nous ne connaissons aucune observation où on ait noté au début l'apparition simultanée de plusieurs tumeurs; la tumeur au début est toujours unique, la généralisation à la peau ou aux viscères survient plus tard.

Nous venons de voir comment dans certains cas, c'était au niveau d'un nævus que germait le néoplasme, à cet égard il faut noter que les irritations mécaniques ont semblé être la cause occasionnelle du développement néoplasique. Dans les autres cas, le début, a lieu en général par une tache noire de la peau, deux fois cette tache a été sous-unguéale (Duplay, Hallé). Voici ce que l'on observe le plus souvent: cette tache est écorchée, ou traitée intempestivement, dès lors, après écoulement d'un liquide noirâtre, sépia, on la voit grossir, avoir d'abord le volume d'un pois, puis celui d'une noisette, presque jamais elle ne devient plus grosse qu'une noix.

*Siège de la tumeur initiale.* — Le siège des tumeurs initiales est variable suivant les cas: trois fois on les a constatées sur les extrémités des doigts ou des orteils, une fois à l'angle externe de l'œil où elle s'était développée après une contusion, une fois sur la joue, une autre fois sur la partie latérale du cou, deux fois sur la région dorsale, une fois sur le sternum, une autre fois à la hanche, à la cuisse, deux fois sur la jambe, une fois à la région bicipitale du bras, enfin deux fois à la face dorsale du pied.



Le volume de la tumeur initiale d'abord très petit augmente souvent assez rapidement, la tumeur est grosse comme une lentille puis comme une noisette; son volume n'est jamais très considérable, il ne semble pas que le mélano-sarcome ait de la tendance à devenir une tumeur volumineuse; dans nos observations le plus gros volume signalé est celui d'une noix.

Leur forme est en général ovalaire ou sphérique, et cette forme reste en général assez régulière. Le mélano-sarcome de la peau s'implante le plus souvent par une large base, il est sessile, une seule fois la tumeur initiale était pédiculée (Rothacker).

La couleur est l'un des signes les plus caractéristiques du mélano-sarcome de la peau, c'est toujours une coloration très foncée, ayant la teinte de l'encre noire ou de la sépia.

La dureté considérable est encore une des particularités les plus importantes à signaler, ces tumeurs sont en effet toujours dures et paraissant toujours garder la même consistance; ce fait nous servira pour le diagnostic différentiel; souvent la tumeur fait corps avec la peau et ne semble pas dépasser le derme, on peut alors constater la mobilité du néoplasme sur les parties sous-jacentes, d'autres fois au contraire c'est la peau qui roule sur lui quand il est hypodermique et semble fixé aux parties profondes. Enfin il est des cas où la tumeur à la fois dermique et hypodermique a pénétré dans les parties plus profondes.

Les tumeurs initiales que nous venons de décrire, semblent avoir une évolution assez lente, jusqu'au jour



où à la suite d'intervention, d'irritations ou sans cause appréciable (Taylor, Bulkley) la généralisation survient. Cette généralisation semble se faire d'une façon constante et suivant deux modes essentiellement différents qui d'ailleurs peuvent coexister sur le même sujet.

*Généralisation.* — Dans le premier mode 10 fois sur 16, la généralisation se fait par les lymphatiques. En cas de sarcome du membre inférieur, ce sont les ganglions de l'aîne qui se prennent d'abord, ils forment une masse volumineuse, en général beaucoup plus grosse que le mélano-sarcome originel, d'une consistance ligneuse, à forme régulièrement arrondie, à lobes multiples, ces masses ganglionnaires sont adhérentes à la peau et aux parties profondes. Dans le cas de Hallé, le mélano-sarcome avait son origine sous l'ongle du pouce; on observa une tuméfaction ganglionnaire non pas à l'épitrachée, non pas à l'aisselle, mais à la partie moyenne du bras sur le trajet de l'humérale. Néanmoins, en règle générale les mélano-sarcomes du membre supérieur infectent surtout les ganglions de l'aisselle, à ce niveau, la masse peut même devenir énorme, comme une tête d'adulte (un cas de Busch, ob. XLV). Parfois il arrive que les lymphatiques intermédiaires au néoplasme primitif et aux ganglions deviennent le siège de dépôts mélano-sarcomateux. Ainsi dans le cas d'Ozenne (ob. L) où la tumeur initiale siégeait sur le dos du pied, au niveau du trajet des cordons lymphatiques qui accompagnent la saphène interne depuis le pied jusqu'à la racine du membre, on compte une dizaine de petites masses de même consistance et de même forme que la tumeur initiale. Elles sont seule-



ment situées profondément et la peau ne laisse pas voir par transparence de coloration noire.

Des ganglions lymphatiques en relation directe avec le néoplasme, le dépôt mélano-sarcomateux peut passer à des ganglions plus éloignés. Ainsi dans le cas de Jarry (obs. LIII) les ganglions du médiastin étaient tous pris et c'est à cette particularité que l'on doit vraisemblablement rapporter l'oppression extrême qui a amené la mort du malade.

Dans le second mode de généralisation on voit apparaître dans des régions plus ou moins éloignées de la tumeur des dépôts néoplasiques et cette nouvelle éclosion ne paraît en aucune manière être dirigée par la disposition anatomique des lymphatiques.

Etudions d'abord la généralisation à la peau. Dans certains cas, c'est au pourtour de la tumeur originelle qu'apparaissent de nouvelles tumeurs, ayant exactement les mêmes caractères que la première, si ce n'est qu'elles peuvent atteindre un volume plus considérable. Ainsi, dans l'observation de Taylor (obs. XLI) une première tache noire apparaît vers la base du sternum, puis une deuxième au-dessous ; au bout de 5 ans, elles se réunissent, et pendant cet intervalle d'autres tumeurs se montrent sur les avant-bras, l'abdomen, les cuisses, les jambes.

D'autres fois, la généralisation se fait dans des régions éloignées du corps et sans aucune relation appréciable avec la région primitivement atteinte. Ainsi, dans le cas de Rothacker deux tumeurs du dos considérées comme des *nœvi* sont enlevées, la cicatrisation des plaies se fait



rapidement et six à sept mois après, le malade revient pour des tumeurs recouvrant toute la surface du corps, les pieds exceptés. Dans l'observation de D. Bulkley (obs. XL) la première tache noire apparue siège sur le côté externe de l'œil droit, deux ans et demi après se montre la première lésion de la peau en avant du lobule de l'oreille gauche ; un an après, nouvelle tumeur sur la poitrine, puis, après un intervalle de 9 à 10 mois, autre tache noire sur le bras gauche, la tempe gauche, la paupière inférieure gauche et enfin à partir de ce moment développement de tumeurs sur la surface de la peau. Un fait à noter et qui est assez singulier, c'est que dans certains cas, les tumeurs secondaires de la peau affectent une disposition symétrique.

Les tumeurs secondaires des téguments siègent soit dans le derme, soit dans l'hypoderme, soit à la fois dans les deux, et à cet égard elles peuvent ne reproduire nullement le siège de la tumeur primitive.

Le nombre de ces tumeurs secondaires est très variable ; en général, il n'est pas très grand. Pourtant, dans le cas de Jarry (obs. LIII), les mélano-sarcomes semblaient être très confluents à la jambe. Dans l'obs. de Taylor (obs. LXI) l'apparition des tumeurs fut très lente ; mais en l'espace de 10 ans, il y en avait sur les avant-bras, l'abdomen, les cuisses, les jambes, à la paume de la main, à la plante des pieds, sur le cou, à la région scapulaire et après un nouvel intervalle de 10 ans de nouvelles tumeurs se montrèrent aux mêmes endroits.

Dans le cas de D. Bulkley, toute la surface du corps



des pieds à la tête finit par être recouverte de tumeurs ; le nombre en était de 105.

Ce chiffre était plus élevé encore dans l'observation de Rothacker (obs. XLIV), les tumeurs répandues sur tout le corps, s'élevaient au nombre considérable de 561.

Quant au volume et à la forme de ces productions morbides, Taylor dit que la plus grosse, celle qui était située sur le sternum et qui était formée par la réunion des deux apparues les premières, avait la forme d'un huit de chiffre, que les autres avaient les dimensions d'un demi-dollar. Dans l'observ. de Bulkley (obs. XL), elles étaient arrondies ou allongées ou aplaties et avaient au début, les dimensions d'un cinquième à un tiers de pouce, puis d'un pois, d'une noix, enfin la plupart d'un pois à deux pouces de diamètre.

La coloration de toutes ces tumeurs est noire, quelques auteurs donnant plus de détails, disent qu'elles varient du brun verdâtre au bleu très foncé, mais que le plus grand nombre ont la coloration de la peau qui est d'une teinte foncée, rappelant absolument celle que l'on observe dans la maladie d'Addison (D. Bulkley). Bien entendu, cette coloration ne change pas par les pressions du doigt.

Quant à la disposition des tumeurs elles sont isolées et petites, ou arrondies, allongées et formées par la réunion de plusieurs d'entre elles. Leur surface est lisse, dure ; Taylor a remarqué que la tumeur sternale de sa malade présentait quelques touffes de poils, elles sont plus ou moins saillantes au-dessus de la peau, arrondies ou aplaties (D. Bulkley).



Enfin, elles ne sont pas douloureuses soit spontanément, soit à la pression.

La généralisation dans les viscères est très fréquente, mais, ou bien ces dépôts ne sont pas diagnostiqués pendant la vie, ils ne sont découverts qu'à l'autopsie; ou bien les phénomènes qui les révèlent sont intimement liés au mécanisme de la mort, nous ne nous occuperons donc de la généralisation viscérale qu'en étudiant les causes de la mort et l'anatomie pathologique. Ajoutons seulement, que dans un certain nombre de cas, les deux modes de généralisation s'observent simultanément; tantôt alors, ils sont contemporains, tantôt ils se succèdent sans ordre déterminé.

En résumé, sur nos seize observations on a noté: 5 fois la généralisation lymphatique seule; 3 fois la généralisation viscérale seule; 5 fois la généralisation mixte; 3 fois la généralisation cutanée. On voit donc que si pour le sarcome primitif multiple non mélanique, la généralisation par les lymphatiques est l'exception, il n'en est pas de même pour le mélano-sarcome.

L'évolution des tumeurs mélaniques secondaires est marquée par les phénomènes suivants: 1° Pullulation plus ou moins rapide de nouvelles productions; 2° atrophie, disparition de certaines; 3° hémorrhagie et ulcération de quelques-unes.

Dans le cas de Taylor, l'évolution est très lente, les capillaires sont dilatés en grand nombre autour des bords. Dans celui de D. Bulkley (obs. XL), après un début assez lent (2 ans) par quelques tumeurs isolées le développement des néoplasies dans les derniers 9 mois de la



vie du malade devient assez rapide; presque journellement on en découvre de nouvelles; dans le cas de Rothacker la pullulation a été très prompte, elle s'est faite en trois mois. Cette multiplication coïncide avec l'affaiblissement de l'individu. Un des caractères les plus curieux du mélanosarcome de la peau, caractère que nous avons retrouvé dans d'autres variétés, est la possibilité de voir disparaître quelques-unes de ces tumeurs. Ce sont les plus grosses (D. Bulkley, obs. XL) qui paraissent surtout portées à entrer en voie de résorption après avoir atteint leur maximum de développement; elles ont une coloration foncée noire et entrent dans une phase d'atrophie et d'aplatissement. Pendant le travail de régression, la tumeur étant bien aplatie on voit autour d'elle un collier, une sorte d'anneau large d'un quart de pouce, parfois induré, un peu saillant, brun noirâtre, quelquefois une simple bande colorée non saillante. Ainsi donc, c'est le centre des plus anciennes tumeurs qui s'affaisse d'abord. Mais un phénomène plus singulier encore, c'est que les tumeurs peuvent disparaître complètement et ne laisser après elles qu'une tache noirâtre ou livide, dans un cas on a vu des tumeurs ulcérées ne plus laisser aucune trace de leur existence. Cette résorption est-elle définitive? Oui, dans bien des cas, cependant dans l'observation de de Beurmann (obs. XLII) on voit qu'après un affaissement complet, la tumeur peut renaître in situ et dépasser même le volume qu'elle avait primitivement acquis. Ce processus de résorption et de rétrocession s'observe aussi sur les tumeurs nouvellement apparues (D. Bulkley).



De pareils faits sont bien de nature à troubler toutes nos notions sur les néoplasmes : tendance à persister et à s'accroître, tel est le caractère fondamental que l'histologie assigne au néoplasme. Ici, celui-ci peut s'affaïsser et disparaître. Il est juste toutefois de faire remarquer qu'une pareille atrophie des tumeurs ne porte ordinairement que sur quelques dépôts mélanosarcomateux (sauf obs. Bulkley) et qu'il n'empêche nullement la généralisation cutanée, lymphatique ou viscérale.

*Ulcération.* — Dans huit seulement de nos observations, on a observé l'ulcération de quelques-unes des tumeurs. Dans le cas de Hallé (obs. LI) l'ulcération paraît être survenue à la suite d'une intervention intempestive (grattage). Dans celui de Rothacker (obs. XLIV) trois tumeurs des plus considérables s'étaient ulcérées à la suite d'applications inopportunes faites par un charlatan et s'étaient recouvertes de croûtes quand le malade entra à l'hôpital.

Ces ulcérations ont un fond bourgeonnant, inégal, noirâtre, elles sont entourées par un bourrelet cutané induré, elles sécrètent un peu de pus et des masses pigmentées presque solides (D. Bulkley). Cet écoulement de matière particulière est décrit par tous les auteurs; c'est un liquide épais, noirâtre, laissant sur le linge une tache sépia, quelquefois c'est une matière demi-solide que l'on a comparée à la poudre détrempée (de Beurmann), on constate le même écoulement quand on porte l'instrument tranchant sur ces néoplasmes. Ces ulcérations ne paraissent pas donner lieu à de vraies hémorrhagies; au



moment de leur production il s'écoule un peu de sang et c'est tout ; quand on les a malheureusement incisées, il ne paraît pas y avoir eu d'hémorrhagies. Nous n'avons trouvé qu'une exception à cette règle, consignée dans une observation de Busch.

Il est donc possible de prévoir déjà ce que nous apprendra l'anatomie pathologique, à savoir que les mélanosarcomes sont peu vasculaires.

En résumé, on peut affirmer :

1° Que l'ulcération du mélanosarcome de la peau n'est pas la règle et ne survient que dans la moitié des cas ;

2° Que l'ulcération ne frappe en général qu'une ou deux tumeurs, rarement plus ;

3° Que le caractère principal de ces ulcérations est de donner lieu non à des écoulements de sang, mais au suintement d'un liquide particulier, d'une matière spéciale que nous pouvons appeler liquide mélanique.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ce qui précède, nous voyons le mélanosarcome de la peau parcourir une série d'étapes qui sont : d'abord le développement souvent sur un *nævus*, d'un mélanosarcome unique, tumeur initiale ; au bout d'un temps très variable, mais dont la durée paraît être raccourcie par un acte opératoire, cette tumeur initiale est le point de départ d'une généralisation sur la peau, sur le système lymphatique, sur les viscères ; quelques rares tumeurs cutanées deviennent le siège d'ulcérations qui s'accompagnent d'écoulement de liquide mélanique, enfin certaines tumeurs peuvent subir un processus de résorption, d'affais-



sement, d'atrophie et disparaître définitivement ou temporairement.

*Terminaison.* — Que devient l'affection arrivée à ce point? Toutes les observations où le malade a pu être suivi, montrent que la terminaison du mélando-sarcome de la peau est inévitablement la mort. Quelles sont les causes de la mort et au bout de combien de temps survient-elle?

Sur nos seize observations, dix malades ont été suivis, tous les dix sont morts; sur ce nombre, sept fois seulement les auteurs racontent comment est survenue la terminaison fatale.

Dans quatre cas, les malades ont succombé par le fait d'altérations portant sur des organes essentiels à la vie, et dans trois cas par les progrès de la cachexie.

Etudions d'abord les premiers cas. La malade de Rey (obs. LII), est morte d'insuffisance pulmonaire par le fait de la généralisation du sarcome au poumon: on s'aperçut que la malade avait de la fièvre tous les soirs, des quintes de toux sèche et à l'auscultation on constatait de la matité et de l'obscurité respiratoire aux deux bases, la dyspnée survint ensuite et alla en s'accroissant; le foie était volumineux, les parois abdominales œdémateuses; la malade ne mangeait plus, elle avait des douleurs en ceinture, enfin elle mourut dans un accès de suffocation.

Dans le cas de Jarry (obs. LII), la malade succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital, après avoir présenté une oppression considérable; les nodules mélaniques qui farcissaient le poumon ne laissèrent au-



cun doute sur la cause de cette oppression, la malade était morte d'insuffisance pulmonaire.

Dans le cas de Busch, la mort survint à la suite d'accidents cérébraux causés par un sarcome mélanique intra-crânien.

Il en fut de même de la malade d'Ozenne, qui devint aphasique, quelque temps avant sa mort et à l'autopsie de laquelle on découvrit un mélano-sarcome de l'extrémité antérieure du ventricule latéral gauche.

Petel (obs. XLIII), dit que son malade mourut de cachexie et par le fait, on ne trouva rien dans les viscères qui put expliquer la mort.

Le malade de D. Bulkley (obs. XL) perdit rapidement ses forces et son embonpoint, il eut de l'œdème des jambes, de la dépression des forces, de la fièvre, mais ce qui attirait surtout l'attention, c'était la teinte mélanique généralisée des téguments qui était très frappante et rappelait la coloration des téguments badigeonnés de nitrate d'argent ou celle de la maladie d'Addison.

Le foie était volumineux, on ne sentait pas de tumeurs dans le ventre, d'ailleurs l'exploration était difficile, la peau de l'abdomen étant couverte de tumeurs. Les poumons étaient normaux à l'examen physique.

L'urine était d'une couleur brune et devint très foncée, sa densité était de 1020, elle formait un dépôt très abondant, renfermait outre les urates et les oxalates des amas pigmentaires amorphes; quelques-uns paraissaient contenus dans des cellules épithéliales provenant des reins, quelques-uns ressemblaient aux cellules pigmentaires de Roberts.



La quantité d'urine rendue qui était assez grande, diminua peu à peu. La fin de la maladie fut marquée par du délire, de la diarrhée, les selles liquides étaient d'une coloration vert foncé. A l'autopsie on trouva la dure-mère grisâtre, dans la pie-mère un petit noyau pigmenté, de l'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche et des noyaux noirs dans le foie, les ganglions cervicaux bronchiques et mésentériques étaient noirs et volumineux.

Dans le cas de Rothacker, la mort survint aussi par les progrès de la cachexie ; pendant cette période on constata l'augmentation de volume des testicules, leur adhérence au scrotum qui était bleu noirâtre. A l'autopsie, les poumons étaient œdématiés, mais ne contenaient pas de tumeurs, tandis qu'il y en avait de nombreuses dans le foie, les parois du cœur, les reins, les parois de l'intestin, le grand épiploon, le péritoine pariétal, les parois vésicales.

La cachexie des individus atteints de mélando-sarcome, outre les phénomènes banals d'amaigrissement et de marasme, peut donc être caractérisée par la coloration noire de la peau et par les altérations des humeurs de l'économie. C'est là un des côtés les plus intéressants de ce chapitre.

M. Nepveu est un des premiers qui ait proposé cet examen des humeurs comme un élément d'appréciation de la cachexie mélanique. L'urine, le sang, le suc de la tumeur ont été examinés par lui, et plus tard par d'autres observateurs. L'urine qui, d'ailleurs, ne paraît jamais être albumineuse, prend une coloration noire sous l'in-



fluence de l'acide azotique ; examinée au microscope elle présente des amas pigmentaires brunâtres offrant une forme cylindrique. Par l'évaporation, on obtient des cristaux d'acide urique, d'urate de soude et d'ammoniaque offrant tous une belle couleur hortensia.

Le sang tiré du doigt par une piqûre d'épingle, offre une augmentation notable des globules blancs, dont quelques-uns contiennent de fines granulations noirâtres. Le sérum en renferme également ainsi que de petits cylindres qui semblent reproduire le moule des vaisseaux capillaires. Enfin, les globules rouges paraissent plus foncés.

Dans le suc de la tumeur obtenu par raclage d'une coupe, on trouve des amas de globules soudés irrégulièrement, présentant sur leurs bords une teinte jaunâtre et même hortensia. Quelques globules isolés présentent sur leurs bords une teinte jaunâtre.

Ces altérations humorales sont suffisantes pour amener la cachexie des malades, pour troubler la nutrition et entraîner ainsi la mort en dehors de toute localisation du mélando-sarcome sur un organe essentiel à la vie.

La mort, quelle que soit, d'ailleurs la cause qui l'amène, est fatale ; elle survient en général rapidement. Bien que les observations ne donnent pas toutes à cet égard des détails fort précis, il nous semble que la durée du mélando-sarcome dépasse rarement deux ou trois ans. Ce qui ne paraît pas douteux, c'est la rapidité de la marche dès que la généralisation viscérale est survenue, quatre à six semaines, telle est en général la durée, après cette généralisation viscérale.



*Effets de l'intervention chirurgicale. — Récidives. —*

On peut établir comme une règle qui, jusqu'ici ne présente pas d'exceptions, que l'intervention opératoire a sur le mélano-sarcome de la peau la plus triste influence. Ce ne sont pas seulement des opérations incomplètes, maladroites (raclage); mais des ablations totales, radicales, faites par des chirurgiens comme Dolbeau, qui ont des effets désastreux. Rien n'est plus saisissant que l'unanimité des observations à cet égard. Ici, c'est la tumeur qui repullule avec une violence inouïe après un coup de bistouri, là à la suite de destruction par des flèches de Canquoin nombreuses, enfoncées profondément dans deux tumeurs voisines; quelques jours après, les deux productions étaient réunies et ne formaient plus qu'une seule masse; enfin, et c'est là la conséquence la plus redoutable de l'intervention, le mélano-sarcome se généralise très rapidement après l'acte opératoire. Parmi les auteurs qui ont été frappés de ce désastreux effet de l'intervention, il faut citer Busch qui a donné à son mémoire le titre suivant: « Du danger d'extirper les tumeurs mélaniques de la peau ». Aussi, à l'heure actuelle en présence des faits connus, une seule règle chirurgicale s'impose: ne pas toucher à une tumeur dont le diagnostic est mélano-sarcome de la peau.

*Diagnostic.* — Rien n'est donc plus important que de pouvoir établir nettement ce diagnostic.

Lorsque le mélano-sarcome primitif est à son début, lorsqu'il est constitué par une tache à peine saillante, il est fort important de le différencier des nævi. Rien de plus difficile. Le diagnostic est quelquefois impossible,



car souvent ce mélando-sarcome se développe sur une production congénitale. Cependant, quand la couleur noirâtre foncée paraîtra peu en rapport avec un nœvus, on devra immédiatement examiner les urines, le sang et on trouvera peut-être là des éléments d'appréciation.

Lorsque le mélando-sarcome a atteint un certain volume, il faut le distinguer : 1° des tumeurs non mélaniques ; 2° des autres tumeurs mélaniques.

Les tumeurs non mélaniques n'ont jamais une couleur franchement noire, elles sont rouge foncé, bleu livide, mais jamais elles ne présentent la teinte sépia. Ulcérées, elles ne donnent pas lieu à l'écoulement de liquide mélanique décrit plus haut, enfin il est des cas où l'examen des tumeurs devient un très bon élément d'appréciation.

Entre les tumeurs mélaniques, on ne devra pas avoir beaucoup d'hésitation : une tumeur mélanique née dans la peau est presque toujours un sarcome ; le mélanome simple infectieux et le cancer mélanique beaucoup plus rares ne débutent presque jamais par la peau.

*Anatomie pathologique.* — 1° Etude anatomique de la tumeur initiale.

Sur une coupe on constate habituellement à l'œil nu que toute la surface est noire, cependant dans certains cas il existe des zones noires et des zones non colorées ; tantôt ces zones de diverses couleurs sont disposées sans aucune règle, d'autres fois la zone non colorée est périphérique et la zone noire est centrale et elle ressemble à une truffe enchatonnée dans la zone périphérique. La partie centrale noire est quelquefois complètement ramollie.



Dans le cas de de Beurmann, la masse de la tumeur était noire à la coupe, mais au centre il y avait un kyste cloisonné renfermant 20 gr. de liquide couleur café noir.

Le tissu de la tumeur est très souvent friable, il est exceptionnel de voir à la coupe des vaisseaux béants, mais il semble en général que les tissus périphériques soient très vasculaires.

Quant aux rapports du néoplasme avec les tissus voisins ils sont difficiles à établir d'après les observations, cependant il ne paraît pas qu'on ait jamais rencontré d'enveloppe enkystante complète ou incomplète, la tumeur paraît diffuse et se continue sans limites précises avec le tissu voisin. Dans les observations où l'origine exacte a pu être notée, il semble que c'est dans le derme que la tumeur est née et que ce n'est que secondairement qu'elle a envahi l'hypoderme et les parties profondes.

*Caractères microscopiques.* — Les cellules qui forment la masse néoplasique sont avant tout des cellules fusiformes, ces dernières forment la plus grande partie de la tumeur, en sorte que ce sarcome rentre dans le groupe fuso-cellulaire. Cependant il faut ajouter que ces éléments fuso-cellulaires ne sont pas les seuls; on trouve en certains points, toujours limités d'ailleurs, des éléments ronds, globuleux. Ces éléments s'observeraient surtout dans les parties de la tumeur qui ne sont pas colorées.

La substance fondamentale ne présente en général rien de particulier, cependant dans le cas de Duret il existait en certains points une substance fibreuse formant des alvéoles remplies par les éléments sarcômateux. Duret dit qu'il s'agissait là d'un mélange de sarcome et de car-



cinome mélanique ; en adoptant les idées de Rindfleisch nous dirons simplement que le sarcome était en certains points alvéolaire ou carcinomateux (voir le chapitre : sarcome en général).

Les vaisseaux sont très peu nombreux.

La mélanine manque dans certaines cellules, dans les autres elle est déposée autour d'un noyau, quelquefois dans le noyau lui-même. On la trouve aussi dans la substance intercellulaire, mais d'après certains auteurs on ne la trouve en dehors des cellules que lorsqu'il y a eu en ces points des cellules détruites. Leloir a trouvé dans un cas des boyaux de granulations qui d'après lui répondaient à des embolies mélaniques dans les capillaires (sanguins ou lymphatiques) ?

Un fait remarquable et signalé par presque tous les auteurs est l'intégrité de l'épiderme : un peu aminci, rarement mélanique dans ses couches profondes, il est à peu près normal et ne prend presque aucune part au processus.

2° *Etude anatomique de la généralisation.* — Sur ce dernier point nous serons bref : les nouvelles tumeurs cutanées ont les mêmes caractères que la tumeur primitive.

Dans les ganglions lymphatiques, on n'observe rien de particulier non plus ; ce sont les lésions notées dans tous les mélano-sarcomes en général. Nous rappellerons seulement le transport de la mélanine par les lymphatiques ; Follin a montré que pour les tatouages la matière colorante (vermillon, carmin, etc.), est transportée par les lymphatiques et se fixe dans les ganglions correspondants.



Quant au mélanosarcome viscéral, nous n'insisterons pas sur sa structure qui n'a rien de spécial, mais nous montrerons, toujours d'après nos observations, quels sont les viscères frappés et avec quelle fréquence.

Les poumons ont été trouvés envahis deux fois (Rey, Jarry). Dans ce dernier cas, outre les deux poumons la plèvre pariétale droite, la plèvre diaphragmatique des deux côtés étaient couvertes de dépôts noirâtres. Le myocarde a été pris 3 fois (Jarry, Rothacker, Ozenne), les feuillets du péricarde 2 fois seulement.

Jarry a trouvé des noyaux noirs dans le corps thyroïde.

Dans quatre observations, le foie renfermait des tumeurs nombreuses.

Trois fois des dépôts sarcomateux existaient dans les reins, une seule fois dans la rate. Rey, Jarry, Bulkley ont trouvé des noyaux dans le péritoine, grand épiploon et péritoine pariétal, péritoine diaphragmatique, péri-utérin, gastro-hépatique et splénique (Jarry), péri-utérin (Rey). Trois fois le mélanosarcome a infecté le cerveau ou les méninges. (Busch, Ozenne, Rothacker).

Une fois les os étaient malades. Nepveu a trouvé un dépôt dans le sternum.

Bulkley est le seul qui ait signalé des noyaux dans les parois vésicales.

Enfin Jarry a trouvé un nodule sur la conjonctive. Jamais on ne trouve de propagation dans l'orbite, fait déjà signalé par Cornil et Trasbot.

L'exposé qui précède montre bien que le mélanosarcome de la peau est une affection spéciale, peu comparable aux autres variétés; l'extrême rapidité de la marche,



le mode de début par une tumeur unique, le mode de généralisation, le danger des interventions, tels sont ses caractères ; une pareille malignité est-elle due à la mélanine que renferme ce sarcome ?

Je ne puis aborder ici complètement ce curieux sujet, je me contenterai de dire que deux opinions se partagent la faveur des histologistes.

D'après la première, la mélanine proviendrait d'une élaboration particulière aux cellules où le pigment se dépose, en faveur de cette opinion professée par Cornil et Ranvier, Lebert, Robin, Heurtaux, on invoque ce fait que chez l'homme l'apparition du pigment peut se faire loin du système vasculaire, et que les granulations se montrent souvent noires d'emblée sans passer par les étapes de coloration de l'hématine. Heurtaux dit aussi que les cellules de nouvelle formation situées à la périphérie de la tumeur ne présentent point de granulations au moment même de leur apparition.

D'après la seconde opinion, la mélanine ne serait autre chose que le pigment hématique modifié. Cette opinion professée par Rokitansky, Kœlliker, Rindfleisch, Nepveu, a été soutenue par Gussenbauer à l'aide d'examens histologiques pas très probants. On trouvera une analyse de ces recherches dans la *Revue des sciences méd.* 1876.

En terminant ce chapitre je dois faire une remarque. Nous venons d'étudier le mélano-sarcome débutant par la peau ; en dehors de la peau il semble que le sarcome mélanique ne puisse débiter que par la choroïde. Dans ce dernier cas, la peau peut être prise secondairement, nous en rapportons un exemple que nous trouvons à la



suite de l'observation de Rothacker (voir obs. XLIV). Mais, phénomène remarquable, ainsi que l'ont noté Cornil et Trasbot, lorsque le mélanosarcome débute par la peau, on n'observe jamais de propagation à l'orbite.

---



## OBSERVATIONS

### OBSERVATIONS DE SARCOME PIGMENTAIRE MULTIPLE IDIOPATHIQUE

Dans le Tome II du grand traité de dermatologie de Hebra (trad. Doyon), se trouvent cinq observations analysées, publiées in extenso par le professeur M. Kaposi dans les Annales de dermatologie allemandes, en 1870. Nous ne reproduisons pas ces cas qui sont bien connus de tous les dermatologistes.

Dans le T. II des leçons sur les maladies de la peau par le professeur M. Kaposi (traduction E. Besnier et A. Doyon), l'auteur rapporte qu'il connaît dix cas de sarcome pigmentaire multiple idiopathique. Enfin dans le numéro du 31 octobre 1885, du *Wiener medizinische Wochenschrift*, à propos d'un malade qui se trouvait dans le service du professeur Albert, le professeur Kaposi constate qu'il s'agit de cette forme de sarcome qu'il a décrite en 1870 et rappelle qu'il a observé jusqu'à ce jour vingt-cinq de ces cas tous chez des hommes adultes.

#### DEL SARCOMA IDIOPATICO PARVI CELLULARE TELANGETTASICO PIGMENTATOD ELLA PELLE

par V. Tanturri, prof. (Il Morgagni, 1877)

**Résumé.** — Sous cette dénomination le professeur Tanturri expose dans ce mémoire l'histoire de sept cas de sarcomes idiopathiques multiples, qui tous ont débuté



aux extrémités des quatre membres et ultérieurement se sont étendus presque symétriquement sur les avant-bras et les bras, les jambes et les cuisses. Pourtant dans son observation IV le début a eu lieu à la région supérieure de la jambe droite au voisinage du genou et dans la moitié inférieure de la cuisse, mais quelques mois après, les pieds étaient atteints puis les mains et l'affection présentait le tableau clinique bien décrit par le professeur Kaposi.

Dans ces sept cas, plus deux autres observations privées, l'irruption s'est montrée constamment sur les quatre extrémités sous la forme de macules violacées, de nodules circonscrits couverts de peau normale ou brunâtre, isolés ou réunis, variant comme coloration de la teinte bleuâtre au vert jaune pâle.

La réunion des nodules à la paume des mains et à la plante des pieds produisait de la tuméfaction, donnant à ces régions un aspect éléphantiasique et rendait les mouvements pénibles et douloureux.

Aux membres les nodules siégeaient surtout du côté de la flexion, sur le tronc au niveau des parties latérales de l'abdomen.

L'évolution des nodules ne différait pas de celle constatée par les professeurs Kaposi, de Amicis, M. Vidal, etc., les uns disparaissaient par atrophie, d'autres apparaissaient, puis s'ulcéraient, sur quelques-unes la peau prenait un aspect calleux, verrucoïde. Enfin dans certains cas le prof. Tanturri a remarqué que sur les artères radiales, la pulsation était visible à l'œil nu et qu'elles pouvaient être suivies jusqu'au pli du coude ; elles étaient rigides, inégales, serpentine, les pulsations étaient très fortes, ces



phénomènes s'observaient jusque sur l'artère brachiale.

Quant aux ganglions lymphatiques ils étaient peu tuméfiés et indolents.

Le professeur Tanturri fait suivre l'histoire clinique de ses sept cas de trois examens histologiques qui ont porté le premier sur un nodule enlevé sur la paupière d'un de ses malades, le second sur un tubercule de la cuisse, le troisième enfin sur un tubercule verrucoïde, calleux.

#### OBSERVATION I

Observation inédite due à l'obligeance de M. Vidal.

Le nommé M..... Noël, né en Corse, âgé de 68 ans, jardinier, entré le 2 juillet 1877 dans le service de M. le D<sup>r</sup> Vidal à l'hôpital Saint-Louis est couché au lit n° 48 de la salle Saint-Jean (1).

Les antécédents ne présentent rien de bien remarquable. Son père est mort à l'âge de 50 ans d'une affection chronique qui se caractérisait surtout dans les derniers temps par une grande difficulté à avaler les aliments et des vomissements fréquents ; peut-être était-ce un rétrécissement cancéreux de l'œsophage ou un cancer de l'estomac, mais nous sommes loin de pouvoir l'affirmer et nous n'énonçons qu'une simple hypothèse. La mère est morte à 88 ans d'une affection indéterminée.

Le malade a eu 12 frères et sœurs, les uns sont morts en bas âge, les autres vivent encore, il ne se souvient que d'une sœur morte à 16 ans et d'un frère mort d'apoplexie à 71 ans. Aucun membre de sa famille n'a jamais eu, à sa connaissance, de maladie de la peau.

Lui-même n'a jamais eu de maladie grave, sauf la fièvre

(1) Moulage n° 470, musée de l'hôpital Saint-Louis, main gauche et avant-bras droit.



intermittente dans son pays. On ne trouve chez lui aucune trace d'accidents syphilitiques, il n'a eu à aucune époque de sa vie des rougeurs ou des boutons sur la peau et l'on ne trouve sur lui aucune cicatrice.

C'est au mois de janvier 1876 que M... fait remonter le début de l'affection qui l'amène actuellement à l'hôpital; à cette époque, sans cause appréciable, la main gauche et quelques jours après le pied droit commencèrent à se tuméfier. Toutefois, il raconte qu'il avait depuis fort longtemps entre l'annulaire et le médius de la main droite une petite saillie tuberculeuse; cette petite tumeur qui devait ressembler beaucoup à une verrue augmenta un peu de volume au moment où les extrémités commencèrent à enfler.

Après la main gauche et le pied droit, le pied gauche puis la main droite furent successivement envahis dans l'espace d'un mois environ. Peu à peu, la tuméfaction devint de plus en plus considérable en même temps qu'elle gagnait les jambes et les avant-bras. La peau était tendue, dure, elle avait une couleur rouge, violacée, avec des taches noires bleuâtres; elle n'était douloureuse ni spontanément ni au toucher ou à la pression et le malade n'éprouvait qu'une gêne légère dans la marche et dans la flexion des doigts pour saisir les objets.

Vers le mois d'août 1876, le malade commença à s'apercevoir que le prépuce était tuméfié, induré et présentait une teinte violacée. Peu à peu, il arriva à former une sorte de bourrelet dur empêchant de découvrir le gland et déterminant même une certaine gêne pendant la miction.

Le malade, qui s'observe peu, n'a pas remarqué la date d'apparition des différentes taches et plaques noirâtres qu'il porte sur les jambes et les avant-bras, non plus que celle d'une tumeur saillante, du volume d'une noisette, qui existe sur le troisième orteil du côté gauche, il sait que cette dernière existe depuis longtemps. Sa santé générale est restée excellente, ses forces n'ont pas diminué et il n'a fait jusqu'à présent aucun traitement sauf quelques applications d'eau sédative sur les mains.



Etat à l'entrée à l'hôpital (6 août 1877).

Depuis son entrée, le malade se sent amélioré, l'œdème a diminué, les mains et surtout les jambes sont beaucoup moins enflées, les pieds seuls conservent un œdème considérable.

Le tronc, le thorax, l'abdomen ne présentent rien à signaler.

Le prépuce présente un épaissement et une induration notables avec une coloration foncée consistant en taches noires. Cet épaissement a pour conséquence la production d'un phimosis irréductible gênant la miction.

*Membres supérieurs.* — La face dorsale de la main et des doigts est le siège d'une induration, d'un épaissement scléreux de la peau avec œdème et mouchetures noirâtres ; ces mouchetures constituent plutôt des plaques dures, légèrement saillantes que l'on sent très bien à la palpation. C'est surtout à la racine des doigts et à la face dorsale du carpe que ces petites tumeurs plates sont abondantes.

L'avant-bras présente de ces tumeurs sur la partie postéro-interne, et aussi sur la face antérieure. — Rien aux bras.

*Membres inférieurs.* — Le pied présente à la face dorsale un œdème bien plus considérable que la main, mais les tumeurs ne se rencontrent que sur les orteils et au cou-de-pied. La jambe, le genou et la partie inférieure de la cuisse en présentent également, surtout en dedans et en arrière.

Bon appétit, bonnes digestions, pas de diarrhée. — Bon sommeil — en somme, assez bon état général, le malade ne se plaint que de douleurs dans les jambes.

*Traitement :* 4 gr. Iodure de potassium.

#### OBSERVATION I bis (PERSONNELLE)

Le nommé F..., âgé de 74 ans, tailleur d'habits et concierge, originaire du Bas-Rhin, nous est adressé par le Dr Régeard (de Paris), pour une affection cutanée qui date depuis plusieurs années. Nous reconnaissons immédiatement que F... est atteint



d'un cas de sarcome multiple idiopathique pigmentaire, c'est un cas absolument semblable à ceux décrits par le professeur Kaposi.

Voici l'histoire de ce malade : F..., est un homme de haute taille, qui ne présente aucun antécédent héréditaire suspect, ses parents sont morts à un âge très avancé ; quant à lui, il n'a jamais été malade ; marié à l'âge de 23 ans, il est père de 4 enfants robustes et vigoureux.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1879 : l'hiver fut, cette année-là, très froid, il tomba beaucoup de neige, et F..., qui était concierge, était obligé plusieurs fois par jour d'enlever la neige de la cour et du trottoir de sa maison. Aussi, un soir remarqua-t-il des taches noires sur la face dorsale des orteils, il crut à des contusions et ne souffrant pas, il n'attacha aucune importance à cet accident. Mais les taches, loin de disparaître, persistèrent, s'étendirent au dos des pieds quoique l'hiver fut fini et que le malade ne fut plus occupé qu'à son travail de tailleur.

De 1879 à 1883, les taches violacées et de petites tumeurs de la même couleur recouvrirent peu à peu les pieds et les jambes jusqu'aux genoux, les pieds étaient de plus tuméfiés, les jambes oedématisées, mais le malade, travaillant assis, ne s'en préoccupait pas ; d'ailleurs, il n'éprouvait aucune souffrance et sa santé était excellente. Il consulta pourtant un médecin pour certaines nodosités qui, devenant saillantes, s'excoriaient et donnaient lieu à un écoulement sanguin assez abondant. Le médecin se contenta de placer un fil de soie à la base des saillies ; il traita ainsi 8 ou 10 de ces tumeurs. Le malade sachant bientôt faire lui-même cette petite opération n'appela plus de médecin ; d'ailleurs il se croyait en voie de guérison car il avait remarqué que certaines nodosités s'affaissaient spontanément, ne laissant à leur place qu'une tache brune. Mais l'affection ne resta pas localisée aux membres inférieurs ; quatre ans après son début, c'est-à-dire il y a deux ans, elle se montra aux mains toujours sous la forme de taches et de nodosités viola-



cées s'accompagnant de tuméfaction de ces régions, mais nou de douleur. Il y a six mois, l'éruption envahit les genoux, les cuisses et les fesses ; depuis deux mois, elle s'est étendue au tronc, au cou et à la face, enfin, depuis quinze jours, aux organes génitaux.

*Etat actuel*, 16 janvier 1886. — Le malade est atteint d'une affection cutanée, aujourd'hui généralisée, mais presque symétrique, elle est confluyente sur les membres inférieurs, plus discrète sur le reste du corps.

*Membres inférieurs.* — Les pieds, les orteils et les jambes sont augmentés de volume, oedématiés, déformés, ils ont une couleur livide, un aspect calleux, verrucoïde, c'est l'aspect que présente (sauf la coloration), un membre inférieur atteint de pachydermie secondaire à un vieil ulcère de jambe. Les orteils sont en effet triplés de volume ; sur leur face dorsale, de même que sur le dos et la face interne du pied, on voit des saillies verruqueuses, des papilles hypertrophiées. La consistance des membres inférieurs est scléreuse, cartilagineuse ; mais ce qui est bien spécial, c'est leur coloration livide qui remonte jusqu'au-dessous du genou. A la surface des téguments qui sont ainsi infiltrés et ligneux, on voit, en certains points, des nodosités qui sont saillantes, rouge vineuses et ont un volume d'un noyau de cerise à une noisette. Quelques-unes de ces tumeurs sont réunies au bord interne et vers le talon du pied droit, formant une surface mamelonnée ; les unes, les plus anciennes, sont calleuses et verruqueuses ; apparues depuis moins longtemps, sont le siège d'excoriations ou de croûtes formées par du sang desséché et concrété, mais donnent facilement lieu à un écoulement sanguin, aussi, le malade a-t-il appliqué un fil sur la base de l'une d'elles.

Sur la plante du pied, les plaques infiltrées et les nodosités sont moins nombreuses et laissent sur cette région des intervalles de peau saine.

Au-dessous du genou droit on voit, en forme d'anneau ouvert en arrière, large de trois travers de doigt, une plaque rouge



livide, pourprée, au niveau de laquelle la peau est infiltrée, dure et ne peut être plissée, à sa surface existent de nombreuses nodosités.

Au-dessous du genou gauche, la peau est saine, mais sur sa face antérieure remontant à deux travers de doigt au-dessus de la rotule on trouve un placard où la peau présente la même coloration, la même consistance et des nodosités semblables.

A la partie moyenne de la cuisse droite existe une surface ayant 0,08 c. d'étendue de haut en bas et s'étendant sur les faces interne et antérieure qu'elle comprime. C'est une large plaque infiltrée, scléreuse, cartilagineuse, de couleur livide, déprimée au centre et autour de laquelle se trouvent de nombreuses tumeurs rouges brunâtres, ayant le volume d'un pois à un noyau de cerise. Sur la cuisse gauche et les fesses on trouve de petites surfaces infiltrées pigmentées, affaissées au centre et présentant de petites nodosités à la périphérie.

*Organes génitaux.* — La verge est volumineuse, œdématiée, le gland ne peut être découvert, le prépuce présentant, sur toute sa face supérieure, une plaque infiltrée et brunâtre.

*Membres supérieurs.* — Les lésions sont plus confluentes sur la main droite que sur la main gauche.

*Main droite. Face dorsale.* — Elle est tuméfiée, d'une couleur violacée qui s'arrête exactement au poignet, si bien qu'elle paraît recouverte d'un gant épais. Outre l'œdème dont elle est le siège, on constate que la peau est épaissie et infiltrée, mais on ne trouve pas de tumeurs. Les doigts sont aussi augmentés de volume, épaissis, fusiformes et de couleur livide jusqu'à la dernière phalange. Sur la face latérale du médius et du pouce, dans les deuxième et quatrième espaces interdigitaux on trouve quelques petites nodosités.

*Face palmaire.* — Elle n'est le siège que de gonflement, on ne voit à son niveau ni plaques d'infiltration, ni tumeurs.

*Main gauche.* — Elle présente de nombreux intervalles de peau saine. Les surfaces violacées et indurées existent : 1° au niveau du premier métacarpien remontant jusqu'à la deuxième



phalange du pouce et s'étendant à la moitié externe de l'éminence thénar ; 2° au niveau du troisième métacarpien jusqu'à la moitié de la première phalange du médius ; 3° au niveau de toute la région occupée par le cinquième métacarpien.

Les doigts sont aussi volumineux que ceux de la main droite et présentent des taches de couleur lie de vin peu étendues et disséminées sur leurs faces latérales et dorsales. La paume de la main est seulement gonflée. Cette tuméfaction des mains n'est pas accompagnée de douleur, mais le malade, depuis trois mois, ne peut plus fléchir les doigts ; il lui est impossible de tenir un objet.

Sur les avant-bras, les bras, les épaules et le tronc, on trouve disséminées, en petit nombre, des plaques infiltrées variant de un à trois centimètres d'étendue, irrégulières, présentant à leur centre ou à leur périphérie des nodules ayant le volume d'un pois. Ces lésions ont apparu depuis peu de temps, aussi la coloration est moins foncée, elle est d'un rouge cuivré au lieu d'être livide.

Sur la face et le cou on voit de petites tumeurs rouges, dures, isolées, ne siégeant pas sur des plaques infiltrées et très discrètes.

Dans la cavité buccale on constate du gonflement et de la lividité de la muqueuse palatine, de plus, deux petites tumeurs pédiculées de la grosseur d'une lentille existent à un centimètre au-dessus de la base de la luette. On en trouve une autre sessile mais saillante et ayant le volume d'un noyau de cerise à la face interne de la joue droite.

Tel est le siège caractéristique des lésions cutanées ; au point de vue de leur forme ce sont, soit des placards infiltrés de consistance dure comme du bois, soit lisses, soit couverts de nodosités de petites dimensions, présentant une coloration qui varie de la teinte rouge à la teinte lie de vin et bleu brunâtre.

Les ganglions inguinaux, axillaires ou cervicaux, ne présentent aucune augmentation de volume.

L'état général du malade qui était resté bon depuis 1879, date



du début de la maladie, est aujourd'hui profondément modifié. Le faciès est cireux, la peau est d'une pâleur anémique qui apparaît nettement partout où n'existent pas de productions morbides. Pourtant l'examen des différents viscères ne fait constater aucune altération, l'auscultation des poumons et du cœur est négative; la rate ni le foie ne sont augmentés de volume; à la palpation du ventre on ne sent aucune tumeur, les urines ne sont pas albumineuses, le malade n'a pas de diarrhée, l'appétit quoique diminué est encore assez bon, les digestions sont faciles. Mais malgré cette intégrité des divers appareils, le malade est profondément cachectique; son amaigrissement a été rapide, il ne quitte plus le lit depuis un mois; et son affaiblissement progressif, coïncidant avec l'apparition de tumeurs sur le tronc et la face, font prévoir une mort prochaine.

## OBSERVATION II

D..., estampeur, âgé de 70 ans, entre, le 9 janvier 1873, à la salle Saint-Louis, n° 24, service de M. Vidal (1).

La première partie de l'observation a été publiée par Demange dans sa thèse sur la lymphadénie (Paris 1874).

La maladie a débuté il y a près de trois ans par des fourmillements, des démangeaisons et une sensation de tension douloureuse dans les extrémités. Bientôt apparurent des taches rouges sur lesquelles se développèrent des tumeurs d'abord à peine saillantes, puis de plus en plus volumineuses. Un certain nombre d'entre elles finirent par s'ulcérer. Elles étaient fongueuses et mollasses. Celles qui étaient soumises à des frottements réitérés, celles de la plante des pieds, par

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, — pièces moulées : pied n° 279 — avant-bras et main, n° 262, — verge, n° 440, — verge, sarcome du gland, n° 276.



exemple, se recouvrirent d'un épiderme fort épais et dur. Une tumeur de même nature s'est développée au mois de décembre sur le gland.

Les ganglions n'ont jamais été que médiocrement tuméfiés.

On a enlevé la plus grosse de ces tumeurs, située à la partie antérieure de la cuisse, en sectionnant avec un fil métallique son pédicule qui s'était beaucoup allongé. Son examen a donné les résultats suivants :

A la coupe, la tumeur est rosée et laisse écouler très peu de suc sanguinolent. Par le raclage, on trouve des cellules embryonnaires fusiformes volumineuses munies d'un noyau très brillant et d'un nucléole. Sur la coupe, on reconnaît la disposition d'un sarcome fasciculé ; les faisceaux de cellules entre-croisés apparaissent très nettement ; dans toute l'étendue de la coupe, on trouve de nombreux vaisseaux sanguins dont les parois sont constituées par des tissus embryonnaires ; ils renferment quelques globules rouges, et enfin, en quelques endroits, on constate du pigment sanguin. Les coupes ont été faites d'abord à l'état frais, puis après, durcissement dans l'alcool absolu et soumises à l'examen de M. Ranvier, qui a considéré la tumeur comme un *sarcome cutané érectile*.

Quelques jours après, le point de section du pédicule était complètement cicatrisé et, quinze jours plus tard, il était impossible de reconnaître le point où cette tumeur avait existé.

L'état général du malade est assez satisfaisant ; pourtant, il y a un symptôme qui peut faire craindre la présence de tumeurs dans l'intestin, c'est une diarrhée qui persiste depuis un certain temps déjà.

Après un séjour de trois mois à l'hôpital Saint-Louis, le malade est revenu souvent dans le service de M. E. Vidal, y restant deux ou trois mois, puis sortant pendant un ou deux mois.

Le traitement a consisté dans l'énucléation méthodique des tumeurs — bains d'amidon et solution arsénicale.



Le moulage des bras, des jambes et de la verge se trouve au musée avec le diagnostic du sarcome cutané érectile.

15 février 1877. — Actuellement, cicatrices superficielles dans les points autrefois occupés par les tumeurs.

Tuméfaction considérable du prépuce, qui contient des masses bourgeonnantes confluentes sur le prépuce et peut-être sur le gland. — Ulcérations arrondies de la face externe du prépuce, laissant voir au fond les mêmes masses bourgeonnantes. — Il y a six mois que ces tumeurs ont commencé à devenir volumineuses ; auparavant, elles existaient, mais étaient très petites.

12 mars. — Amputation de la verge, par M. Duplay, avec le thermo-cautère, — aucun accident consécutif, — cicatrisation régulière, — diagnostic : épithélioma de la verge.

Exeat le 17 mai.

### OBSERVATION III

Dermo-polimelano sarcoma idiopatico (observation I du mémoire du professeur T. de Amicis. Napoli 1882).

Homme de 55 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire suspect, comme antécédents personnels : croup, variole, choléra à 15 ans, fièvre paludéenne à 20 ans, ayant duré 6 mois, mariage à 23 ans, pas d'enfants.

Début 1873. — Par des taches brun rougeâtre, livides, pourpres, sur les mains et pieds. — Sur ces taches sanguinolentes apparaissaient de petites nodosités d'un grain de chènevis et qui, grossissant peu à peu, arrivaient aux dimensions d'un pois ou d'une aveline.

L'affection, continuant à progresser, s'est étendue aux jambes, de sorte qu'en mars 1874, ne pouvant plus travailler, il



entre à l'hôpital des Incurables, service du professeur de Amicis.

*Etat à l'entrée.* — L'affection est limitée aux membres inférieurs et supérieurs, elle est symétrique, le pied gauche est pourtant plus altéré.

*Membre inférieur gauche.* — Le pied est notablement gonflé, la peau est dure, épaisse, d'une couleur brunâtre, les orteils sont déformés, bourrés, mamelonnés par de nombreuses nodosités. Ces tubercules, de la grosseur d'un pois, d'une cerise, d'une aveline, d'une couleur rouge bleuâtre, se voient aussi groupés sur la base des orteils, près de la région métatarsienne, et forment ainsi une masse mamelonnée avec de nombreux sillons. Ce groupement se retrouve au cou-de-pied, près de la région malléolaire externe, où on peut compter une trentaine de tubercules. D'autres sont disséminés sur la moitié inférieure de la jambe, entremêlés avec des taches brunâtres comme ecchymotiques, sans une notable induration de la peau. Un nodule, plus gros que les autres, atteint les dimensions d'une grosse cerise, mais ressemble aux autres par sa couleur.

*Pied droit.* — Son volume est normal, on ne voit à son niveau ni nodosités, ni tubercules, mais seulement des taches bleuâtres sur lesquelles la peau est épaissie et coriace, elles occupent le bord interne de la plante du pied et de la voûte plantaire, elles se confondent sur le cou et le dos du pied et se présentent avec les mêmes caractères jusqu'à la moitié de la jambe. On en voit deux autres sur la face interne du genou.

*Membre supérieur.* — La main droite est plus malade que la gauche ; elle est un peu gonflée et œdémateuse, les doigts sont plus tuméfiés, on voit sur eux des taches bleuâtres, la peau infiltrée présentant de petits tubercules. Les taches se confondent sur le dos et la paume de la main. A la paume, les taches représentent des plaques infiltrées sur lesquelles s'élèvent de petites éminences nodulaires d'une coloration cyanotique, principalement à la région hypothénar.

Les mouvements de la main sont difficiles, par suite de la



rigidité des doigts ; l'annulaire et l'auriculaire sont légèrement fléchis et ne peuvent s'étendre. Les taches noirâtres se diffusent à la région radio-carpienne.

*Main gauche.* — Légèrement œdémateuse. Les taches de couleur noirâtre livide occupent les quatre doigts de la main, à l'exception du pouce, et sont limitées d'une façon identique sur la moitié de la première phalange. Une dizaine de taches, de la grandeur d'une pièce de deux centimes jusqu'à cinq centimes, sont disséminées sur le dos de la main.

Rien de particulier à signaler sur le reste de la surface cutanée.

La sensibilité tactile, à la température et à la douleur, est parfaitement conservée. Le malade accuse même de temps en temps sur les pieds et les mains des douleurs pénibles et souvent des sensations de picotements qui l'empêchent de dormir.

Les ganglions lymphatiques inguino-cruraux et latéro-cervicaux sont normaux.

Toutes les autres fonctions sont régulières.

Extirpation du plus grand tubercule de la jambe gauche par un coup de ciseaux. — Au centre de la plaie, on voit un vaisseau artériel très développé qui donne un jet de sang assez important.

L'examen histologique fait voir que l'altération siège principalement dans le derme ; le corps muqueux de Malpighi, légèrement gonflé, montre une pigmentation exagérée dans sa dernière couche, les papilles ont disparu et le tissu du derme est infiltré par des éléments cellulaires ronds pourvus d'un noyau, mêlés à des éléments fusiformes, de sorte que certains points ont l'aspect du sarcome (parvi-cellulaire) à petites cellules (globo-cellulaire) et d'autres l'aspect du sarcome (fuso-cellulaire).

On voit de nombreuses granulations pigmentaires, les unes libres dans les mailles du tissu conjonctif, d'autres contenues dans des mailles de nouvelle formation. On voit aussi de nom-



breux vaisseaux de formation nouvelle à parois pas bien distinctes du tissu malade.

*Diagnostic.* — Dermo-polimelano sarcoma idiopatico.

Le malade reste quinze jours à l'hôpital — il en sort, et le professeur de Amicis le suit depuis quatre ans. Voici quel est son état le 25 avril 1878.

*Membres inférieurs.* — Disparition des tubercules des orteils du pied gauche — il reste à leur place des macules brunâtres, d'une couleur sépia. Sur les jambes et les pieds, pas d'infiltration appréciable.

*Membre supérieur droit.* — Le dos de la main est œdémateux jusqu'au quart supérieur de l'avant-bras il reste des taches brunâtres sur les points où existaient les infiltrations. Atrophie avec induration des tissus de la paume de la main, en particulier sur la partie externe, avec contraction permanente des doigts; l'index et le médius sont en demi-flexion, l'annulaire et l'auriculaire en flexion complète et si exagérée que les ongles, surtout celui du petit doigt, s'enfoncent dans la paume.

*Main gauche.* — Légère rigidité des doigts, à cause de l'induration de la peau aux points où existe la tache brunâtre avec infiltration cutanée. La coloration bleuâtre des doigts est plus étendue et atteint le dos de la main.

21 mai 1878. — Même état des lésions. Le dos de la main droite est œdémateux et gonflé, le malade dit qu'il y éprouve le soir une sensation de froid intense, après laquelle survient une sensation de chaleur qui dure jusqu'au matin.

Les ganglions lymphatiques inguino-cruraux gauches sont moins perceptibles qu'à droite. Ils ont à peu près le volume d'un haricot ou d'une amande. — Rien à noter dans les régions cervicales.

21 juin. — Les symptômes objectifs n'ont pas subi une notable modification. Dans le membre supérieur, persistance de la contracture et d'un œdème dur sur le dos de la main qui le recouvre comme un gant fortement rembourré.



Pendant l'hiver, il a des douleurs dans tout le corps et une sensation de froid plus intense qu'autrefois. Maintenant, il se réchauffe et dit qu'il sue plus qu'auparavant.

Aucune nouvelle tache, aucun nouveau tubercule.

17 novembre 1879. — L'avant-bras est toujours le siège d'un œdème lymphatique qui s'étend jusqu'au coude ; le malade accuse, dans les parties malades, une sensation intense de brûlure et de prurit. La couleur de la peau de l'avant-bras œdématisé est normale. Les taches et les infiltrations ne se sont pas accrues ; augmentation de la température locale.

*Main gauche.* — Aucune modification ; de temps en temps, douleurs lancinantes à l'extrémité des doigts.

Janvier 1880. — On excise un tubercule de la grosseur d'une cerise, développé sur le bord interne du pied gauche.

29 mai 1880. — Dans ces derniers jours, le malade a eu de la fièvre précédée de frissons ; les jours suivants, répétition de l'accès ; administration de sulfate de quinine qui empêche le retour des accès. Le dos de la main droite est notablement gonflé, les jambes aussi, surtout la gauche, la pression du doigt laisse une empreinte persistante. Douleurs lancinantes dans les mollets et les genoux, la peau qui recouvre ces régions est le siège de singulières infiltrations en plaques, de la grandeur d'une pièce de un à deux centimes, qui se sont formées là où il existait précédemment des taches.

26 juin 1880. — *Membre supérieur droit.* — Même état du dos de la main ; dans la paume, les deux derniers doigts sont tellement fléchis que les ongles s'enfoncent dans les tissus. Près des régions thénar et hypothénar, on observe un gonflement rougeâtre, angiomateux, dépressible, qui, pendant qu'on le déprime en un point, augmente sur les points voisins. Le malade raconte que le 17 juin il eut, dans la rue, des convulsions suivies de perte de connaissance, ces phénomènes se sont répétés il y a trois jours ; il accuse de très fortes douleurs dans les bosses pariétales, tandis que celles qu'il ressentait dans les membres sont calmées.



23 juillet 1880. — Les convulsions ne se sont plus reproduites; sensation de fourmillement dans tout le biceps. Sur le pied droit, près de la base des orteils, apparition de petits tubercules, un sur la plante du pied est légèrement excorié à sa surface et gêne beaucoup le malade. — Celui-ci est très agité et se sent comme dans le feu, l'œdème lymphatique sur la main droite et même sur le pied est toujours dans le même état.

Excision d'un petit tubercule de la plante du pied parce que le malade ne peut appuyer le pied sur le sol.

10 août 1880. — Le malade accuse encore de la fatigue générale, des douleurs irradiées qui traversent les membres supérieurs et lui font tomber les objets qu'il tient dans la main.

Sur les cuisses, les points où existaient des taches brunes sont saillantes, par suite d'une infiltration notable du tissu cutané; une tache, siégeant sur la jambe gauche, a acquis une couleur brune livide.

3 novembre 1880. — Le malade accuse toujours une sensation de froid dans tout le corps, principalement le matin et le soir; sur le pied droit, apparition de plusieurs petits tubercules ronds, de la grandeur d'une grosse tête d'épingle, quelques-uns d'une couleur rougeâtre, d'autres ressemblant à des verrues. Dans les espaces interdigitaux, petites surfaces suppurantes recouvertes de croûtes d'un jaune brunâtre — cicatrisation et pas de récidi ve au point de la plante du pied où a été faite l'excision. Le pied n'est pas plus gonflé qu'auparavant. Les taches brunâtres de la jambe et de la cuisse sont un peu plus saillantes.

*Membre inférieur gauche.* — Sur une tache noirâtre infiltrée existant à la partie postérieure de la cuisse vers son tiers inférieur s'est développée une éminence à forme conique ayant plus d'un centimètre de hauteur, cette saillie n'est pas douloureuse et a une couleur rouge brunâtre.

*Main droite.* — Toujours gonflée et œdémateuse, le dos de la main a l'aspect d'un gant rembourré, les deux derniers



doigts sont fortement fléchis et contracturés dans la paume de la main. — Rien de particulier sur le bras gauche.

20 novembre 1880. — A l'avant-bras droit, l'œdème augmente, les douleurs s'irradient de l'articulation humérale à la main.

*Membre inférieur droit.* — Les taches brunâtres, près du genou, se sont soulevées et ressemblent à des disques noirâtres, notable œdème sur toute la surface de la même jambe.

*Membre inférieur gauche.* — La jambe est plus douloureuse. A la partie externe se sont montrées des taches noirâtres de la grandeur d'un centime et un petit tubercule gros comme une cerise ; le malade accuse toujours la même sensation de froid, pourtant, à l'exploration, on constate une augmentation de température.

21 juin 1881. — Mauvais état de la nutrition, couleur de la peau d'un jaune terreux, fièvre récurrente avec frissons le soir, douleurs dans les membres inférieurs, près des genoux, des articulations tibio-tarsiennes et dans les membres supérieurs près des coudes et des mains.

Dans le quart supérieur de la face interne de la jambe droite, sous les taches brunes fuligineuses déjà existantes, se sont montrées des élevures nodulaires de la grosseur d'un pois à celle d'une aveline, de couleur noirâtre, très douloureuses au toucher. — Œdème persistant de l'avant-bras droit et de la main.

Dans la main gauche, taches brunâtres de nouvelle formation sur lesquelles se forment des saillies planes discoïdes ou tuberculeuses. A la jambe gauche, autour du genou, apparition de tubercules épars. Sur le dos du pied et des orteils, là où on avait noté la disparition des gros tubercules du début, on les voit se reproduire et s'ulcérer rapidement, de sorte qu'ils sont couverts de croûtes ayant une odeur nauséabonde.

22 août 1881. — Nouvelle éruption de tubercules sur la jambe droite, près du mollet, apparition d'une tumeur grosse comme une cerise sur la cuisse gauche.

*Main droite.* — Le dos est dans le même état. Sur



l'avant-bras œdémateux, nouvelle apparition de taches noirâtres avec saillie papuleuse.

*Membres supérieur et inférieur gauches.* — Dans le même état. Toutefois, le malade dit qu'il se trouve mieux, il continue seulement à avoir des douleurs dans les articulations des genoux et des bras.

Janvier 1882. — Le malade est présenté à la clinique dermatosyphiligraphique. Son état est identique à celui de l'année dernière. Sur le pied droit, au niveau des orteils et de la plante, nombreuses éminences verruqueuses groupées, de la grandeur d'un petit pois, les unes roses, les autres blanchâtres, calleuses par accumulation de nombreuses couches cornées.

Au voisinage de la région poplitée, où existe une grosse tache noirâtre couleur sépia, s'observent de nombreuses éminences tuberculeuses hémisphériques de couleur bleuâtre. La plus grosse, qui a le volume d'une cerise, est excisée par un coup de ciseaux, hémorrhagie abondante arrêtée par le perchlore de fer.

Dans les membres supérieurs, persistance de l'infiltration de la main et de l'avant-bras droits; douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, fourmillements dans tout le corps, dont la coloration est d'un jaune terreux. — Pas de nouvelles convulsions.

L'examen histologique de la petite tumeur excisée répète les altérations déjà décrites : éléments ronds nucléaires et oblongs, infiltration pigmentaire des cellules du réseau de Malpighi; dans les papilles, cellules fusiformes et accumulation de granulations pigmentaires; au voisinage, la vascularité est considérable, les vaisseaux propres de papilles sont très dilatés leur paroi est épaissie, par-ci par-là on observe de vastes lacunes sanguines dont les parois se confondent avec le tissu néoplasique qui se montre plus épais à mesure qu'on s'avance vers le chorion, qui est complètement remplacé par les éléments sarcomateux, avec prédominance de la forme allongée fusocellulaire.



OBSERVATION IV

Dermo-polimelano sarcoma idiopatico. — (Observation II du mémoire de T. de Amicis. Napoli, 1882).

1877. — Michel Doria, trente-neuf ans, campagnard, sans antécédents vénériens, syphilitiques ou paludiques, a eu, il y a neuf ans, une éruption pustuleuse ayant duré un mois (eczéma).

Il y a quatre ans, hémoptysie qui ne s'est plus répétée.

Le début de la maladie actuelle remonte à *quatorze mois*. Début dans la région hypothénar gauche sous la forme d'un point rougeâtre légèrement douloureux, que le malade compare à une piqûre d'épine. Huit jours après, apparition de taches saillantes, dures, rougeâtres, sur les deux mains et les avant-bras. Au mois de janvier de cette année apparition de taches diffuses sur le dos des pieds, d'une couleur bleuâtre avec des points plus élevés et plus colorés. En même temps sur le voile du palais et la gorge apparition de taches identiques avec tuméfaction notable de la muqueuse. Même éruption sur les oreilles. Au moins de juin nodules et infiltrations moins colorés sur les jambes, les cuisses, la peau de l'abdomen, les fesses, le gland, le cou, les bords palpébraux et la conjonctive oculaire.

A la suite de cette apparition, le malade entra à l'hôpital des Incurables, le 3 août 1878 (quatrième salle du professeur de Amicis).

*Etat actuel.* Membre supérieur. — Les deux mains sont déformées et augmentées notablement de volume, comme éléphantiasiques. Tous les doigts, sauf les dernières phalanges, sont pris. On y observe des élevures planes, globuleuses et de singulières petites tumeurs du volume d'une aveline, de sorte que les doigts dans l'extension restent écartés, surtout à gauche, où, dans le deuxième espace interdigital sur la partie interne, se



voit une petite tumeur comme une cerise, gangrenée en partie et qui présente à sa surface une ulcération avec un fond gris pul-tacé, sécrétant un ichor fétide. Ulcération semblable dans les troisième et quatrième espaces interdigitaux de la main droite. Sur le dos et la paume de la main, éminences hémisphériques groupées ou oblongues qui, par places comme sur la région hypothénar, occupent toute la surface, séparées seulement par des espaces variables et sur les autres parties s'observent quelques points de peau intermédiaire saine. Leur couleur est d'un rouge cuivré, bleuâtre, avec de petits points épars plus foncés et comme ecchymotiques.

La mensuration du dos des mains, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, donne à droite 0.26 centimètres et à gauche 0.24. De la ligne de l'articulation du pouce à la région de l'hypothénar, la droite mesure 0.29 centimètres et la gauche 0.27.

Avant-bras droit. — Sur la face dorsale quinze petites tumeurs éparses d'un rouge brunâtre, les unes planes, les autres plus saillantes, plus relevées, de la dimension d'une grosse lentille, d'une fève ou d'un pois chiche. Sur la face interne elles sont plus nombreuses et groupées de façon à présenter la grosseur d'une cerise sur la ligne articulaire radio-carpienne.

Un groupe de tumeurs semblables, mais moins colorées, existe près de l'articulation du coude, où il y a de plus une coloration jaune ecchymotique qui entoure l'infiltration. Tout l'avant-bras est gonflé et oedémateux.

Avant-bras gauche. — Sur la face interne, tumeurs semblables de dimensions variées, plus développées qu'à droite. Sur la partie externe, mêmes lésions, plus petites et moins nombreuses. Près du coude, nodules disposés en groupes, tout le membre est oedémateux.

Membres inférieurs. — Les deux pieds sont pris, le droit plus que le gauche; l'altération occupe surtout la face dorsale; la forme de l'infiltration néoplasique est plutôt plane, plus



saillante par points de façon à constituer de petits tubercules. L'altération s'étend sur les orteils.

Sur les deux jambes, petites tumeurs disséminées, de dimensions variables, d'une couleur plus ou moins bleuâtre, quelques-unes perceptibles, plus au toucher qu'à la vue.

La même altération s'observe aussi sous la forme de petits tubercules groupés sur les fesses, sur l'abdomen, vers l'ombilic et sur la région hypochondriaque droite. Presque tout le gland est intéressé et particulièrement le frein qui est infiltré et rouge bleuâtre.

De petits tubercules du même genre s'observent sur le menton, les pavillons des oreilles, sauf sur les lobules qui sont normaux. Dans l'œil droit, les deux paupières sont intéressées ; dans l'œil gauche seulement la supérieure, elles sont toutes d'une couleur bleuâtre. Dans l'œil gauche, le globe aussi paraît intéressé, car dans la partie supérieure s'observe la même coloration bleuâtre et le malade accuse des troubles de la vue de ce côté depuis quelques jours.

Cavité buccale. — Même altération sur la voûte palatine, les amygdales et le voile, la muqueuse est d'un rouge sombre.

Ganglions lymphatiques. — Les axillaires sont légèrement gonflés, ils sont normaux dans les autres régions.

Sensation de pesanteur et de brûlure intense dans les membres. Tous les soirs la température oscille entre 39° et 39°,5.

Les surfaces ulcérées sont pansées avec eau phéniquée et iodoforme. Administration à l'intérieur de phénate de quinine.

Diagnostic. Mélano-sarcome multiple idiopatique de la peau. — Le malade, voyant son état s'aggraver, sort et va dans sa famille où il meurt un mois après, par suite de la cachexie progressive avec des symptômes de septicémie.



OBSERVATION V

Dermo-polimelano sarcoma idiopatico. — (Observation III du mémoire du professeur T. de Amicis. Napoli, 1882).

Félix-André C..., quarante-deux ans, coiffeur, marié et père de famille, a eu, en 1857, la fièvre paludéenne; en 1860, des ulcérations et des blennorrhagies, sans manifestations ultérieures; en 1866, la gale.

Pas de maladies cutanées chez aucun membre de sa famille pouvant avoir une relation avec son affection.

L'origine de sa maladie remonte à 1862, quand il était militaire; il vit alors apparaître sur le gros orteil gauche une bulle avec contenu séro-hématique qu'il vidait en la pressant et qui était tout à fait indolente. Deux ans après, sur le dos du gros orteil apparaît une tache bleuâtre qui devint peu à peu plus saillante avec quelques points plus colorés, puis cette tache occupe tout le gros orteil en lui causant une tension douloureuse.

Deux ans après apparurent des taches d'un jaune verdâtre, puis des taches identiques d'un brun violacé sur les régions malléolaires. Il y a quatre ans, sur le tiers moyen de la région cubitale droite, apparition d'une tache brune jaunâtre ovale, de 0.06 centimètres sur 0.04, plus vivement colorée dans la suite.

En 1876, tuméfaction du dos de la main du même côté et apparition d'une tache d'un rouge vineux qui, peu à peu, occupa en entier le dos de la main, empiétant sur l'auriculaire, le médus et la moitié supérieure de la paume. Quelques mois après, le long du bord cubital de l'avant-bras gauche, apparition de taches saillantes infiltrées n'envahissant pas la main.

Dans la même année, extension au pied droit, aux orteils, à la région malléolaire. Enfin, dans les derniers mois, formation



d'autres taches jaunes ecchymotiques sur les jambes et les avant-bras.

Dans son pays, il a suivi le traitement mercuriel deux mois, puis ioduro-potassique, mais sans aucune amélioration. Au contraire, sa maladie a empiré, la diffusion de l'affection se faisant plus rapidement.

Aussi il entre à l'hôpital des Incurables (quatrième salle des hommes), le 23 août 1877, service du professeur de Amicis.

*Etat à l'entrée du malade.* — Homme robuste. La maladie est limitée aux membres.

*Membre supérieur droit.* — Sur la moitié supérieure de la paume et de la partie correspondante du dos de la main et jusque vers le poignet se voit, sur la peau, une coloration violacée vineuse plus ou moins accentuée, de sorte qu'elle paraît comme tachetée. Le derme, dans toute son épaisseur, est dur et infiltré. Les limites de la coloration vont en disparaissant peu à peu et en faisant peu de relief au-dessus des parties voisines. La mobilité des doigts est gênée, ils sont fléchis ; pour l'annulaire et le médius l'extension est impossible. Sur le tiers moyen de la région cubitale, plaque de 0.06 centimètres de long sur 0.04 de large, ovoïde, plus colorée à la périphérie qu'au centre où on constate une phase de régression, de sorte qu'elle a une apparence annulaire, et livide, pourpre cuivré ; les bords sont relevés, et toute la partie malade se montre infiltrée, de sorte que la plaque peut bien être soulevée par les tissus sous-jacents.

Au voisinage du coude s'observe une tache, d'une pièce de cinq centimes d'étendue, tachetée en jaune ou jaune verdâtre qui ressemble parfaitement aux colorations de l'ecchymose en voie de disparition.

Au toucher on ne perçoit pas d'infiltration.

Sur la partie interne du bras infiltration de la même couleur et de l'étendue d'une fève.

*Membre supérieur gauche.* — La main est parfaitement libre, les taches infiltrées occupent la région cubitale, une de la



grandeur d'une pièce de dix centimes s'observe dans le quart moyen de la surface de l'avant-bras, et une autre petite sur la ligne articulaire. Celles de la région cubitale ont des formes, des dimensions diverses, tantôt oblongues, tantôt circulaires, disposées en séries ; quelques-unes d'une couleur rouge brun uniforme, d'autres plus pâles au milieu et d'une coloration plus accentuée à la périphérie.

*Membre inférieur droit.* — L'affection occupe tous les orteils, suivant la ligne interne du gros orteil jusqu'à la malléole, occupant aussi la plante. A la partie externe, les taches apparaissent au voisinage de la région malléolaire, s'étendent le long de la surface antérieure de la jambe et là on observe des taches jaunâtres infiltrées et des plaques d'une couleur brune livide, de sorte qu'en passant la main sur la surface cutanée, on sent ces irrégularités.

Les taches et les infiltrations se diffusent de bas en haut, sont disposées en séries, de sorte qu'il semble qu'elles suivent la direction des vaisseaux.

*Membre inférieur gauche.* — Même aspect que le droit, les infiltrations et les taches plus nombreuses, le gros orteil plus gonflé, d'une coloration plus intense. L'infiltration s'étend sur le bord interne du pied.

Sur la partie externe du tibia, une tache rouge brun, de la grandeur d'une pièce de cinq centimes, entourée par une tache jaunâtre très étendue et nullement infiltrée. Des bords de cette place, on excise, pour l'examen microscopique, un morceau de peau, de façon à prendre une partie de l'infiltration et une partie du bord coloré jaunâtre. Une excision semblable est faite d'une petite tumeur de l'avant-bras droit.

Le gland et la peau du prépuce présentent une coloration bleuâtre avec infiltration superficielle.

Ganglions lymphatiques. Les inguinaux-cruraux sont de la grosseur d'une grosse amande, les épitrochléens droit et gauche ont le volume d'une petite noix, les axillaires sont peu développés, les cervicaux non appréciables.



*Signes subjectifs.* — Sensation de brûlure, tension dans les parties malades et, de temps en temps, douleurs lancinantes dans les pieds. Marche difficile, à cause des douleurs, par la pression du pied sur le sol.

*Diagnostic.* — Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.

Le malade, après un séjour de quelques semaines à l'hôpital, sort volontairement vers le milieu de septembre. Rentré vers le milieu d'octobre, il reste jusqu'au commencement de février 1878.

Pendant ce dernier séjour, la maladie est restée stationnaire; amélioration pourtant, le malade ne se plaint plus de la sensation intense de brûlure.

Quelques taches ont disparu, ont subi une régression spontanée et l'infiltration constatée n'est plus perceptible.

*Traitement.* — Bromure de potassium le matin, ergotine le soir; localement eau de Goulard, eau de laurier-cerise.

Le 8 juin 1878, le malade se représente; voici son état.

*Membre supérieur droit.* — La tache brune rougeâtre infiltrée qui couvrait le dos de la main, le médius et l'annulaire et s'étendait vers la paume, a perdu beaucoup de sa couleur et apparaît d'une couleur rosée, la peau a subi une phase scléreuse, elle est plus dure et ne peut être plissée, les doigts notés ci-dessus sont toujours dans la demi-flexion.

La tache de l'avant-bras n'est pas augmentée, la couleur est brônâtre et la peau est plus dure et résistante, en la plissant elle donne la résistance du parchemin.

Les mêmes modifications existent sur l'avant-bras gauche, où se montrent des plaques brunâtres, parcheminées, indolentes.

*Membre inférieur.* — Pied gauche, sur le gros orteil, coloration diminuée, d'un rouge pâle, les petites élevures, de la grosseur d'une lentille, se sont toutes atrophiées, et à peine on en trouve des traces, une fine desquamation les recouvre. La tache de couleur rouge livide qui occupait la plante du pied est à peine visible, la peau est restée seule plus dure.



Au voisinage de la malléole interne du pied gauche, petit relief rougeâtre, de la grosseur d'un pepin de raisin; cette éminence lobulaire était auparavant de la grosseur d'une aveline. Le malade lui-même l'a excisé avec un rasoir, et, depuis, elle n'a plus augmenté.

*Parties génitales.* — Sur le pénis, le long du repli préputial, la muqueuse, d'une coloration bleuâtre livide avec infiltration parcheminée, est moins saillante qu'auparavant.

L'état général est très bon; le malade peut marcher librement, met ses bottines, ce qui était impossible avant. On lui conseille un traitement toujours reconstituant, le bromure de potassium et l'ergotine.

Le Dr J..., du pays du malade, écrit en novembre 1881 au professeur de Amicis :

Les taches et les nodules restés invariables en nombre et en étendue ont pris une coloration plus foncée, ceux du pied gauche donnent, depuis quelque temps, lieu à une abondante exfoliation épidermoïde, les douleurs ont disparu, sauf à la région malléolaire externe de la jambe droite, elles n'ont cédé à rien et causent une claudication persistante; en dehors de cela, le malade jouit de la meilleure santé sans faire de traitement.

Le malade se présente de nouveau au professeur de Amicis le 18 janvier 1882. — Voici les modifications constatées :

*Membre supérieur droit.* — La tache brun rougeâtre du dos de la main qui se prolongeait sur le médus et l'annulaire et envahissait la paume a une couleur bleuâtre moins accentuée, elle est moins saillante, quoique la peau soit infiltrée dans toute son épaisseur et offre une consistance scléreuse assez dure, surtout sur le dos des doigts où elle est immobile et adhère complètement aux tissus sous-jacents, l'état de flexion des doigts est même augmentée, léger œdème sur le dos de la main. — Sur l'avant-bras, les plaques stationnaires sont même un peu plus affaissées, d'une coloration moins intense, surtout à leur partie centrale, la peau qui leur correspond est très résistante et donne la sensation de parchemin.



*Membre supérieur gauche.* — La main va mieux. Sur l'avant-bras au contraire, le long de la région cubitale postérieure, apparition de nouvelles taches d'infiltration, d'une couleur livide, quelques-unes se confondent à la périphérie avec d'autres plus anciennes, tandis que d'autres sont entourées d'une zone plus ou moins large de peau saine, elles intéressent toute l'épaisseur du derme et, par place même, une partie du tissu sous-jacent; toutes apparaissent saillantes sur la peau et donnent au toucher une certaine consistance.

*Pied droit.* — Maladie diffuse sur tous les orteils, plus étendue à la plante et le long du bord interne de l'arcade plantaire, se continue avec la région malléolaire correspondant avec la jambe. Sur le dos et la région calcanéenne, entre les plaques, petites nodosités en phase atrophique, la coloration est bleuâtre et, à la plante, elle est marquée par une mince couche de squames blanchâtres. Sur la jambe, pas de nouvelles taches, les anciennes en régression spontanée avec plus grande consistance de la peau qui est devenue par places scléreuse, absolument immobile sur les tissus sous-jacents et non plissable. Coloration moins intense.

*Membre inférieur gauche.* — Même modification.

*Parties génitales.* — L'infiltration et la coloration livide bleuâtre du prépuce ont disparu, seulement, on voit sur la peau du tiers antérieur du pénis une tache pigmentée hyperchromique.

Etat général satisfaisant, sauf la douleur habituelle vers l'extrémité supérieure du péroné droit qui est en une période d'exacerbation, cause la claudication et rend la marche pénible.

Ganglions inguinaux, axillaires, épitrochléens : ont le même volume qu'auparavant.

Sur les parties malades, aucune modification des diverses sensibilités, sauf la douleur qui est un peu exagérée.

On continue le même traitement bromo-potassique et, de temps en temps, l'ergotine.



OBSERVATION VI

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau (dermo-polimélano sarcoma idiopatico. — Observation IV du mémoire du professeur de Amicis. Napoli, 1882).

Le 24 avril 1880, P... C..., 62 ans, se présente au professeur de Amicis. — Individu de haute taille, de forte constitution, aucune maladie importante à noter dans la jeunesse, tous ses fils sont d'une bonne santé. Il souffre de la goutte depuis 20 ans. tophus uratique sur l'annulaire gauche et le dos de la main droite.

Il y a cinq ans, il a aperçu des taches sur les membres inférieurs qui, d'abord lisses et violacées, devenaient plus brunes et plus saillantes, leur grandeur variant d'une pièce de un centime à deux centimes, quelques-unes s'élevaient sous la forme papuleuse ou papulo-tuberculeuse, la coloration devenant plus brune et les taches s'élargissant formaient de larges surfaces colorées et infiltrées, de manière à occuper les deux cous-de-pied et les régions malléolaires ; elles se recouvraient de croûtes lamellaires, formées d'épithélium desséché ; détachées, elles ne laissaient pas d'ulcérations, mais une surface brun foncé.

Sur les jambes et les cuisses, il y a actuellement des taches noirâtres confluentes, de couleur noir pâle, d'autres de la couleur de l'ébène ; on trouve des plaques semblables infiltrées et discoïdes qui peuvent être soulevées, sur quelques points il y a des taches simplement maculeuses sans infiltration perceptible et, autour de quelques plaques, on observe une coloration jaunâtre ecchymotique, au niveau de laquelle la peau montre la même résistance que sur les parties normales.

Thorax indemne.

Les membres supérieurs commencent à présenter, sur le dos



de la main, une éruption à forme papuleuse, la coloration est ici d'un rouge plus vif. On observe aussi cinq ou six infiltrations sur les pouces droit et gauche.

Le malade porte, depuis l'enfance, un *nœvus* pigmentaire et pilosus, de forme oblongue; de quelques centimètres de long sur l'avant-bras gauche; un autre sur la région temporale droite; tous les deux sans altération.

*Phénomènes subjectifs.* — Légère sensation de brûlure et de tension aux pieds quand il reste longtemps debout.

*Diagnostic.* — Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.

#### OBSERVATION VII

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau. (Dermo-polimelano-sarcoma idiopatico. Observat. V du mémoire du professeur de Amicis, Napoli 1882).

F. de B. 74 ans, cantinier, de constitution robuste, père de plusieurs fils. Bonne santé habituelle, n'a jamais fait de maladie jusqu'à il y a cinq ans.

Vers cette époque il s'aperçoit d'une tache rouge brunâtre infiltrée au voisinage de l'articulation huméro-cubitale gauche à sa partie interne, de la dimension d'une amande et qui est restée isolée et stationnaire pendant 5 ans.

En août 1880 apparition d'une lésion identique sous la forme de petits tubercules agglomérés rouge bruns, violacés sur la paume de la main du même membre vers la région hypothénar. Ces tubercules envahissent la paume et les doigts jusqu'à l'extrémité de façon à former une surface continue.

L'hiver dernier en novembre apparition de la même lésion sur la main droite (région hypothénar, métacarpo-phalangienne) puis sur les doigts et le dos de la main, sous la forme d'élevures légèrement aplaties à la surface; quelques-unes de la grosseur



d'une lentille, planes, convexes ayant de un à deux centimètres, d'une couleur rouge brun, violacée. Aucune altération sur les autres régions, les extrémités inférieures sont jusqu'à présent épargnées. Quelques points douloureux; cataracte commençante dans les deux yeux.

*Examen de deux tubercules de l'avant-bras gauche, un ancien, l'autre plus récent.* — Induration des morceaux dans l'alcool, coupes colorées avec l'hématoxyline puis passées d'abord dans l'alcool ordinaire, puis absolu, enfin éclaircies dans l'essence de girofle et conservées dans le baume de Canada.

Sur le nodule de formation récente : l'épiderme n'est pas épaissi, le corps muqueux de Malpighi fortement coloré en noir, d'une pigmentation si intense qu'elle ne laisse reconnaître ni les noyaux ni le nucléole des cellules, elle accompagne sur une certaine étendue les conduits glandulaires et surtout les follicules pileux.

Sous l'épiderme l'infiltration néoplasique commence à plusieurs foyers, dans lesquels les éléments sont sphériques avec un gros noyau contenant un nucléole fortement coloré et bien distinct.

Tout autour il y a plusieurs agglomérations de granules pigmentaires et sur quelques points les éléments sarcomateux sont très bien pigmentés.

Sous ces foyers l'altération continue sans interruption jusque sous le pannicule adipeux, et elle est constituée par des éléments mélangés, fuso-cellulaires et sphériques avec prédominance des premiers, et les éléments se disposent en bandes (fasci) au milieu desquelles se voient des vaisseaux de nouvelle formation dont les parois sont formées de gros noyaux entourés de cellules allongées sarcomateuses, lesquelles les environnent dans un ordre plus ou moins constant comme cela peut se voir sur les vaisseaux qui ont été coupés transversalement.

A mesure que l'on s'avance dans les couches plus profondes du derme jusqu'au pannicule adipeux, on observe une extraor-



dinaire pigmentation des faisceaux conjonctifs lâches qui traversent obliquement l'épaisseur de la peau et vont se perdre dans les mailles de la couche graisseuse; le pigment est tantôt diffus, de forme granuleuse, tantôt forme des agglomérations au milieu des interstices du tissu, ou bien il est contenu dans les éléments néoplasiques.

L'infiltration néoplasique se diffuse graduellement entre les mailles où on peut aussi noter une infiltration pigmentaire. Aucune altération remarquable des glandes sudoripares ou sébacées.

Les vaisseaux artériels du tissu conjonctif sous-cutané sont énormément dilatés avec des parois épaissies et hypertrophiées particulièrement l'endothélium, la tunique musculaire dans laquelle les noyaux élargis et bien distincts par la coloration ont la même grandeur que les éléments fusiformes du sarcome.

Sur les coupes du nodule plus ancien, se voit une pigmentation plus marquée dans les éléments du corps muqueux de Malpighi spécialement sur les amas épithéliaux interpapillaires et ceux qui sont de nouvelle formation, on constate aussi une vascularisation plus grande.

#### OBSERVATION VIII

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau. (Dermo-polimélano sarcoma idiopatico. Observation VI du mémoire du professeur de Amicis.

D. B..., 44 ans, portefaix, marié, père de famille. Pas de maladie antérieure.

Août 1880. — Gonflement des mains et en même temps sur les deux apparition de taches infiltrées de couleur rouge bleuâtre plus marquées sur la main gauche.

Dans la suite sur ces taches infiltrées commencèrent à apparaître des points plus saillants comme des petites papules et



même comme des tubercules. Sur le pied (dos et parties latérales) apparition de petits tubercules l'année dernière.

L'éruption n'a jamais donné lieu ni à de la chaleur ni à de la douleur ou du prurit.

Admis à l'hôpital des Incurables (2<sup>e</sup> salle) le 21 juillet 1881 où il reste jusqu'au 31 septembre 1882.

Etat actuel. — Constitution robuste.

Les deux mains gonflées, comme rembourrées; la pression sur le dos des mains laisse une empreinte.

Sur le dos de la main gauche et sur les doigts éminences papulo-tuberculeuses de la grosseur d'une lentille ou d'un petit pois rouge bleuâtre dures; le médus et l'annulaire sont surtout atteints.

Sur l'apophyse styloïde du cubitus une tache infiltrée de la grandeur d'un sou, couleur bleuâtre, comme si elle résultait de la réunion de plusieurs papules.

La main droite est également atteinte; l'index et le médus sont surtout malades: le premier au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne présente un nodule de la grosseur d'une aveline avec une crevasse au centre, recouverte d'une croûte.

Gonflement mamelonné au sommet du médus et sur la face palmaire de la première phalange. Le dos de la main est très infiltré et œdémateux.

Les deux membres inférieurs sont œdémateux. Sur les pieds: taches, macules brunâtres et tubercules rouges violacés.

Impossibilité de se servir de ses mains par suite de leur gonflement.

Diagnostic. Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.



OBSERVATION IX

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau (dermo-polimélano-sarcoma idiopatico. Observation VII du mémoire du professeur de Amicis).

T., 71 ans, agriculteur, puis arpenteur, marié, père de trois fils. Bonne santé habituelle sauf quelques affections rhumatismales. Il y a quelques années il a été exposé à toutes sortes d'intempéries, chargé qu'il était de poursuivre des brigands.

Il y a quatre ans gonflement des pieds non persistant, il allait et venait, il pouvait marcher.

Il y a trois ans, sur les jambes et les pieds taches brunâtres qui ne le gênaient point. — En juin de l'année dernière même altération sur les mains, gonflement, sensation de brûlure et quelques taches de couleur livide.

Depuis l'année dernière jusqu'à présent les taches se sont multipliées et le gonflement est devenu persistant, la brûlure très vive, insupportable dans les mains et les pieds.

Depuis 3 ans cataracte de l'œil gauche ; depuis l'an dernier, de l'œil droit.

Etat actuel. — Etat général bon, constitution robuste, coloration de la peau rouge brunâtre.

L'affection est limitée aux membres supérieurs et inférieurs.

Membre supérieur gauche. — C'est la main la plus malade, elle est gonflée, dure résistante, avec impossibilité de fléchir les doigts.

Sur le dos de la main et sur les trois doigts majeurs (face dorsale et palmaire) coloration brunâtre foncé avec quelques points noirâtres saillants.

L'auriculaire et la moitié du pouce sont sains.

La région articulaire du poignet est gonflée avec plaque noirâtre infiltrée, c'est là que se trouve le maximum de la sensa-



tion des brûlures et de la douleur. Les taches et plaques infiltrées sont plus nombreuses sur la partie interne que sur la partie externe de l'avant-bras, d'une coloration bleuâtre plus intense sur le bord, l'infiltration occupe la peau dans toute son épaisseur, les taches ont une forme circulaire comme une pièce de cinq francs, ou bien une forme oblongue et irrégulière.

Sur le bras plaques plus petites groupées, de la grosseur d'une lentille, d'une couleur rouge vif; autour de quelques-unes d'elles coloration jaunâtre ecchymotiques.

Membre supérieur droit. — Il est moins malade. La main est gonflée, tous les mouvements sont possibles et les doigts peuvent se fléchir. Sur la face palmaire et dorsale des trois doigts moyens coloration rouge brunâtre piquetée çà et là de points plus noirs comme ecchymotiques. Le pouce et la moitié du petit doigt sont intacts.

Avant-bras. — La plus grande tache infiltrée existe près de l'articulation; à la partie interne on trouve douze à quinze taches rouge brunâtre infiltrées; quelques-unes plus grandes, irrégulières et dans l'intervalle, la coloration ecchymotique est plus apparente, mais sans aucune infiltration appréciable.

Sur le bras, le gauche est moins atteint que le droit; existent de petits points colorés.

Membre inférieur gauche. — Le pied est notablement gonflé comme la jambe et ressemble à un bas rembourré sans aucun pli, la pression digitale laisse une empreinte très persistante; la plante et le dos montrent une coloration plus foncée qu'à l'état normal. Sur la jambe taches papuleuses disséminées et confluentes, dans leur intervalle coloration ecchymotique jaunâtre. Les taches sont plus larges au voisinage de l'articulation du genou, elles sont disséminées sur la cuisse. Quelques-unes brunâtres présentent une dépression au centre avec suffusion ecchymotique qui s'étend sur des points où il n'y a pas d'infiltration.

Membre inférieur droit. — Plus gonflé que le gauche. L'affection est plus diffuse à la partie interne qu'à l'externe où on voit



seulement la peau lisse, tendue et d'une coloration légèrement jaunâtre. Empreinte à la pression digitale.

Coloration brune uniforme de la plante et du dos, taches nummulaires d'un rouge pourpre disséminées sur la face interne du membre jusqu'à l'articulation du genou et se continuant sur la cuisse où il n'y a ni tension ni infiltration oedémateuses, et là, la peau pouvant être plissée, la plaque infiltrée peut être soulevée facilement au-dessus des tissus sous-jacents.

Les autres régions cutanées sont exemptes de lésions. Rien de particulier sur l'état des ganglions qui paraissent normaux.

Phénomènes subjectifs. Douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, sensation de brûlure « comme du feu » dans le dos des mains et la plante du pied.

Température : 37°,5. P. 80. — Cœur normal, léger athérome aortique.

Traitement. — Bromure de potassium, ergotine.

Localement eau de Goulard et eau de laurier-cerise pour lavages.

Le malade retourne dans son pays d'où le Dr Giarnieri écrit en novembre 1881 : l'affection cutanée de la Cécilia n'est pas encore guérie, quoiqu'elle soit de beaucoup améliorée ; la coloration est d'un bleuâtre plus pâle, l'infiltration oedémateuse est diminuée, seulement vers le soir oedème des membres inférieurs. La main gauche qui ne pouvait faire aucun mouvement peut agir avec liberté. On peut dire que l'état général est rétabli.

#### OBSERVATION X

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau. Dermo-polimélano sarcoma idiopatico. Observat. IX du mémoire du professeur de Amicis. (Napoli 1882.)

*Avril 1881.* Pagli... Fr., 83 ans, fruitier, entré le 21 avril 1881 à la clinique, raconte que jusqu'à l'âge de 40 ans, il jouit tou-



jours d'une bonne santé. Depuis 20 ans environ, il a des accès de fièvre quotidienne.

Le malade a fait des excès de marche, il y a 6 ou 7 ans ; de retour d'un pèlerinage, marchant à étapes forcées, le pied gauche a été le siège d'un gonflement tel qu'il fût forcé d'abandonner le pèlerinage et de retourner dans son pays. Le même accident lui arriva quatre ans plus tard, lorsqu'il a voulu retourner à Montevirgne.

La maladie dont il est atteint actuellement a commencé il y a huit mois de la manière suivante : Il a vu apparaître un petit nodule de couleur rouge vineuse sur le troisième orteil du pied gauche, qui, vingt jours après, perforant l'épiderme se pédiculisa, il fut excisé avec des ciseaux.

En même temps apparut un autre nodule dans la région cubitale de la main gauche, identique à celui du pied, et le malade raconte que ces nodules après avoir perforé l'épiderme secrétaient un liquide visqueux au toucher et lorsque le pédicule était excisé il y avait une hémorrhagie en jet. A la suite de l'excision il restait une cicatrice plane et fortement pigmentée.

Après l'apparition des nodules du pied et de la main, il en parut huit ou neuf semblables autour du talon du même pied gauche, lesquels de la même façon perforant l'épiderme, ont été excisés un mois environ après leur apparition. Ces derniers étaient très douloureux et l'empêchaient de marcher.

Deux autres se montrent sur la partie inférieure du talon, sur le genou ; ils furent excisés. — Trois nouveaux ayant apparu sur la plante du pied, leur excision fut pratiquée.

Sur le pied gauche il n'en a plus reparu, mais sur l'avant-bras gauche 2 autres se montrèrent. Deux mois environ après, leur excision fut faite et en même temps en apparurent au niveau du pavillon de l'oreille droite et un autre à la partie supérieure et externe de la même oreille.

Etat actuel. — Individu de constitution robuste, développement normal, le pannicule adipeux sous-cutané est rare, mais le malade a toujours été ainsi.



Tête. — Sur la peau du cuir chevelu, rien d'anormal sauf à la partie médiane où existe de la calvitie; quant aux yeux, éblouissements du côté gauche.

Tuméfaction et épaissement du pavillon de l'oreille gauche. Coloration rouge vineuse qui laisse voir divers nodules saillants. Le pavillon de l'oreille droite est normal quant à la forme, mais il est un peu épaissi et présente cinq nodules.

Tronc. — A la partie postérieure vers les angles supérieur et inférieur de l'omoplate se voit un *moluscum pigmenté* et que le malade dit être congénital. Rien n'attire l'attention en avant, sauf 2 ou 3 nodules pigmentés sur la partie latérale droite de la région hypogastrique un peu au-dessus de la région inguinale.

Membre supérieur. — Rien aux bras, les avant-bras sont oedémateux dans leur tiers inférieur; le gauche à la partie supérieure et externe présente deux nodules en voie de formation et de plus, des taches pigmentaires de la grandeur d'une petite lentille. Le droit présente quatre petits nodules sur toute sa surface et de plus à sa partie externe et supérieure une tache due à l'excision d'un nodule.

Dans leur tiers inférieur l'avant-bras droit ainsi que le gauche mesurent 0.19 centim. de circonférence.

Les mains sont très tuméfiées aussi bien à la partie dorsale que palmaire. Au-dessus de l'articulation du premier métacarpien, la droite mesure 0.28 centim., la gauche 0.23,5.

La droite à sa partie palmaire a une coloration normale, il n'y a qu'un petit nodule sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Sur le premier métacarpien et s'étendant environ à 0,02 centim, au-dessus de l'interligne articulaire du pouce se voit une tache plus pigmentée à la périphérie et dans laquelle se trouvent de tout petits nodules.

Toute la partie dorsale est couverte d'une tache rouge vineuse, qui, commençant au niveau de l'articulation radio-carpienne s'étend jusqu'aux phalanges de tous les doigts.

La main gauche est pigmentée de la même façon à la partie



palmaire et dorsale et la couleur est d'un rouge vineux. A la partie palmaire on observe disséminés çà et là sur les taches de petits nodules ayant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à une lentille.

La pigmentation s'étend jusqu'à la pulpe du doigt où elle s'observe plus intense; à la partie dorsale elle n'est pas aussi distincte qu'à la région palmaire. Cependant on note des nodules et le médus présente la même coloration que la face palmaire. Nodule plus grand que tous ceux des membres supérieurs sur la face interne de l'index.

Organes génitaux. — Rien d'anormal sur le pénis, le scrotum est pigmenté et toute sa surface est pleine de nodules de diverses grosseurs depuis une tête d'épingle jusqu'à une aveline, l'un d'entre eux situé à gauche a perforé l'épiderme et sécrète un liquide visqueux au toucher.

Membres inférieurs. — La peau des cuisses présente à leur partie supérieure et externe de petits nodules à gauche, qui à droite sont situés dans le tiers inférieur à la face interne.

Depuis les genoux jusqu'au-dessus des malléoles, jambes oedémateuses, mesurant au niveau de l'articulation du genou 0.37, 5 à droite et 0.35, 5 à gauche; dans leur tiers moyen 0.38 à droite, 0.33 à gauche; au-dessus des malléoles 0.24 à droite et 0.23 à gauche.

Nodules à la face interne de la partie supérieure de la jambe droite, à gauche sur la moitié antérieure dans le tiers supérieur; de plus, pareilles tumeurs sur le genou gauche. Pieds énormément tuméfiés et à la partie moyenne de leur concavité, le droit mesure 0.29, le gauche 0.27.

Sur l'articulation tibio-tarsienne droite, on voit en avant une des taches de couleur rouge vineuse en voie de desquamation. Sur presque toute la surface du pied droit nodules, quelques-uns à la face plantaire qui est très sensible; la pression très douloureuse et en outre sensation de brûlure.

Le pied gauche est tuméfié, d'une coloration rouge vineuse mais moins intense qu'à droite, on observe des nodules variés



à la face plantaire et deux comme de grosses avelines, dont un situé au-dessus de la concavité de la plante et l'autre correspondant au cinquième métatarsien. Ces deux nodules ont déjà perforé l'épiderme, les autres sont plus petits.

Traitement. — Régime ordinaire — Excision des gros nodules du pied gauche situé dans le sillon digito-plantaire et quelques petits pansements phéniqués — Quelques jours après, excision d'un nodule du scrotum, compression pour arrêter l'hémorrhagie. Cicatrisation au niveau du gros nodule excisé au pied gauche, mais repullulation des petits. Compression tous les jours avec une bande, des jambes œdémateuses.

Le 11 mai érysipèle de la jambe droite, qui disparaît en quatre jours. — Le 15 mai, excision des nodules repullulés à la plante du pied gauche. — La compression des jambes est reprise comme traitement général : liqueur de Fowler, ergotine.

Quelques jours après on constate que les nodules excisés à la plante du pied gauche montrent une tendance à se reproduire, on les excise de nouveau, la cicatrisation paraît se faire.

Le 28 mai l'amélioration du malade est manifeste, mais les altérations locales sont stationnaires ; à la plante du pied guérison des plaies faites pour les excisions.

Le malade quitte l'hôpital devant continuer son traitement à l'ergotine et à la liqueur de Fowler.

#### OBSERVATION XI

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau. (Dermopoli-melano-sarcoma idiopatico. (Observat. X), du mémoire du professeur de Amicis. Napoli, 1882.)

A..., 41 ans, négociant, marié, père de famille.

Bonne santé antérieure. — Pas de syphilis.

Il a, dans le mois d'août 1881, vu apparaître sans cause au milieu de la paume de la main droite une petite tumeur et



deux autres sur le *medius* de la même main, une au bord cubital tout près du premier sillon interphalangien, une autre à la face radiale vers l'extrémité antérieure de la 3<sup>e</sup> phalange. Celle de la paume de la main avait la grosseur d'un pois, celles des doigts étaient attachées par un petit pédicule. Toutes les trois avaient une coloration bleuâtre, n'étaient pas très dures et saignaient facilement au moindre attouchement. Le malade assure que la petite tumeur qui a apparu à la région cubitale de la main contrairement aux autres avait suppuré spontanément et se détruisit. Les deux autres pédicules ont été excisés par lui avec ses ongles.

Bientôt développement de nouvelles productions sur le dos des deux mains, puis sur le *medius*, les espaces interdigitaux et la paume de la main; elles étaient très petites, miliaires, à peine élevées au-dessus de la surface cutanée, légèrement dures et indolentes au toucher, d'une couleur rouge brun assez intense. Sur les deux mains elles étaient disséminées et à différentes distances les unes des autres.

Ne faisant aucune attention à ces productions, le malade ne consulta personne; mais dans le mois il survint une éruption nodulaire aux pieds, à la face interne et externe, présentant les mêmes caractères qu'aux mains.

En février, le malade voit un médecin qui ordonna de la liqueur de Fowler. — Aucune modification.

Dans le milieu de mars, voyant que d'autres nodules s'ajoutaient aux premiers aux mêmes endroits, le médecin lui fait prendre du bromure de potassium et fait envelopper avec la toile de caoutchouc pour modifier la rigidité et la tension des parties. — Pas de modification mais pas de suppuration des tumeurs.

Etat actuel.—Homme de taille élevée, développement régulier, pannicule adipeux sous-cutané plutôt abondant, nutrition générale bonne, coloration normale de la peau et des muqueuses. Pas de douleur dans les régions affectées mais torpeur et fourmillements.



Lésions locales. — Mains. — Aux faces palmaire et dorsale on voit des nodules de dimensions variables (depuis un grain de raisin à un gros pois), tous s'élèvent au-dessus de la peau, leur couleur est bleuâtre, la consistance charnue, enfin indolence. Presque tous intéressent toute l'épaisseur du derme et un seul s'étend jusqu'au tissu conjonctif sous-cutané. Leur distribution dans ces régions est irrégulière, de plus, ils sont disséminés et seulement en quelques points forment-ils un groupe plus ou moins grand. Le médius droit et l'annulaire gauche sont les doigts qui présentent le plus de tumeurs.

Indépendamment des tumeurs sur les deux faces des mains, on note des taches d'extension variable de un centime à deux sous très infiltrées, bleuâtres ou livides. La plupart de ces plaques ne sont pas saillantes à la surface cutanée et c'est leur couleur qui les fait distinguer à la vue, d'autres sont suffisamment élevées, irrégulières à leur surface et paraissent résulter du groupement de petites tumeurs; au toucher on les sent dures et infiltrées. Une telle altération donne aux mains un aspect particulier, elles sont de plus œdématiées.

Pieds. — Œdème de la région dorsale, et sur le pied s'élèvent de nombreux nodules qui ont la même forme qu'à la main.

Pied droit. — Là on voit en outre une éruption de nodules aux bords externe et interne et surtout au bord externe. En tout on en compte sept, lenticulaires, indolores, rouge brunâtre. A la surface plantaire, à la région malléolaire, sur le calcaneum et les orteils on ne constate ni plaques ni nodules.

Pied gauche. — L'éruption est plus agglomérée, elle se montre sur les bords et sur le dos du pied jusqu'à la région malléolaire supérieure, les tumeurs sont disséminées, à petite distance l'une de l'autre, en tout on en compte douze.

De plus, on note une plaque allongée qui se dirige vers le dos du pied, de couleur livide, qui semble résulter de la confluence de petites tumeurs. A la plante, il existe vers sa partie moyenne, il y en a une de la grosseur d'une petite lentille.

A la partie antérieure du genou droit, deux petites élevures



d'apparence verruqueuse de couleur bleuâtre, une sur le genou gauche qui a apparu avant celles du pied et de la main.

Traitement. — Ergotine et solution arsenicale.

Le malade sort de l'hôpital et revient cinq mois après dans l'état suivant :

L'altération des pieds est stationnaire, aucun nouveau nodule, aucune autre infiltration. Aux mains la néoplasie a augmenté graduellement en se multipliant tant au point de vue de la forme des nodules que des plaques infiltrées ; les premiers survenant sur la face dorsale des doigts et les deuxièmes sur leurs faces palmaires, dans la paume et sur le dos de la main.

Dans ces dernières localisations, à celles déjà existantes s'en ajoutent d'autres, chacune de la grandeur d'un sou, suffisamment élevées et d'une consistance notable. Plusieurs d'entre elles sont situées auprès des autres préexistantes vers le centre, et d'autres rapprochées du bord cubital de la main.

La face dorsale des doigts est couverte de nombreux nodules très rapprochés les uns des autres et ayant la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois. La même dissémination nodulaire se note sur leurs faces latérales. — On excise un nodule de la grosseur d'un pois dans un espace interdigital, qui semble avoir perforé le stratum épidermique auquel il adhère par un petit pédicule.

Les régions palmaires dans toute leur étendue sont infiltrées et on ne remarque pas le plus petit espace de peau sain, les plaques dues à l'extension de celles qui existaient déjà se confondent avec celles de la face palmaire des doigts, elles ne sont pas lisses et polies à leur surface mais parsemées d'éminences nodulaires plus ou moins rondes et même acuminées vers le centre.

Dans les points où cette dernière apparence prédomine, elles sont plus saillantes, la surface paraît alors grossièrement chagrinée et cet aspect est d'autant plus évident que les différentes éminences sont séparées par des sillons plus ou moins profonds.

Il est à noter que les paumes des mains ont une coloration



bleuâtre foncée. Le progrès de l'affection a été uniforme dans les deux mains ; aussi il y a une parfaite symétrie, l'altération s'accompagne d'un œdème dur notable qui, dans cette extrémité, a un aspect éléphantiasique, de telle façon que la configuration naturelle est déformée et tous les jours la difformité augmente.

En dehors des modifications locales survenues dans les tissus, la lésion reste indolente et n'occasionne que des sensations de brûlure plus ou moins vive, cependant elle met obstacle aux divers mouvements et le malade ne peut se servir des mains. La sensibilité tactile est altérée, le malade a perdu sa sensibilité exquise au niveau de la pulpe des doigts, la sensibilité à la douleur est conservée. L'état général se maintient bon, les organes internes sont sains ; le malade ne se plaint que de torpeur et de sensation de fourmillements brûlants dans les parties atteintes par la néoplasie.

*Examen histologique.*—Préparation ordinaire. (Obs.VIII). — Immense vascularité comme chez l'enfant ; nombreuses lacunes vasculaires pleines de sang dont les parois sont formées par les éléments néoplasiques, qui, dans ce cas, sont ronds et fusiformes et en nombre égal. Dans les parties où ils ne limitent pas de lacunes, ces éléments sont entassés les uns sur les autres et montrent une masse compacte avec peu de substance intercellulaire spécialement où les fibres cellules se disposent en faisceaux, il n'est pas possible de voir entre les cellules des fibrilles intercalaires.

On voit aussi de nombreuses cellules pigmentaires dans le corps papillaire. Outre les lacunes de diverses dimensions que l'on voit en divers sens, il y a à noter une néoformation vasculo-capillaire dont les parois sont faites de noyaux gros comme les éléments du sarcome, circonscrits extérieurement par des cellules plus allongées.



## OBSERVATION XII

Melano-sarcome multiple idiopathique de la peau.  
Dermo polimelano sarcoma idiopatico. Observation XI du mémoire  
du professeur T. de Amicis. (Napoli, 1882.)

X..., âgé de 54 ans, bonne santé jusqu'en 1865; à cette époque chancres qui guérissent au bout d'un mois, accompagnés de tuméfaction des ganglions inguinaux. Trois mois après, ulcérations sous la langue et sur l'amygdale qui guérissent par le traitement au sublimé et l'iodure de potassium. En 1873 pneumonie.

Dans l'année 1878 il prétend avoir eu une tache rouge vineuse vers le tiers inférieur de la région antéro-interne du tibia gauche, et peu à peu des taches semblables de différentes grandeurs se sont montrées sur le dos des pieds et sur la jambe droite.

Tout d'abord ces taches étaient planes, sans modification de la surface de la peau, puis elles se sont élevées.

Sur le dos du pied gauche, à la partie externe, il y a environ deux ans, apparut à la périphérie d'une de ses taches un point plus élevé, qui, de la grosseur d'une tête d'épingle arriva à la grosseur d'un haricot de couleur rouge vineuse. Cette petite tumeur resta pendant assez longtemps inaltérée, mais à la suite de l'irritation de la chaussure s'excoria et fut détruite par des applications à l'acide sulfurique.

Dans l'année 1881 sur le dos de la main droite apparut une autre tache de la même apparence que les autres; en novembre 1881, se montra dans le premier espace interdigital du pied droit une éminence oblongue d'une couleur rouge sombre semblable au nodule qu'il avait déjà eu. Enfin en 1882 le malade se présente à l'observation du Dr de Amicis.

Etat actuel. Le malade est bien développé, la nutrition régu-



lière, la coloration générale de la peau d'un rose vif; les régions malades sont les extrémités.

Jambe gauche. Les tâches au nombre de trois sont distribuées depuis le tiers inférieur et au-dessous; la première a une forme ovale de 0.06,5 verticalement et 0.06 transversalement, les deux autres ont à peu près les dimensions d'un centime, la couleur est rouge vineuse tirant sur le jaune et disparaît imparfaitement sous la pression; la peau à leur niveau est dure épaissie et ne peut être plissée. Sur la circonférence de la plus grande tâche dans sa limite supérieure on note deux petites bosselures de la grosseur d'une tête d'épingle, roussâtres livides.

Pied gauche. Sur le dos on observe une grosse tâche rouge bleuâtre à forme allongée ayant 0,03 longitudinalement et 0,05 transversalement. La face dorsale du deuxième orteil offre également le même aspect maculeux. Rien à la face plantaire.

Jambe droite. A la partie interne, à cinq travers de doigt à partir du condyle externe du fémur, on note un petit nodule gros comme une grosse épingle, un peu plus bas que la malléole interne on trouve une plaque bleuâtre de la grosseur d'une grosse lentille et à la circonférence, cinq petits nodules de la grandeur d'un grain de chènevis.

Pied droit. Vers la partie interne du cou-de-pied droit on remarque deux petites tâches lenticulaires, et à la partie externe, cinq petits nodules d'un rouge sombre. Dans le premier espace interdigital un nodule oblong de la grandeur d'un haricot, d'un rouge vif, qui occasionne une grande gêne dans la marche.

Aucune tâche sur le reste de la surface cutanée sauf sur la main droite, une grosse plaque d'un rouge sombre et vineuse qui mesure 0.03 dans tous ses diamètres.

Phénomènes subjectifs. Le malade accuse dans les parties malades des fourmillements, des picotements, phénomènes qui s'accroissent dans le lit et à la chaleur.

Diagnostic. Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.



Excision avec des ciseaux d'une petite tumeur de l'espace interdigital du pied. On voit qu'un gros rameau vasculaire s'y jette et donne une abondante hémorrhagie arrêtée par le perchlorure de fer. — Depuis l'excision de ce nodule, il en a apparu 9 ou 10 petits, présentant les mêmes caractères.

L'examen histologique de ce tubercule présente les mêmes caractères que celui de l'observation n° X; avec la seule différence qu'ici prédominent les *cellules rondes et épithélioïdes*, avec une plus grande quantité de substance intercellulaire; grande néoformation de vaisseaux avec lacunes sanglantes et lymphatiques. Notable épaissement de la couche épidermique avec peu de pigmentation.

### OBSERVATION XIII

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau. (Dermo poli melano sarcoma idiopatico. Observation XII du mémoire du professeur T. de Amicis. (Naples, 1882.)

1882. A. V., 40 ans, coiffeur, célibataire, mère vivante, père mort à 35 ans, d'apoplexie.

Aucune maladie à relever sauf un catarrhe gastro-intestinal, et étant jeune homme un coup de pierre reçu au-dessus de la région malléolaire interne de la jambe droite. A la suite de ce traumatisme, formation d'un abcès qui a duré longtemps et s'est accompagné de périostite circonscrite; néo-production dont on voit actuellement les traces sous la forme d'une petite exostose.

En 1861, pour la première fois, ulcère vénérien avec engorgements ganglionnaires inguinaux, guérison de l'ulcère en 3 semaines sans disparition de l'adénopathie qui devint volumineuse, grosse comme un œuf de poule. Depuis lors les engorgements ganglionnaires sont restés indolents sans aucune tendance à la suppuration, cependant comme cette tuméfaction



devenait plus considérable, le malade pour la faire disparaître appliqua diverses pommades et des cataplasmes émollients et quand la tumeur fût un peu ramollie au centre, il la fit inciser, mais il ne sortit qu'un peu de liquide séreux et de sang. Avec le temps rétrocession des tumeurs qui sont dissoutes complètement.

A la suite de ces phénomènes, le malade ne sait pas dire s'il a eu des tâches rouges sur le corps ou des éruptions d'un autre genre, il affirme qu'en 1867 il a eu une douleur de la jambe droite accompagnée d'une légère tuméfaction de la crête du tibia.

En 1874 il a vu sans cause l'avant-bras gauche se fléchir sur le bras par une véritable contracture du biceps, ces phénomènes cédèrent à une cure iodique et mercurielle. Depuis cette époque aucune manifestation du même genre sauf un agrandissement et un épaissement progressif du maxillaire inférieur jusqu'à ses angles. — Dans la suite, il n'a eu comme maladie vénérienne qu'une blennorrhagie assez légère et d'une courte durée.

Au commencement de 1877 il eut pendant quelques jours des picotements douloureux aux jambes et vit non sans étonnement apparaître sur la jambe des tâches bleuâtres livides comme des ecchymoses de diverses grandeurs à une certaine distance les unes des autres. Il a eu d'autres taches semblables sur les cuisses et sur les jambes. Plus tard, d'autres semblables se sont développées sur les avant-bras, le dos et la plante des pieds. Dans ces derniers endroits outre les taches, il a constaté des saillies lenticulaires de la même teinte et surtout à la fin de 1878 il fut atteint d'une affection scarlatineuse compliquée d'albuminurie.

Quoiqu'il en soit, l'affection cutanée susdite a toujours progressé sur les jambes où l'altération est plus étendue et dernièrement elle s'est même manifestée dans la région sous-mentale.

Dès le commencement de cette affection, le malade a eu recours à un guérisseur de la ville qui, la considérant comme de nature syphilitique, lui fit faire des frictions mercurielles et



prendre de l'iodure de potassium. Le malade n'a retiré aucun avantage de cette médication. Dans les saisons favorables il est allé dans plusieurs stations balnéaires, toujours infructueusement, car l'affection a continué à se développer au lieu de rétrograder.

Il est à noter qu'aucun de ses parents n'a eu d'affection cutanée ou autre pouvant avoir un rapport avec la sienne.

Le malade vient consulter le professeur de Amicis le 21 janvier 1882.

*Etat actuel.* — Homme d'une taille élevée, développement parfait, constitution robuste, bonne nutrition générale, couleur normale de la peau. Ils se plaint de douleurs dans les jambes  
[ Face. A la région sous-mentale taches infiltrées ovales rouge-vineuses intéressant toute l'épaisseur de la peau d'un diamètre transversal de 0.07 sur 0.06, peu douloureuses au toucher, tout le corps du maxillaire est agrandi et épaissi.

Membre supérieur droit. Altérations limitées au quart inférieur de l'avant-bras, à la région dorsale. Là on observe, peu distantes l'une de l'autre, deux taches d'une couleur livide disposées transversalement de la grandeur d'une fève, elles font à peine saillie sur la peau et ne sont guère douloureuses.

Membre supérieur gauche. Lésions à l'extrémité inférieure, de l'avant-bras, à la face antérieure, au dos de la main et à son bord cubital taches infiltrées bleuâtres, petits nodules d'un rouge sombre gros comme un pois, disséminés sur ces régions.

Membres inférieurs. C'est là que les altérations sont surtout développées. Elles sont agglomérées sur les cuisses et les jambes; sur les premières, les régions antérieures sont épargnées tandis que les jambes sont entièrement affectées, les pieds compris, ils sont atteints aussi bien à leur face plantaire que dorsale. Sur les deux membres, l'altération occupe les mêmes régions avec une parfaite symétrie. Aussi bien sur les cuisses que sur les jambes l'affection est caractérisée par des taches livides et des nodules aplatis ayant la grosseur d'un pois, d'une olive, les uns plus ou moins saillants intéressent simplement



l'épaisseur du derme et visibles seulement par leur couleur différente. Les taches et les nodules sont confluents sur les jambes où on voit entre eux des parties cutanées saines et inaltérées de peu d'étendue. A partir du tiers inférieur jusqu'à quelques centimètres du cou-de-pied, la région est d'une manière uniforme cyanosée avec saillies disséminées à sa surface, de la grosseur d'une lentille à un grain de chènevis et couvertes de squames grisâtres fines et adhérentes.

Au toucher, cette partie de la peau est très épaissie, parcheminée, adhérente au tissu sous-jacent et non plissable. Sur les deux jambes près de la région malléolaire externe, il existe une tache très dure infiltrée qui se continue jusqu'à la plante du pied correspondante.

Sur le dos et les orteils des deux pieds, petits nodules et taches infiltrées de grandeurs diverses.

Les ganglions lymphatiques des régions inguinales sont légèrement tuméfiés, multiples, durs et résistants, mobiles et de la grandeur d'un gros haricot ou d'une petite amande. — Les axillaires à droite plus développés qu'à gauche, quelques-uns ont la grosseur d'une aveline. Les cervicaux se sentent à peine au toucher, le ganglion épitrochléen gauche est gros comme un petit haricot.

Diagnostic. Melano-sarcome multiple idiopathique de la peau ou syphilis constitutionnelle antérieure.

*Observation (type Kaposi) ne débutant pas d'emblée par les extrémités.*

#### OBSERVATION XIV

Cas de sarcome de la peau, par W. A. Hardaway.

Journal of Cutaneous and vener diseases, October 1884, p. 289.

L..., âgé de 56 ans, habitant le Missouri, dans de bonnes conditions sociales, ne présente comme antécédent pathologique



qu'une conjonctivite rebelle dont il aurait souffert autrefois. A une certaine époque, il a fait des excès de boissons, mais sa santé a toujours été excellente. Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus.

Il raconte qu'il y a environ deux ans, il vit apparaître au lobe de l'oreille gauche un nodule rougeâtre, un peu transparent de la grosseur d'un haricot. Il était le siège d'un peu de prurit, mais d'aucune desquamation et ne s'ulcéra jamais. Cependant au bout de six mois il le fit enlever et il n'y eût pas de récurrence sur place. Six mois après cette opération, plusieurs autres nodules apparurent sur le côté droit du cou juste au-dessous de l'oreille, ils étaient du volume d'un haricot, puis sur le dos de la main gauche. Sur cette région la maladie débuta par le deuxième doigt sous la forme d'une plaque diffuse d'infiltration ; peu après une autre plaque semblable se montra sur le doigt correspondant de la main droite ; puis l'évolution des nodosités de nouvelle formation se fit graduellement.

Lorsque le Dr Hardaway vit pour la première fois le malade le 30 janvier 1884, il constata l'état suivant ;

Homme ayant environ six pieds de haut, très maigre, couleur générale de la peau d'un brun jaunâtre, ne se plaignant que de légères douleurs lancinantes dans les mains.

Les oreilles sont le siège d'une infiltration violacée diffuse ; sous l'œil gauche se trouve une tumeur presque noire, pourprée, de la grosseur d'un pois ; sur la région malaire droite existe une tache d'un brun sale à peine saillante, mais au niveau de laquelle, on sent, quand on la saisit entre les doigts, que la peau est très infiltrée.

A la jonction du scrotum et des cuisses, avec le périnée se trouvent plusieurs néoformations ayant environ les dimensions d'une pièce de un franc ; sur le scrotum lui-même, on compte neuf tumeurs de dimensions variables. Le tronc est sain, mais les lésions atteignent leur maximum de développement sur les mains. Elles s'y présentent sous la forme de tumeurs fai-



sant une légère saillie et de larges infiltrations aplaties qui ne sont que fort légèrement surélevées au-dessus du niveau de la peau. La face dorsale des mains est beaucoup plus atteinte que leur face palmaire et le côté gauche plus altéré que le droit. (Voir la superbe chromolithographie annexée à l'observation.)

L'infiltration des doigts est si considérable que le malade ne peut fermer la main, au toucher on a une sensation de cartilage. Dans les autres régions, les néoplasmes sont un peu moins fermes. Les doigts ont pris une forme de fuseau. Lorsque les tumeurs commencent à apparaître, elles ont une coloration d'un rouge sombre, mais après quelque temps elles prennent une teinte violacée et un aspect brillant tout à fait spécial. Quelques-uns de ces nodules sont noirâtres, surtout un de l'œil droit et un autre sur le tibia. Quelques semaines après le malade fut revenu chez lui, il écrivit au Dr Hardaway, que les mains étaient devenues très douloureuses spontanément et à la pression. C'était une douleur profonde, brûlante, avec quelques élancements sous forme de paroxysmes.

Les tumeurs et les plaques des autres régions ne lui causent aucune gêne.

Le Dr Hardaway revit le malade le 28 avril 1884; la santé générale paraissait altérée, il était plus faible et il y avait une aggravation de l'état local. Les jambes étaient oedématisées; quelques tumeurs nouvelles de la grosseur d'une noisette, s'étaient produites sur les jambes et un nodule que l'on avait excisé pour l'examen histologique, avait récidivé.

Les mains étaient beaucoup plus envahies : plusieurs petites tumeurs nouvelles s'étaient formées sur la main gauche, trois nouveaux nodules s'étaient montrés sur la face dorsale de la main droite en même temps qu'une infiltration aplatie rougeâtre sur l'index, et deux plaques d'infiltration sur le bord externe de la face palmaire; l'index de la main gauche est très hypertrophié grâce à un accroissement marqué de l'infiltration. Cette main ne peut plus être fléchie et bientôt il en sera de même pour la droite. Les plaques circulaires qui se trouvent



dans la face palmaire de la main gauche sont maintenant d'une coloration plus brillante, et déprimées au centre.

Comme traitement le Dr Hardaway ordonna des injections hypodermiques de liqueur de Fowler, chacune de trois gouttes, faite tous les trois jours, 25 de ces injections furent faites.

L'examen microscopique du nodule enlevé fut pratiqué par les docteurs Heitzmann et A. Glasgow; il a montré que la tumeur était un fibro-sarcome.

#### OBSERVATION XV

Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.

Dermo poli-melano sarcoma idiopatico. Observation VIII du mémoire du professeur de Amicis. (Napoli, 1882.)

Décembre 1880. Giglio Annello, grec, 5 ans, né de parents sains qui sont encore vivants, il a une petite sœur âgée de 10 ans qui est en parfaite santé.

Antécédents. A l'âge de trois ans, convulsions qui ne se sont jamais répétées. Il y a huit mois qu'il a une petite tumeur sur la face latérale gauche du nez qui se prolongeait dans le sillon naso-génien. Cette petite nodosité avait au début, la grosseur d'un poids chiche, mais peu à peu, augmenta de volume et s'étendit jusqu'à la joue correspondante.

Au début, couleur normale de la peau, peu à peu devenue bleuâtre et foncée. Un médecin proposa l'énucléation qui fut refusée. Application de pommades sans résultats.

Trois mois après l'apparition de cette tumeur, on en observe d'autres sur les doigts de la main gauche, sur les bords radial et cubital de la main, près des espaces interdigitaux, puis sur la main droite. Ces tumeurs ont peu à peu envahi la superficie du corps (pied, région céphalique, tronc, même les organes génitaux externes).



Pas de phénomènes généraux marqués, si ce n'est un peu moins de vigueur.

Entrée du malade à la clinique.

Etat actuel. — L'enfant est assez développé et robuste, la coloration de la face est pâle et terreuse, les muqueuses d'un rouge clair, la physionomie triste et souffrante.

La température est de 38°, l'appétit est conservé, pas de douleurs au niveau des tumeurs.

Superficie cutanée. — A un examen général, uniformité de la lésion qui intéresse toute la peau qui est parsemée de nodules saillants et d'infiltrations de coloration bleuâtre et de taches ecchymotiques dans les intervalles. Ces efflorescences se rencontrent partout, mais sont disséminées et séparées par des espaces de peau saine.

Les taches sont de différentes dimensions, il y a une série intermédiaire depuis un pois jusqu'à un gland.

Les plus anciennes sont ovalaires, discoïdes, quelques-unes irrégulières. Quoique dispersées un peu partout, en certains endroits, elles se réunissent pour former des figures variées.

Toutes sont de couleur violacée, entourées d'une zone violacée qui se confond peu à peu avec la pâleur de la peau environnante, quelques-unes ont un aspect marmoréen.

Si on examine celles qui ont acquis un développement considérable, celles qui sont en pleine période d'accroissement, on voit qu'elles sont formées d'une masse qui occupe toute l'épaisseur de la peau, même le tissu conjonctif sous-cutané.

Les taches pigmentaires bleuâtres paraissent élevées au-dessus de la peau et ont des formes et des développements variés. Comme dimensions elles ont depuis un centime jusqu'à deux sous. Quoique ne faisant pas saillie à la surface de la peau, néanmoins par le doigt on constate à leur périphérie une consistance différente qui indique une infiltration notable de la peau et des tissus sous-jacents.

En comprimant avec le doigt on détermine une douleur très



vive, de plus, à travers les tumeurs on voit des veinosités apparentes.

Distribution des tumeurs.

Au cuir chevelu : seulement infiltrations qui apparaissent comme une grande quantité de petites tumeurs, la plupart sont circonscrites, quelques-unes font corps avec les tissus sous-jacents, elles ont le volume d'une fève ou d'une petite amande. Très nombreuses à la région occipitale temporale où on en compte seize. Les cheveux n'ont pas changé de couleur. Sur le front, outre les veinosités développées, on trouve beaucoup de petites tumeurs.

A gauche sur la tempe, groupe de tâches ayant dans leur couleur un mélange de rose pourpré de violet jaunâtre. Le tissu sous-cutané est infiltré et dur, il présente des éminences mamelonnées. Cette infiltration est de date récente et remonte à plus de 10 jours.

Sur la face se trouvent d'autres petites tumeurs surtout abondantes près de la région préauriculaire ; celles qui existent au niveau des pommettes près de la paupière inférieure, s'accompagnent d'un léger œdème qui les circonscrit.

Sur la partie latérale gauche du nez près du sillon, à la place où la première tumeur s'est montrée, on trouve une infiltration oblongue d'environ trois centimètres de long qui se révèle plutôt par le toucher que par la simple inspection. Sur les paupières supérieures, il y a une infiltration de couleur violette, les pavillons des oreilles sont sains, cependant la région mastoïdienne et préauriculaire est totalement recouverte. Quelques-unes sur le cou.

Tronc. — Là sont disséminées tant en avant qu'en arrière des tumeurs avec les caractères désignés ; leur nombre est extraordinaire, par curiosité à la partie postérieure en comprenant la région sacrée, on en a compté 120. — Il y en a plus en avant. Sur les points les plus saillants de la région dorsale, il y a une coloration jaunâtre ecchymotique et diffuse.

Membre supérieur. — Là dans toute l'étendue, les tumeurs



comme les tâches sont évidentes; dans le tiers moyen de la face interne du bras gauche, on note une masse d'infiltration qui envahit toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et une partie des muscles.

Encore dignes d'être notés les nodules qui sont sur les parties latérales des doigts et sur leur face dorsale depuis le commencement jusqu'à l'extrémité de la phalange, dépassant la première phalange ils empiètent sur la deuxième et la déforment considérablement.

Dans la paume de la main droite apparaît une plaque infiltrée de la dimension d'une pièce de deux sous qui se prolonge jusqu'à la commissure, d'une coloration violette et se relève par un ourlet périphérique au-dessus de la peau saine.

Membres inférieurs. — Là se trouvent également dispersées les mêmes lésions sur toute leur étendue; sur le dos et la plante des pieds on note vers la partie moyenne de larges plaques oblongues ayant le même aspect qu'à la main, ayant six centimètres de long sur quatre de large. La peau des pieds et des jambes est tendue et légèrement œdémateuse; empreinte par la pression du doigt.

Organes génitaux. — On observe des nodules, des infiltrations sur le pubis, sur la peau du pénis et du scrotum. Sur le pubis on rencontre deux infiltrations concaves de forme demi-lunaire qui embrassent par leur concavité la racine du pénis; sur la face dorsale de celui-ci, on trouve de petits nodules qui vers le prépuce forment une couronne près de son orifice, et empêchent de l'attirer vers la couronne; si on cherche à découvrir le gland c'est à peine si le canal urinaire devient visible.

Sur le scrotum existent des nodules de la grosseur d'un petit pois et à sa partie postérieure ils se confondent avec d'autres semblables qui siègent au périnée.

La peau conserve cependant sa sensibilité, celle à la température paraît plutôt exagérée.

Ganglions lymphatiques. — Les cervicaux, inguinaux, axil-



laïres sont un peu durs, mais mobiles, parfaitement distincts de la grosseur d'un pois chiche à un petit pois.

Sur les muqueuses accessibles au regard, rien à noter.

Les organes internes examinés sont sains, pas de phénomènes cérébraux.

Diagnostic : Mélano-sarcome multiple idiopathique de la peau.

L'enfant resta une semaine à la clinique. L'affection resta stationnaire jusqu'à la fin de mars, à cette époque l'éruption cutanée est devenue plus confluyente : L'enfant perdit l'appétit, avait soif, la diarrhée et se plaignait de douleurs abdominales. Fièvre élevée qui dura trois jours. Le troisième jour, il eut de l'affaiblissement, de la somnolence, du coma et trois jours après, mourut avec des phénomènes de dyspnée, le 3 août 1881.

*Autopsie.* — 26 heures après la mort. Toute la surface cutanée est recouverte de taches bleuâtres d'une couleur plus intense sur l'abdomen et le thorax, grosse bulle à contenu séro-hématique sur le pubis et le scrotum, œdème des membres inférieurs, précoce putréfaction. Le cuir chevelu est très infiltré. Pas d'adhérence entre la dure-mère et le cerveau qui est très développé, pas de tumeurs dans le cerveau. Thorax. — Liquide roussâtre abondant dans la cavité pleurale; sur les côtes et les espaces intercostaux nombreuses taches bleuâtres infiltrées au nombre de 10 à 12 pour chaque côte. Même aspect sur le péricarde qui contient aussi un liquide abondant semblable à celui de la plèvre. Poumons normaux. Hypostase prononcée vers les bases avec œdème.

Foie : nodules blanchâtres à la face inférieure et supérieure, résistants à la coupe.

Rate : augmentée de volume et ramollie.

On conserve des morceaux des divers viscères, de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras gauche. Putréfaction rapide de ces fragments qui sont jetés. La main est conservée dans l'alcool.



*Examen histologique, au niveau de la main.*

L'épiderme dans plusieurs coupes ne montre aucune altération ; dans d'autres, la partie inférieure du corps de Malpighi est fortement pigmentée. Le chorion est très vasculaire, cette vascularité commence à partir du stratum épithélial ; il y a là des vaisseaux sanguins très dilatés en forme de lacunes remplies de globules sanguins qui ont complètement transformé le tissu papillaire. Les lacunes n'ont pas de parois propres, mais sont délimitées par des cellules très allongées, nucléées fusocellulaires, c'est la forme en plusieurs points du sarcome fusocellulaire télangiectasique. Sur d'autres points, c'est le parvicellulaire ; les points les plus nombreux présentent la première forme.

Il est à noter que sur d'autres points éloignés des vaisseaux, des éléments ronds ovalaires deux ou trois fois plus grands que les corpuscules sanguins avec un ou deux noyaux.

Les conduits des glandes arrivés au niveau du corps papillaire se développent sous la forme d'ampoules ou de massues avant d'entrer dans le stratum épithélial, probablement cette forme est due à la laxité du tissu conjonctif modifié par la vascularité qu'il a subi et conséquemment, se montre moins résistant.

La majeure partie des éléments néoformés ronds épithéliaux fusiformes qui se trouvent dispersés dans l'épaisseur du tissu conjonctif cutané montrent une infiltration pigmentaire qui, ordinairement est constituée par de petites granulations jaunâtres.

Les conduits des glandes sudorifères se montrent plus gonflés, plus épaissis dans leur paroi jusqu'aux conduits excréteurs qui sont entourés d'éléments sarcomateux pigmentaires.



*Cas intermédiaires, de passage entre le type Kaposi  
et le type globo-cellulaire simple hypodermique.*

OBSERVATION XVI.

Cas de néoplasme pigmenté de la peau par W. A. Hardaway. *Journal of Cut. and Vener. disea.* New-York, vol. 1.

TRADUCTION TEXTUELLE

E. S. âgé de 40 ans, négociant, n'a eu aucun membre de sa famille atteint de maladie cutanée, père mort de pneumonie à 70 ans, mère du choléra, 2 frères morts, 3 sœurs vivantes et d'un âge fort avancé. — Quant à lui, il a eu des convulsions, dans l'enfance, mais aussi loin que remontent ses souvenirs, il n'a jamais été malade. Matelot pendant 6 ou 7 ans, il a abandonné cet état en 1867; depuis sa jeunesse il souffre d'un écoulement d'oreilles, il a eu 2 blennorrhagies mais nie toute autre affection vénérienne.

En 1871 il a eu les ganglions des aisselles, des deux côtés du cou, des aines et des coudes qui ont augmenté de volume. Mais il affirme de la façon la plus catégorique que ni à cette époque ni plus tard il ait eu des manifestations syphilitiques. En 1874 pour faire disparaître ses adénopathies qui pourtant ne provoquaient ni gêne ni douleur, de lui-même il prit de l'iodure de potassium et du sirop de salsepareille. Ces médicaments n'eurent aucune influence sur le volume des ganglions. Après avoir fait cette médication pendant quelques mois, le malade remarqua sur la face un petit nombre d'élevures qui une fois disparues laissèrent à leur place de petites taches brunes. Il croit pouvoir affirmer qu'une des petites masses qu'il porte actuellement sur la paupière supérieure et une autre qui se trouve à l'union de l'aile gauche du nez avec la joue, se déve-



loppèrent sur les taches brunâtres et succédèrent aux élevures mentionnées plus haut. Ces petits points pigmentés augmentèrent en nombre, mais autant qu'il peut se souvenir, ils ne débutèrent pas de la même façon, mais apparurent, au contraire tout d'abord sous la forme de taches rouge-brunâtres comme elles se présentent aujourd'hui.

En 1876 quand l'éruption de la face eut acquis un développement assez considérable, le malade vit un médecin qui diagnostiqua une affection syphilitique et le soumit au traitement mixte énergique pendant 7 mois, mais sans résultat ni sur l'affection cutanée ni sur l'engorgement ganglionnaire. Aussi en 1877, le malade alla aux sources chaudes de l'Arkansas sans succès.

Quoiqu'il en soit, il est très affirmatif sur ce fait, que l'augmentation de volume des ganglions lymphatiques a précédé l'éruption de presque 4 ans, ajoutons qu'il s'est marié en 1878 et qu'il est père de 2 enfants très bien portants.

Etat actuel. — Le malade a été vu par le Dr Hardaway pour la première fois il y a 2 ans, et son affection n'a subi aucune modification jusqu'au second examen (22 mars 1882); depuis cette époque il est constamment resté sous l'observation du Dr Hardaway qui expose ainsi cette histoire clinique.

Le malade est un homme bien musclé, de 5 pieds 6 1/2 pouces cheveux et barbe blonds, bon appétit, organes en bon état. A l'examen, les ganglions lymphatiques de l'aîne ont des volumes variables depuis la grosseur d'un pois à celle d'une noisette; les ganglions épitrochléens sont visibles à l'œil, ceux du cou sont moins volumineux qu'autrefois mais mobiles et indolents; le malade est certain que cet engorgement a précédé de plusieurs mois les lésions cutanées, et à part les ganglions qui, suivant lui, sont moins volumineux, les autres pendant une période de 10 ans environ n'ont subi aucune modification. Hardaway confirme ces assertions au moins en ce qui concerne ces deux dernières années.

La peau du malade, sauf dans les régions affectées est tout à



fait normale, ses fonctions sont intactes. Les lésions cutanées siègent sur le front, sur la paupière supérieure droite, sur les joues, dans la barbe, sur le menton, en avant sur les parties latérales et en arrière du cou, sur les genoux, les cous-de-pied. Leur nombre égale à peu près 31, elles varient comme dimension d'un pois à 2 pouces de long sur 1 pouce de large. Les placards les plus grands siègent sur la face et le cou, les taches les plus petites sur les genoux et les pieds, et aussi sur les premières de ces régions; leur forme générale est ovalaire, la coloration présente deux teintes ou variétés, c'est par hasard qu'à un des examens on a observé que le centre était rosé et les bords orangés. Les petites taches sont orangées dans leur totalité, les divisions entre les bords et le centre ne s'étant pas encore faits. Sur les grands placards on voit le centre traversé en tous sens par des vaisseaux sanguins, mais chose curieuse, ces vaisseaux ne s'avancent pas jusqu'aux bords orangés mais sont brusquement interrompus et rigoureusement limités à la partie rosée de la lésion. Les petites taches ne sont pas pourvues de vaisseaux. Nulle part sur la peau, sauf aux points signalés on ne voit de téléangiectasie. Sur les petites tâches l'épiderme paraît légèrement fendillé, les bords orangés des grands placards présentent jusqu'à un certain point le même aspect, mais leur centre a un revêtement épidermique parfaitement lisse. Les bords orangés des lésions de la face font une saillie appréciable, tandis que leur centre est déprimé, rien de semblable pour les petits placards. Les grandes lésions situées sur la nuque ont une surface uniforme, le centre et les bords existent bien mais ceux-ci ne font aucune saillie, et les centres n'offrent pas la moindre trace d'atrophie, il est vrai que ces lésions du cou sont moins anciennes que celles de la face. Les bords orangés aux points où ils sont le plus développés présentent une largeur d'environ un tiers de pouce.

En pinçant la peau entre les doigts, on sent nettement qu'on a affaire à une infiltration qui occupe toute l'épaisseur de la peau, mais les tumeurs les plus épaisses se déplacent libre-



ment, ne donnent aucune sensation de sclérose, sont au contraire plus ou moins compressibles.

Les lésions du front subissent incontestablement une régression progressive, car les centres sont nettement amincis sur le sourcil droit, siège de la lésion la plus avancée, la circonférence extérieure saillante et pigmentée, est encore bien développée mais une bonne partie du centre a repris la coloration normale de la peau, et on ne voit pas de vaisseaux pénétrant dans cette portion atrophiée. Sur la tempe gauche, dans les cheveux, une lésion ancienne a également subi un certain degré de régression, le centre est très pâle et mince, tandis que le bord est divisé en trois segments qui sont considérablement infiltrés. Là où les lésions pénètrent dans la barbe elles ne paraissent pas empêcher l'accroissement des cheveux. La sécrétion sudorale ne se fait pas aussi bien sur les parties malades que sur les parties saines, pourtant elle n'y fait pas complètement défaut.

La maladie ne donne lieu à aucun autre symptôme ni subjectif ni objectif, pas d'altération de la sensibilité sur les tumeurs.

En mars on fit l'excision de toute l'épaisseur de la peau au niveau d'un des plus grands placards de la nuque sur une étendue d'un demi-pouce. La plaie fut réunie par 3 points de suture et guérit rapidement par première intention.

Pour terminer l'histoire clinique de ce cas, Hardaway appelle l'attention sur les points suivants : 1° l'existence des ganglions lymphatiques hypertrophiés qui ont précédé de longtemps l'apparition des lésions cutanées ; 2° la localisation de la maladie d'abord sur la face, puis quelques années après seulement sur les autres régions et en dernier lieu sur les membres inférieurs ; 3° le mode d'évolution des lésions. Elles se montrèrent tout d'abord sous forme des petites tâches orangées ; à un degré plus avancé, placards considérables, faisant une saillie uniforme, à centre rouge très vasculaire, à bords étendus et pigmentés ; puis dépression et amincissement, finalement ré-



gression du centre avec disparition des vaisseaux sanguins et segmentation des bords.

L'examen histologique, pratiqué par le Dr Heitzmann (de New-York) sur une portion de tumeur excisée en mars, a fourni les résultats suivants :

La surface de la coupe est unie, et présente des points intacts. La couche épithéliale est considérablement amincie et ne comprend que trois ou quatre couches d'épithélium cubique et une seule couche d'épithélium cylindrique, sans pigmentation bien marquée. Les papilles sont les unes intactes, les autres aplaties, quelques-unes même complètement détruites. Les vaisseaux sanguins de la couche papillaire sont gorgés de sang.

Le tissu conjonctif de la couche papillaire et de la portion contiguë du derme est normal, assez lâche et ne renferme pas de faisceaux enchevêtrés.

Le néoplasme débute immédiatement au-dessous de la couche papillaire et se présente sous la forme de noyaux globuleux, entourés de tissu fibreux relativement dense. Près de la surface externe ces noyaux sont petits, mais ils deviennent de plus en plus considérables à mesure qu'on se rapproche du tissu sous-cutané, où leur diamètre est de 5 à 6 fois plus grand que celui des tumeurs les plus superficielles. Tous ces noyaux sont constitués par des amas de cellules embryonnaires de forme et de volume variables, et séparées les unes des autres par une couche munie de substance cimentaire. Les cellules sont les unes petites, globuleuses et homogènes, les autres dépourvues de noyau mais à granulations considérables; d'autres enfin sont grandes, finement granuleuses et renferment un noyau bien distinct. En aucun point elles ne présentent les dimensions ou la forme polyédrique de l'épithélium. Les noyaux les plus superficiels renferment en assez grand nombre de myéloplaxes ou corps multinucléés, lesquels se rencontrent également, mélangés à des cellules embryonnaires dans les noyaux de plus grandes dimensions.

Les parties les plus inférieures des tumeurs, celles qui se



rapprochent le plus de l'hypoderme, présentent une grande quantité de pigment brun foncé. Les granulations pigmentaires sont accumulées surtout dans l'intérieur des cellules, mais on en rencontre également dans le tissu conjonctif interstitiel.

Les follicules pileux sont normaux. Le tissu cellulaire sous-cutané présente les cellules adipeuses habituelles, inaltérées. Dans le tissu conjonctif très délicat qui sépare les cellules adipeuses, on voit par ci par là des amas pigmentaires étoilés.

Les tumeurs de cette nature représentent cette variété que Billroth a le premier décrite sous le nom de sarcome alvéolaire et que Heitzmann appelle myélome alvéolaire. Cette tumeur était au début d'une malignité peu accentuée, puisque les noyaux les plus superficiels et sans contredit les plus anciens sont peu développés et que le tissu conjonctif interstitiel est peu abondant. En progressant, elle prit un caractère de malignité de plus en plus considérable, attendu que les noyaux considérables, ceux qui avoisinent l'hypoderme et sont remplis de matière pigmentaire, représentent le type le plus grave de myélome, c'est-à-dire le myélome alvéolaire mélanique, dont le pronostic est, on le sait, de la dernière gravité.

Ce malade est revu par le D<sup>r</sup> Hardaway le 7 décembre 1882. L'état général est resté excellent. Quant aux tumeurs cutanées, elles n'ont subi d'autre modification que celle qui résulte du traitement. Ce dernier consiste dans l'électrolyse appliquée principalement au centre des taches (partie renfermant les vaisseaux dilatés). En ces points on retrouve de très belles cicatrices lisses.

En 1883, le D<sup>r</sup> Hardaway revoit le malade et le trouve dans l'état suivant : La santé générale n'a subi aucun changement notable depuis un an et demi. Le malade est peut-être un peu plus jaune et plus maigre ; mais ce fait pourrait tenir à d'autres causes.

Les tumeurs sarcomateuses ont augmenté de nombre et d'étendue. Les placards du front, isolés en 1882, sont maintenant complètement réunis, les vaisseaux sont encore visibles

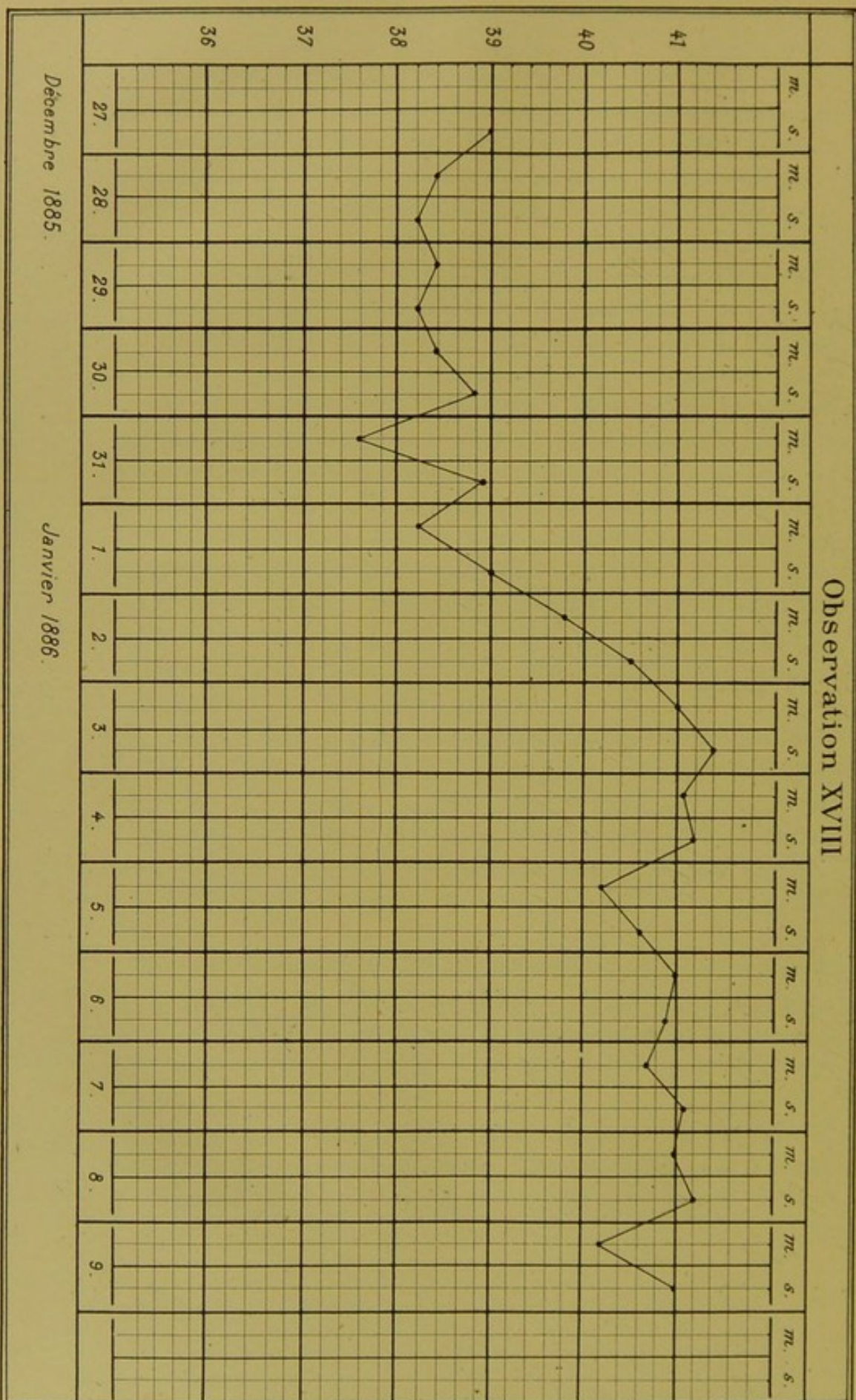






# SARCOMATOSE CUTANÉE

## Observation XVIII





aux mêmes points. La tumeur du sourcil droit, dont le centre avait repris l'apparence normale, grâce à une régression du processus morbide, présente de nouveau le même aspect que les autres lésions. La pigmentation des diverses tumeurs n'est pas devenue plus foncée.

De nombreuses tumeurs nouvelles se sont montrées surtout sur la face dorsale des mains et des pieds; aucune sur le tronc.

#### OBSERVATION XVII

Cas de sarcomatose généralisée de la peau guéri par les injections sous-cutanées d'arséniate de potasse.

Malade présentée à la société médicale de Berlin, le 25 juillet 1882 par le professeur H. Köbner, Berlin, Klin. Wochenschr., 1883, n° 2.

Observation traduite dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 2<sup>e</sup> série, T. IV, 1883, p. 281.

#### OBSERVATION XVIII (1)

(Inédite)

Dermato-sarcome multiple idiopathique. Observation due à l'obligeance de M. Hallopeau et de M. Bouttier, notre excellent collègue et ami, qui nous ont autorisé à voir et à suivre le malade.

Le nommé R... Jules, âgé de 22 ans, employé au chemin de fer de l'Est, né dans le département de Meurthe-et-Moselle, entre le 27 août 1885 à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Hallopeau, salle Hillairet, n° 26.

C'est un homme de taille moyenne au teint pâle, mais habituellement bien portant; il n'a fait aucune maladie sérieuse. Il y a trois mois il a eu une blennorrhagie, mais ne présente aucun antécédent syphilitique, alcoolique ou rhumatismal.

(1) Pièces moulées déposées au Musée de l'hôpital Saint-Louis, nos 1078, 1107.



Ses parents sont encore vivants et bien portants. Son père a 61 ans, sa mère 51 ans; cette dernière souffre de douleurs vagues dans les articulations, mais n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les frères et sœurs sont également en bonne santé.

Il fait remonter le début de l'affection qui l'oblige à entrer à l'hôpital, au mois de juin 1885. A cette époque il vit apparaître, d'abord sur la face interne de la cuisse gauche, des taches d'un rouge foncé, au niveau desquelles la peau était épaissie. Ces plaques augmentèrent peu à peu de volume, s'étalèrent, firent une saillie arrondie au-dessus de la peau et prirent une coloration bleu violacé.

Pendant cet accroissement des éléments primitifs, de nouvelles taches plus petites apparaissaient sur la face, les membres supérieurs et tout le corps. Quant à l'ordre de leur apparition, le malade affirme que les premières ont bien été celles de la cuisse; les autres se sont montrées très rapidement et un peu partout simultanément, sans provoquer ni douleur, ni prurit. L'état général est resté bon, l'appétit excellent; il n'y a jamais eu de fièvre, et le malade n'est venu à l'hôpital que parce que la coloration de ses taches, surtout à la face, l'empêche de continuer son service.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il a remarqué du gonflement au niveau de la gencive supérieure; mais cette tuméfaction était plus gênante que douloureuse.

Voici quel était son état, constaté par M. Bouttier, interne du service, le jour même de son entrée, 27 août 1885.

Membre inférieur droit. — Le pied est normal, parfaitement sain. Sur la face interne de la jambe, à 4 travers de doigt au-dessus de l'extrémité de la malléole interne, on voit un petit groupe formé par la réunion de 4 ou 5 nodosités voisines les unes des autres, la plus grosse ayant la dimension d'une lentille, les autres moins saillantes; à la surface de chacun de ces noyaux la peau est d'un rouge violacé ne s'effaçant qu'incomplètement par la pression. Ils sont situés dans l'épaisseur de la peau,



mobiles sur le tissu cellulaire sous-cutané; leur consistance est uniforme et présente une rénitence élastique.

Sur toute l'étendue de la face interne de la jambe on note 3 ou 4 nodosités analogues et disposées sans ordre. Le long de la crête du tibia, deux d'entre elles ont une consistance particulière; elles sont dures, la peau n'adhère pas à leur surface, elles sont mobiles sous le doigt; il n'y a pas de changement de coloration à la peau.

Sur la face externe de la jambe, à 3 travers de doigt au-dessus de la malléole externe, on voit une tumeur saillante ayant les dimensions d'une pièce de un franc, d'un rouge violacé, nettement circulaire, enchâssée dans le derme; la peau à sa surface n'est pas mobile, ne se laisse pas plisser, mais profondément la néoplasie est mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané, sa consistance est rénitente, élastique; elle n'est pas douloureuse à la pression. — A 3 travers de doigt au-dessus de la tumeur précédente, on voit une saillie plus petite, moins violacée. — Le doigt promené sur la face externe de la jambe sent des saillies analogues à celles que nous venons de signaler sur la face interne, plus ou moins larges, avec ou sans changement de coloration de la peau.

Dans le creux poplité existent 2 ou 3 nodosités au niveau desquelles la peau est normale.

La cuisse offre également un certain nombre de tumeurs. Certaines sont volumineuses, d'autres très nombreuses, plus petites. Les plus grosses siègent de préférence sur la face externe et postéro-interne; elles sont au nombre de 5, la plus grosse a les dimensions d'une pièce de 2 fr., la plus petite celle d'une pièce de 50 centimes; la coloration de la peau à leur surface est partout la même: le centre est d'un rouge foncé; tout autour se trouve une zone violette dont la teinte diminue peu à peu à mesure qu'on arrive vers les parties saines. Leur consistance est ferme comme celle des tumeurs de la jambe dont elles ne diffèrent que par les dimensions. A la partie moyenne de la face interne de la cuisse, on trouve une nodosité ayant les



dimensions d'une pièce de un franc; au-dessus d'elle il en existe 2 petites de la grosseur d'une lentille. Sur les faces antérieures et postérieures de la cuisse on compte au moins une vingtaine de petites saillies de la grosseur d'un grain de chènevis visible à l'œil nu et reconnaissables aussi à leur coloration violacée.

Membre inférieur gauche. — Jambe. — Les tumeurs volumineuses sont peu nombreuses; on n'en voit que deux : une à la partie supérieure, en arrière de la tête du péroné, grande comme une pièce de 50 centimes, de coloration brunâtre au centre, violette à la périphérie. Mais sur toute l'étendue de la crête du tibia on sent une douzaine de nodosités dont la plus grosse a les dimensions d'un pois. A la partie moyenne de la jambe se trouvent deux autres noyaux sans changement de coloration de la peau. A la face externe de la jambe il n'existe que quelques petites nodosités à la partie inférieure; mais on remarque la présence de 7 ou 8 taches d'un rouge violacé de forme circulaire ou ovale, ayant des dimensions variant depuis celles d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celles d'une pièce de un franc, très peu saillantes, dont quelques-unes semblent encore reposer sur une base indurée tandis que d'autres reposent sur la peau normale.

C'est sur la cuisse de ce côté que se trouvent les tumeurs les plus volumineuses; elles siègent à la face interne, l'une, à 4 travers de doigt au-dessus du condyle interne, est saillante ovale de la grandeur d'une pièce de 2 fr., profondément implantée dans le derme; ses limites très nettes sont formées par un rebord saillant, de coloration rouge vineux qui tranche bien sur la peau voisine; la surface est lisse, la consistance ferme et élastique. Au-dessus et en arrière de cette tumeur on en trouve une autre ayant absolument les mêmes caractères, mais un peu plus petites. — Sur la face postéro-interne, au dessus de la partie moyenne de la cuisse, lésion analogue, mais de coloration plus foncée. Entre ces tumeurs volumineuses, on voit, comme ailleurs, dans la peau un grand nombre de noyaux analogues à



ceux situés sur les jambes et dont les dimensions varient de celles d'un grain de chènevis à celle d'une lentille.

Sur les fesses on trouve une dizaine de tumeurs ayant environ les dimensions d'une pièce de un franc, offrant les mêmes caractères que celles des autres régions, mais ces néoformations sont peu saillantes et à leur périphérie on constate un anneau lilas ou violet clair.

Membres supérieurs. Avant-bras droit. — Sur la face antérieure on ne constate pas de tumeur. Sur la face postérieure, à sept ou huit travers de doigt au-dessus du poignet, petite tumeur aplatie, cutanée, à la surface de laquelle la peau a un aspect ecchymotique sur le point de s'effacer. Immédiatement au-dessous du coude, lésion analogue mais plus petite, n'atteignant pas tout à fait la dimension d'une pièce de 50 centimes. Au-dessus de celles-ci, à la partie supérieure et sur le bord interne, autres tumeurs de petites dimensions. Sur le coude du côté de l'extension, lésion assez volumineuse ayant environ les dimensions d'une pièce de 5 fr., cutanée, paraissant constituée par la juxtaposition de deux productions morbides, l'une circulaire large comme une pièce de 2 fr., l'autre ovalaire; ces deux tumeurs de hauteur différente paraissent séparées par un sillon incomplet et ont une coloration bleu violacé.

Sur le bras les tumeurs cutanées sont nombreuses, mais toutes du côté de l'extension (sept ou huit en tout); les plus grandes ont environ les dimensions d'une pièce de 1 fr., les plus petites celles d'une lentille; leur coloration est violacée. De plus sur le bras on voit trois tumeurs de siège différent, l'une à la face antérieure, le long du bord externe du biceps; l'autre à la face interne en arrière du paquet vasculo-nerveux; une 3<sup>e</sup> au voisinage de la longue portion du biceps brachial. Ces tumeurs diffèrent des précédentes : 1<sup>o</sup> par leur siège hypodermique, la peau à leur niveau glisse sur elles; 2<sup>o</sup> par la coloration des téguments à leur surface qui est normale, sauf pour tant pour l'antérieure où l'on note un aspect bleuâtre, semblable à celui d'une ecchymose en voie de régression. Comme



dimensions, elles atteignent à peu près celles d'une pièce de 1 fr. Elles sont toutes mobiles aussi bien sur les parties profondes que sous la peau.

Sur le moignon de l'épaule on trouve quelques tumeurs cutanées de dimensions diverses.

Membre supérieur gauche. — Rien sur la face antérieure de l'avant-bras. Sur la face postérieure, dans son tiers inférieur, groupe de cinq à six tumeurs cutanées, grosses comme un pois ou une pièce de 1 fr. environ, disposées dans le voisinage les unes des autres, mais sans ordre.

Au coude, sur la face postérieure, petites tumeurs grosses comme un pois.

Sur la face antérieure du bras une tumeur cutanée toute petite; plus haut une autre sous-cutanée ayant la forme d'une lentille, mais très mobile.

Sur la face postérieure quatre tumeurs cutanées aplaties plus ou moins saillantes de grosseur à peu près égale, fortement pigmentées au centre avec une aréole périphérique d'un bleu violacé.

Thorax. — Sur la face antérieure, principalement au niveau des fausses côtes gauches, nombreux petits noyaux implantés dans le derme, plus sensibles au toucher qu'à la vue et sans changement de coloration de la peau.

Abdomen. — A droite de l'ombilic, groupe de 4 ou 5 nodosités grosses comme un grain de chènevis ou une lentille avec coloration violacée de la peau. Dans le flanc droit groupes peu nombreux; mais en regardant avec attention on voit de petites saillies peu élevées ne reposant pas sur une base très indurée.

Dans le dos petites tumeurs analogues mais peu nombreuses; lésions de même ordre dans l'aisselle gauche.

Face. — Les tumeurs sont assez saillantes. A leur niveau la peau a cette coloration bleu violacé que l'on trouve sur la plupart des autres tumeurs. Autour de cette partie foncée existe une zone plus claire formant une sorte d'anneau. Les tumeurs sont au nombre de 8 et ont à peu près les dimensions d'une



pièces de 50 centimes, on en trouve 3 disposées sur une série linéaire de chaque côté et parallèlement au sillon nasogénien, une autre près de la racine du nez, la troisième enfin dans la région malaire gauche.

Dans la cavité buccale, on trouve une épulis volumineuse développée sur le maxillaire supérieur du côté droit, au niveau de la gencive, et formant une saillie notable.

L'état général est bon, malgré un amaigrissement rapide depuis huit ou dix jours. Bon appétit. Pas de phénomènes généraux. — Rien du côté des viscères.

Les ganglions des diverses régions sont normaux, sauf ceux de la région carotidienne droite qui sont manifestement augmentés de volume.

Le malade est soumis à un régime tonique. M. Hallopeau porte le diagnostic de sarcomatose cutanée généralisée. Une des tumeurs de la partie inférieure du bras est enlevée pour être examinée histologiquement.

Pendant un mois l'état général reste stationnaire, mais les tumeurs augmentent de volume et de nombre, et quand nous voyons le malade à la fin du mois de septembre 1885, nous constatons l'état suivant :

La malade est pâle, amaigri ; le teint est terreux, et sur cette coloration les nombreuses tumeurs tranchent par leur teinte bleu violacé ou livide.

Considérées au point de vue de leur ensemble, ces tumeurs sont généralisées ; elles occupent toute la surface du corps, sauf les mains et les pieds. Quant à leur forme, elles sont arrondies ou ovalaires ; leur diamètre varie de un millimètre à 5 ou 6 centimètres, leur volume, d'un grain de millet à celui d'une lentille, d'un pois, d'une amande, ou d'une pièce de 5 fr. Elles sont sessiles ; aucune n'est pédiculée ; mais elles émergent de la peau saine et font une saillie de un ou deux centimètres en quelques points.

Les plus grosses qui ont le volume d'un macaron semblent avoir été collées sur la peau.



Quant à leur consistance, elle est ferme, assez dure, un peu élastique ; quelques-unes sont compressibles. Leur surface est lisse ; on y voit nettement les plis cutanés, les poils follets et les orifices pilo-sébacés.

Leur couleur attire immédiatement l'attention ; elle varie du brun livide au bleu violacé : quelques-unes ont la teinte d'une ecchymose en voie de disparition. Leur vascularité est manifeste, et quand on les pique, il en sort une gouttelette de sang. La température ne paraît pas élevée à leur niveau ; la sensibilité propre au tégument existe dans toutes ses variétés (à la douleur, à la température, au contact).

Au point de vue de leur disposition, elles sont isolées, le plus souvent disséminées, comme jetées sans ordre et sans symétrie ; en quelques points elles sont groupées en plaques.

Quant à leurs rapports avec la peau, la plupart y adhèrent, font corps avec elle, se prolongeant plus ou moins dans l'hypoderme, de même qu'elles sont plus ou moins saillantes à la surface extérieure. On en trouve quelques-unes grosses comme un œuf de pigeon ou un noyau de cerise, au-dessus desquelles la peau glisse facilement et peut être plissée, et dont le siège par conséquent est nettement dans l'hypoderme, C'est au niveau de ces tumeurs, encore mobiles sur les plans aponévrotiques, que la peau a une coloration june verdâtre, et ces tumeurs, en évoluant, paraissent arriver à adhérer à la peau qui prend alors peu à peu cette teinte violacée et livide.

Ces caractères généraux constatés, voyons quelles sont les particularités topographiques.

Cuir chevelu. — Les cheveux sont noirs, abondants, ne tombent pas ; il n'y a pas trace d'alopecie, on constate seulement 3 ou 4 nodosités grosses comme un pois au niveau de régions temporo-pariétales.

Face. — On trouve un grand nombre de tumeurs sur le front et sur les joues. Sur le front on en compte 28 variant, comme grosseur, de celle d'un grain de millet à celle d'un noyau de cerise. — A la racine du nez, sur la ligne médiane, existe une



plaque violacée, arrondie livide, étalée, large comme une pièce de 2 fr. empiétant sur les sourcils. Au niveau de cette plaque on voit réellement les poils follets qui ne tombent pas spontanément et ont leur fixité normale.

Rien au nez.

Sur les joues, à leur partie médiane, on trouve une plaque infiltrée d'un brun noirâtre, comme mamelonnée et formée par la réunion de nombreux noyaux isolés.

A la partie postérieure des joues, sur les branches montantes du maxillaire inférieur et au niveau de la région temporale, on compte de chaque côté 14 à 15 petits noyaux de couleur bleu violacé. Sur la lèvre supérieure, du côté droit, à l'union de la face cutanée et de la muqueuse, est apparu, depuis 2 ou 3 jours, un petit nodule du volume d'un pois, qui fait une saillie bien visible quand on relève les poils de la moustache. Ceux-ci sont fournis et normaux.

Sur le menton 3 à 4 noyaux de petites dimensions, 4 à 5 existent dans le sillon mento-labial.

Cou. — En avant on trouve une nodosité, siégeant sur le cartilage thyroïde, bien saillante. Sur les parties latérales, nombreuses petites saillies et deux ou trois plaques ovalaires, allongées verticalement, violacées, livides, du volume d'une noix. Il existe dans cette région une tumeur sous-cutanée du volume d'un œuf de pigeon, qui est mobile sur les parties profondes, et au-dessus de laquelle la peau normale glisse et peut être plissée facilement. Sur la partie postérieure du cou, on compte 10 à 12 nodosités variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette.

Tronc. — Dans la région thoracique antérieure existent 19 nodosités comprises entre les clavicules et une ligne transversale passant par les mamelons. Ces noyaux font une saillie à la vue ; mais leur coloration est moins foncée : elle est jaune verdâtre au centre, quelques-unes sont rouges, tandis qu'à la périphérie existe une zone jaune orangé.

Sur l'abdomen se voient environ une vingtaine de tumeurs



petites plus colorées qu'à la partie supérieure du tronc ; par la palpation on en sent un plus grand nombre qui ont à peine la grosseur d'une lentille.

Dans la région postérieure du thorax, on compte une cinquantaine de nodules de la grosseur d'un noyau de cerise, saillants, mais pourtant un peu plus aplatis qu'en avant et plus brunâtres. Dans la région dorso-lombaire, les tumeurs sont nombreuses, mais il existe surtout de petites taches infiltrées.

Membres supérieurs. — Sur le moignon de l'épaule, il est facile de compter 22 petites nodosités, et une tumeur volumineuse, étalée sur le sommet de l'acromion, de coloration brun livide, élastique et présentant les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Sur le bras il y a quelques plaques semblables, et le long du biceps, à 3 travers du doigt au-dessus du pli du coude, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, ovale, à grand diamètre vertical, mobile sur le plan aponévrotique sous-jacent, au niveau de laquelle la peau glisse facilement et a une coloration jaune verdâtre. Tumeur semblable au niveau de l'extrémité inférieure du V deltoïdien.

Sur l'avant-bras, du poignet au pli du coude, on compte sur la partie interne 15 nodosités, et 17 sur le bord radial. A la partie postérieure et inférieure de l'avant-bras, près du poignet existe un petit groupe de nodosités isolées, mais très-rapprochées, faisant une légère saillie et ayant une coloration brunâtre.

A 2 centimètres au-dessus de l'olécrâne existe une grande plaque ayant 6 centimètres de diamètre, arrondie, grosse comme un macaron, saillante, élastique, livide, paraissant formée par la réunion de plusieurs noyaux, dont un volumineux, étalé au centre, 4 ou 5 à la périphérie séparés par de petits sillons. Cette grosse tumeur n'est nullement douloureuse à la pression, à moins que celle-ci ne soit trop prolongée.

Aucune tumeur à la main ni aux doigts.

Sur le membre supérieur gauche, les tumeurs sont à peu près en nombre égal, mais sans symétrie. Au niveau du coude,



la tumeur que nous venons de signaler à droite n'existe pas.

Rien aux organes génitaux, si ce n'est à la partie supérieure du scrotum, à droite, où l'on trouve une tumeur grosse comme une amande, mobile, mais commençant à adhérer à la peau.

Sur les fesses, nombreuses plaques ou nodosités.

Membres inférieurs. — Pied droit, on trouve une seule tache sur le tarse vers la partie externe, et 3 petits nodules sur le cou-de-pied.

Jambe droite. — Depuis les malléoles jusqu'au genou, siégeant sur toutes les faces, mais en particulier sur les faces antérieure et interne, existent un grand nombre de nodosités (112) ; leurs dimensions varient depuis celles d'un pois jusqu'à celles d'une noisette ; elles ont une coloration brunâtre ; leur surface est lisse, sans desquamations ; leur consistance est dure. Quand on passe la paume de la main sur le tibia, il semble que la jambe est comme truffée de petites tumeurs ; la pression fait diminuer la coloration, mais ne l'efface pas complètement. — Entre ces nombreuses petites nodosités, au-dessus de la malléole externe on voit une plaque livide aplatie et arrondie, ayant la dimension d'une pièce de 2 fr. L'épiderme est légèrement exfolié à sa surface, et à la périphérie il y a une sorte de petite collerette épidermique.

Cuisse droite. — Nodosités nombreuses et quelques plaques ovalaires livides ; de même à la fesse. Dans le triangle de Scarpa on constate 3 à 4 ganglions ayant le volume d'une amande, durs, indolents situés principalement au sommet du triangle.

Pied gauche. — Sur le dos du pied on note 2 ou 3 petits noyaux ayant à peine le volume d'une lentille et siégeant le long du tendon de l'extenseur propre au gros orteil. — Rien aux orteils ni à la région plantaire.

Jambe gauche. — Le nombre des nodosités est aussi considérable qu'à droite. Au pourtour du genou on en compte 14 de volumes divers. Un peu en arrière et au-dessous de la tête du péroné, plaque arrondie livide du volume d'une pièce de 2 fr.

Sur la cuisse gauche se trouvent à la partie interne 3 grosses



tumeurs violacées au niveau desquelles la peau est un peu flétrie, plissée et adhérente, mais qui sont mobiles sur les parties sous-jacentes. De plus, comme à droite, on constate un assez grand nombre de petits noyaux disséminés sans ordre et de couleur moins foncée, brunâtre seulement.

Sur la fesse gauche existent 3 ou 4 grosses tumeurs aplaties, ressemblant à des macarons ; nombreuses nodosités. Quelques ganglions inguinaux un peu augmentés de volume.

Dans les aisselles, il n'y a pas de tuméfaction des ganglions, pas plus qu'ailleurs, sauf dans la région carotidienne droite.

Dans la cavité buccale se trouve étalée sur la gencive inférieure droite, allant du frein de la lèvre supérieure jusqu'à la dernière molaire, une surface rouge, violacée, lie de vin, élastique, rénitente, saillante, mamelonnée, ayant l'aspect d'une mûre ; elle recouvre en partie les dents ; la canine droite ne fait qu'une saillie d'un centimètre.

A la face postérieure de l'arcade dentaire on voit cette production morbide qui s'avance du côté du palais et présente sur sa face inférieure une concavité en rapport avec la convexité de la langue ; transversalement elle ne s'étend de ce côté que jusqu'à la première grosse molaire.

Le voile du palais est rouge violacé, infiltré ; la luette est oedématiée ; elle est triplée de volume et touche la base de la langue. Les piliers et les amygdales sont manifestement tuméfiés ; aussi le malade éprouve-t-il de la difficulté pour avaler. A chaque instant il fait des mouvements de déglutition et est obligé de rejeter quelques mucosités, parfois teintées de sang.

Du côté des différents viscères on ne constate aucun trouble : la rate seule est un peu augmentée de volume.

La numération des globules du sang donne les résultats suivants :

2.325 globules blancs.

3.286.000 globules rouges.

Traitement institué : Solution arsénicale. Vin de quinquina.

L'état général restant satisfaisant, au commencement du



mois d'octobre le malade demande à sortir de l'hôpital pour aller dans sa famille, promettant de revenir si son état s'aggravait. Quand il part, bien qu'il soit pâle, amaigri, et assez faible, il a de l'appétit et ne présente aucun trouble viscéral, il peut aller dans son département de Meurthe-et-Moselle.

Au bout d'un mois il revient dans un état très grave; c'est à peine s'il peut marcher. L'amaigrissement et l'affaiblissement ont augmenté rapidement et sont très marqués. Il est très-oppressé et se plaint d'une douleur dans le côté gauche. La déglutition est difficile, l'appétit a presque totalement disparu, la diarrhée est continue. Voici quel est l'état de ses viscères et les modifications que l'on constate au niveau des tumeurs de la peau :

12 novembre 1885. — Examen des organes thoraciques : En arrière et à gauche submatité dans la moitié inférieure.

A l'auscultation on entend des râles sous-crépitants à la partie moyenne et un souffle pleurétique à la base. Rien à droite.

Le cœur est sain.

Le ventre n'est pas douloureux; le malade a de la diarrhée, mais il n'a jamais eu de selles sanguinolentes.

La gêne de la déglutition est due à la tuméfaction de la luette qui est violacée, grisâtre; sur sa partie moyenne on voit une nodosité noirâtre grosse comme une lentille.

D'autres nodosités, semblables à celle-ci, se trouvent sur le pilier antérieur droit, sur les piliers antérieur et postérieur gauche; enfin on en voit 2 ou 3 [sur la paroi postérieure du pharynx.

L'épulis de la gencive supérieure droite n'a pas augmenté de volume.

La face présente un aspect vraiment remarquable.

Sur le teint d'une pâleur excessive se voient trois grands placards situés l'un sur le front, les deux autres sur les joues. Il existe de plus des ecchymoses rouges sous-conjonctivales.

Le placard du front s'étend jusqu'à la racine du nez et aux ré-



gions sourcilières; un espace de peau saine de deux centimètres le sépare de la bordure antérieure des cheveux. Il est d'une coloration violacée et peu à peu s'éteint en petites trainées bleuâtres vers la peau normale. A la palpation, on constate que ce placard est surélevé d'un centimètre au-dessus des parties voisines; il est mamelonné, infiltré et peut être soulevé comme un disque cartilagineux au-dessus de l'aponévrose frontale. Il n'est nullement douloureux.

Sur les joues, dans toute leur partie antérieure, et principalement au niveau du centre, on trouve un placard noirâtre, épaissi, infiltré, mamelonné et saillant. La coloration va en diminuant du centre et la périphérie.

Au niveau de la lèvre supérieure, en relevant la moustache on voit 4 ou 5 petits nodules de la grosseur d'un pois, violacés, saillants et siégeant vers le point de jonction de la peau et de la muqueuse. Au menton et dans le sillon mentolabial, les nodules sont moins saillants, un peu affaissés et bleuâtres.

Ainsi donc à la face, au niveau des joues et du front, les divers nodosités se sont réunies en placard, ont pris une coloration plus foncée, et leur aspect tranche nettement sur la pâleur des parties saines telles que le nez, les régions malaires et temporales.

Les ecchymoses sous-conjonctivales sont d'un rouge vif, étendues à toute la partie inférieure du globe de l'œil.

Les poils de la barbe sont abondants et ne présentent aucune altération, pas plus que les sourcils.

Dans le cuir chevelu on sent les quelques nodosités que l'on a constatées au début, leur saillie à peine sensible. Les cheveux sont épais et ne s'arrachent pas facilement.

Rien sur les oreilles qui sont fort décolorées.

Sur le cou, sur le tronc et les membres, on est frappé par la disparition à peu près complète de toutes les tumeurs. A leur place on trouve une tache peu infiltrée, d'une couleur moins foncée, brunâtre ou violacée, aux points où existaient les plus petites tumeurs, simplement jaune, grisâtre. Au ni-



veau des plus grosses qui sont toutes intra-dermiques et dont la consistance est flasque, la peau est plissée, ridée, comme flétrie. — Cet affaissement, cette disparition des tumeurs et des nodosités est plus prononcée sur les membres inférieurs et le tronc que sur les membres supérieurs.

Sur le tronc, il n'existe que des taches dont les dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une pièce de 20 centimes. Les plus petites ne sont nullement infiltrées; les plus grandes présentent seules un épaissement encore notable et une couleur plus sombre.

Sur le cou, la tumeur, grosse comme un œuf de poule, située dans la région latérale droite n'est plus hypodermique; elle est dermique, la peau est flétrie, ridée à sa surface, sa coloration est violacée; elle est plus étalée que saillante.

Sur les bras et les épaules, les grosses tumeurs ont subi le même affaissement qui est surtout manifeste pour la plus volumineuse de toutes, celle qui est située au bras droit, au-dessus de l'olécrâne; nous l'avions comparée à un macaron; ses dimensions dépassent à peine celles d'une pièce de 2 fr. Elle est flasque; la peau à sa surface se plisse facilement comme s'il y avait peu d'infiltration, et à la vue elle est flétrie et ridée. La couleur, au lieu d'être livide, est simplement violacée.

C'est près de cette tumeur que nous avons fait la biopsie; on trouve en ce point une cicatrice déprimée, livide et manifestement infiltrée; c'est une tumeur en récidive qui paraît enchassée dans le derme.

Sur les avant-bras, les tumeurs qui étaient petites ont subi un retrait bien moins considérable que celles qui étaient volumineuses. On les retrouve toutes seulement un peu moins saillantes et d'une coloration jaune verdâtre.

Il n'est apparu aucune tumeur sur les extrémités, ni sur les pieds, ni sur les mains. — Sur les jambes on n'a plus cette sensation si nette de surface rembourrée de tumeurs innombrables, que l'on avait en passant les mains sur les tibias. On ne sent plus aucun relief. On ne voit que des taches de dimensions



variables, irrégulières dont le centre est violacé et la périphérie jaune sale, comme une ecchymose presque disparue.

Sur la cuisse gauche, à la partie interne, siège des premières tumeurs, on retrouve à leur place une surface qui n'a plus comme dimensions que celles d'une pièce de un franc. Elles sont à peine surélevées au-dessus des parties voisines ; la peau n'est plus tendue, lisse à leur surface ; elle est ridée, flétrie et d'une couleur violacée mais non livide. Sur la partie antéro-externe de cette cuisse existait une tumeur ayant les dimensions d'une grosse noix ; maintenant son aspect est assez curieux : la partie centrale est noirâtre et entourée d'une zone périphérique ayant un demi-centimètre d'étendue, non saillante et d'une couleur mal définie, hortensia, dans la partie la plus interne, jaune grisâtre, dans la partie la plus externe.

Mais si on constate d'une manière générale, soit l'affaissement, soit la disparition de presque toutes les tumeurs, on trouve en certains points quelques nouvelles nodosités ayant à peine la grosseur d'un pois et siégeant principalement sur la bordure des anciennes grosses tumeurs en partie affaissées.

Ce changement dans l'état local n'empêche pas que l'état général ne soit très grave. Le malade est très affaibli, très amaigri, très anémié. Il ne peut se lever, a de l'œdème du scrotum, mais peu d'œdème péri-malléolaire.

15 novembre. — La diarrhée est arrêtée assez facilement par les opiacés. Un régime tonique est institué. Les ecchymoses sous-conjonctivales n'ont pas augmenté ; il ne s'est pas produit d'hémorrhagies par les autres voies. Aussi peu à peu, l'état général s'améliore-t-il ; le malade mange un peu. L'épanchement a plutôt diminué qu'augmenté. Pour combattre la tendance aux hémorrhagies, on donne deux fois par jour 7 gouttes de teinture d'hamamelis virginica.

10 décembre. — Etat général meilleur.

Biopsie d'une partie de la grosse tumeur du coude affaissée et d'un morceau de peau paraissant saine. (Voir l'examen histologique au chapitre : Anatomie pathologique).



15 décembre. — Les plaies sont cicatrisées, mais le malade se plaint de douleurs dans les membres supérieurs.

Ces douleurs sont très manifestes quand on presse les masses musculaires de l'avant-bras et du bras, les mouvements sont douloureux, on ne constate pourtant aucune tuméfaction, aucune rougeur au niveau des articulations. Mais c'est surtout les phénomènes de dysphagie sur lesquels le malade attire l'attention, l'appétit est conservé, mais il mange avec la plus grande difficulté. On trouve, en effet, des surfaces ulcérées de chaque côté de la luette, empiétant sur le bord libre du voile du palais ; sur les piliers et les amygdales on voit les petites nodosités de la grosseur d'un pois, d'une couleur violacée qui n'ont pas été atteintes par le processus ulcératif. La paroi postérieure du pharynx présente une ulcération en nappe, recouverte d'un enduit jaunâtre ; autour la muqueuse est rouge et boursouflée. La luette est toujours livide, volumineuse et touche la base de la langue.

Sur la voûte palatine on aperçoit des taches isolées de teinte vineuse.

Sur le corps on constate une nouvelle pullulation des tumeurs qui ont paru soit dans les intervalles de peau saine, soit sur les taches ou les macules qui ont succédé aux tumeurs qui ont disparu. De plus, on aperçoit sur la partie supérieure de la poitrine un grand nombre de taches purpuriques rouges, cette coloration les fait nettement distinguer de la couleur violacée que présentent les nodosités et les plaques infiltrées. De nouvelles hémorrhagies se sont faites sur les conjonctives, à leur niveau on aperçoit des ecchymoses sous-conjonctivales comme il y a deux mois.

L'auscultation fait constater que l'épanchement pleural gauche a disparu. — Rien au cœur ; le ventre est douloureux à la pression au niveau de la rate, la palpation et la percussion sont pénibles, et font constater que le volume de la rate a sensiblement augmenté.



23 décembre. — Nouvelle numération des globules :

globules rouges. 2,542,000.

globules blancs. 2,914

On voit de nombreux globules rouges déformés.

La situation du malade est toujours grave, il a de la fièvre, une température élevée, 40° le soir. Son alimentation est difficile. L'aspect qu'il présente est vraiment singulier. Toute la face a une coloration livide, les plaques du front et des joues se sont étendues, on sent à leur niveau des infiltrations, des surfaces mamelonnées et à leur périphérie existent des taches purpuriques rouges ou des nodosités de différents volumes d'une coloration violacée. Les ecchymoses sous-conjonctivales contribuent à donner au masque facial un caractère particulier ; la lèvre supérieure est volumineuse, comme rembourrée vers son bord inférieur par de nombreux noyaux, sur le nez ou sur les oreilles on n'en trouve aucun. — La peau en ces régions est pâle, cireuse, comme elle apparaît chez un individu qui aurait eu des hémorrhagies abondantes. Les poils de la barbe et les cheveux ne tombent pas, quoiqu'il se soit développé de nombreuses petites nodosités dans ces régions. Les douleurs dans les membres supérieurs ont disparu sans traitement, la rate est moins sensible à la pression, aussi peut-on constater son énorme volume. Elle occupe tout le côté droit de la cavité abdominale : elle est distante en haut d'un travers de doigt du creux épigastrique et de ce point on suit son bord interne qui est situé à deux centimètres en dehors de l'ombilic ; en bas elle n'est séparée de la crête iliaque que par un intervalle de deux travers de doigt. A son niveau on ne constate aucune nodosité. Le volume du foie paraît normal.

Les ulcérations buccales et pharyngées sont dans le même état, mais sur la voûte palatine on voit une plaque d'infiltration à peine saillante de couleur livide qui occupe presque toute la région.

L'épulis de la gencive supérieure est absolument stationnaire.



5 janvier. — L'aggravation dans les phénomènes généraux et locaux continue, les taches purpuriques sont confluentes à la partie supérieure de la poitrine, des nodosités nouvelles se montrent surtout sur le cou et les membres supérieurs et phénomène singulier, les tumeurs de date plus ancienne continuent à s'affaïsser. De plus, on constate de la tuméfaction articulaire et péri-articulaire au niveau du coude gauche qui est très douloureux ; dans les genoux, les poignets, on constate des douleurs, mais pas de gonflement ; comme traitement, M. Hallopeau donne 4 gr. de salicylate de soude.

6 janvier. — Les phénomènes du côté des articulations sont moins accusés, la tuméfaction du coude a diminué, mais la température est toujours très élevée le soir (voir la courbe). En outre, le malade attire l'attention sur un petit nodule qui s'est montré sur la face conjonctivale de la paupière inférieure droite.

8 janvier. — Les douleurs articulaires ont disparu, mais le malade présente un état typhoïde bien caractérisé, il a de la diarrhée, il est agité, la langue et les lèvres sont fuligineuses, il a eu du délire dans la nuit et la température s'est élevée à 41° — La terminaison fatale est imminente.

Le malade meurt le 9 janvier après avoir été la veille très agité, avoir eu de la diarrhée et un délire continu. La température a été de 41° (voir la courbe).

Autopsie. — 25 h. après la mort. 10 janvier 1886.

L'aspect du cadavre mérite d'être signalé. La face surtout est notablement modifiée : au lieu de ces larges plaques violacées, livides, qui occupaient le front et les joues en totalité, on voit simplement des taches ou de petits nodules qui sont rouges au lieu d'être d'un brun noirâtre. Sur le corps ce changement de coloration est aussi manifeste, la surface cutanée est parsemée soit de macules brunâtres où siégeaient les premières tumeurs, soit de taches de différentes dimensions où existaient les plaques d'infiltration et les taches de purpura,



soit enfin de nodosités. Plusieurs de celles-ci, ainsi que des fragments de peau paraissant saine et de macules ont été enlevées immédiatement près la mort pour être examinées histologiquement. On a excisé aussi les nodosités et les ulcérations siégeant sur la luette et les piliers.

Pour pratiquer l'examen microscopique des différents organes, on les enlève tous en bloc depuis ceux contenus dans la cavité buccale jusqu'à ceux du bassin.

Cela fait, on constate que la luette a une coloration noirâtre, elle est tuméfiée, indurée au toucher, infiltrée par la néoplasie.

Dans la fossette sus-amygdalienne gauche on trouve une masse du volume d'une noisette composée de plusieurs nodosités agglomérées, d'une couleur violacée présentant dans la moitié de sa surface une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, assez profonde et recouverte d'un détritüs jaunâtre assez dur et adhérent (probablement escarrification d'une production néoplasique). Du côté droit, exulcération de l'amygdale et ulcération de la fossette sus-amygdalienne recouverte d'un enduit blanchâtre. Les follicules et la base de la langue paraissent augmentés de volume, ils ont la grosseur d'un petit pois.

Il n'y a aucune tumeur développée dans la langue. En sectionnant le voile du palais on trouve immédiatement au-dessus de la luette, une nodosité du volume d'un gros pois. Sur la paroi postérieure du pharynx, on voit un certain nombre de nodules saillants et violacés de la grosseur d'une lentille à un noyau de cerise ; dans l'épaisseur de la muqueuse un d'eux est exulcéré.

Dans toute sa moitié droite le bord supérieur de l'épiglotte est infiltré et ulcéré. Cette ulcération allongée transversalement, présente sur son fond un détritüs blanc-jaunâtre.

Sur la muqueuse trachéale un certain nombre de petites plaques infiltrées de la dimension d'un grain de chènevis, existent dans l'intervalle des anneaux cartilagineux et présentent une



direction transversale; quelques-unes occupent toute l'épaisseur de la paroi. Les ganglions péri-trachéaux sont tuméfiés et noirs; il en est de même des ganglions situés au hile des poumons. (le malade était employé au chemin de fer de l'Est et travaillait sur la voie). Sur toute l'étendue de la muqueuse bronchique on ne trouve pas de nodosités.

La surface des poumons est parsemée : 1° de taches à peine saillantes noires, recouvertes de la plèvre viscérale, du volume d'un grain de chènevis à une lentille, elles sont assez fermes au toucher; 2° d'une quantité considérable de points noirâtres formant des traînées, de la grosseur d'un grain de millet, on en trouve de semblables à la coupe du parenchyme pulmonaire.

Léger degré de congestion aux deux bases.

Pas de péricardite, rien au cœur.

*Rate.* Poids 1310 gr.; elle est uniformément tuméfiée, mesure 0,25° dans le sens vertical et 0,16 dans le sens transversal. Sur sa coloration violacée normale tranchent des surfaces blanchâtres ou rose-saumonnées, quelques-unes nettement limitées, arrondies, leur étendue varie de deux à quatre travers de doigts. Au niveau du bord interne, une de ces surfaces blanchâtres correspond manifestement à un infarctus; il paraît en être de même des autres. Elles sont toutes entourées d'une zone fortement pigmentée; sur une coupe leur forme est habituellement triangulaire à base tournée vers la périphérie. Nulle part on ne trouve de nodosités comme à la peau.

*Foie.* Poids 2,600 grammes, il est normal et ne présente aucune tumeur.

*Reins.* Sur le gauche on voit à la surface et sur l'extrémité supérieure une quantité de petites taches de la grosseur d'un grain de mil à une lentille qui ont une coloration rouge plus foncée que celle du parenchyme rénal; sur une coupe, on constate que cette coloration s'étend à une profondeur d'un demi-centimètre de façon à fournir un triangle à base périphérique; on retrouve donc la forme d'infarctus.

*Intestins.* La partie inférieure de l'intestin grêle présente



une rougeur diffuse sans ulcérations, sans tumeurs. Dans le côlon au niveau de sa portion ascendante on trouve une quantité de petites saillies jaunâtres, du volume d'un grain de chènevis, d'autres atteignent la dimension d'une pièce de vingt centimes, une partie d'entre elles sont exulcérées, d'autres ulcérées assez profondément, le fond de l'ulcère est recouvert d'un détritüs pultacé. Ces lésions se rencontrent dans toute l'étendue du côlon.

Dans le rectum, les saillies sont plus nombreuses, toutes exulcérées, disposées suivant la direction des plis normaux de l'intestin. Une de ces saillies présente une ulcération de un centimètre de diamètre, son fond est grisâtre et entouré d'un rebord saillant et violacé, d'autres à côté présentent des ulcérations de la grosseur d'un grain de millet.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et noirâtres. Les ganglions axillaires et inguinaux verticaux ont une coloration rouge, sont fermes et ont le volume d'un haricot à une petite amande.

Vessie et prostate normales.

Le cerveau et la moelle sont également sains.

L'articulation du coude gauche, qui pendant la vie, avait été le siège de tuméfaction et de douleur est ouverte et on ne constate aucune lésion des surfaces articulaires.

Les os sont sains.

Dans le muscle droit antérieur de la cuisse, à sa partie moyenne, on trouve une petite nodosité de la grosseur d'un noyau de cerise.



OBSERVATION XIX

Cas de tumeurs multiples dont quelques-unes disparues spontanément pendant l'observation

Sarcome à cellules rondes avec un réticulum très légèrement développé, par James Gairdner et Joseph Coats. Transactions of the pathological Society of London, année 1879. vol. XIII, page 387.

TRADUCTION TEXTUELLE

G.... 52 ans, d'une santé robuste jusqu'en 1877. (14 mois avant la visite du dr Gairdner qui eut lieu en juillet 1878.)

Le premier signe d'altération de la santé fut l'apparition de tumeurs sous-cutanées en différents points du corps, d'abord sur l'abdomen entre l'ombilic et la crête iliaque, puis sur la tête et enfin sur les épaules.

Leur apparition fut accompagnée de douleur et l'attention du malade fut ainsi attirée au moment de la formation de chaque nouvelle tumeur. Cette douleur avait un caractère aigu et déchirant, mais diminuait graduellement, dès qu'elles atteignaient leur entier développement; aussi les examinait-on moins souvent, si bien qu'il arrivait qu'elles avaient disparu quand on voulait les constater de nouveau. Certaines qui ne disparaissaient pas diminuaient de volume peu à peu et souvent si rapidement qu'en quelques jours, il y avait une différence très appréciable.

Cet état continua pendant six ou sept mois, le malade espérant toujours que « ses ennemies », comme il les appelait, à force d'apparaître et de disparaître finiraient par ne plus se montrer. Mais il n'en fut rien et le malade commença à éprouver de l'affaiblissement et de la perte de l'appétit. C'est à cette époque que le vit le Dr Thomson dont l'attention se porta particulièrement sur une des premières tumeurs parues. Elle sié-



geait sur la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, près de l'épine iliaque antéro-supérieure ; c'était la plus volumineuse de toutes, mesurant 4 pouces sur 3. — La première impression du Dr Thomson fut que c'était un lipome, mais suivie pendant un ou deux mois, elle paraissait diminuer et deux mois après, quand il voulut la rechercher il n'en trouva plus aucune trace. D'autres eurent assurément la même évolution, mais ne furent pas suivies.

Cette période dura pendant 10 mois après le début jusqu'à 2 mois avant la terminaison de la maladie. Pendant cette période, la santé générale subit des modifications : amaigrissement, perte de l'appétit, puis se produisit une aggravation avec hoquet d'abord sans vomissement, puis avec vomissements, douleur à la région lombaire gauche s'étendant à l'ombilic et un peu au-dessous, si bien que l'on crut à la présence d'un calcul dans l'uretère. Mais l'urine était normale. Les phénomènes aigus se calmèrent, mais le hoquet persista pendant quelque temps. Enfin les mêmes symptômes se reproduisirent, puis nouvelle amélioration, le hoquet reparaisant de temps à autre. C'est vers cette époque, juillet 1878, que le Dr Gairdner vit le malade avec le Dr Thomson, et constata l'état suivant. Les tumeurs peuvent être divisées en tumeurs immédiatement sous-cutanées et en tumeurs plus ou moins intimement unies au tissu cellulaire sous-cutané. La seconde classe comprend les tumeurs les plus considérables au point de vue du volume, non adhérentes à la peau, aux muscles, aux aponévroses, aux os, ou aux cartilages ; leur forme en général est globuleuse ou ovoïde, la sensation qu'elles donnaient à la main, rappelait celle du sarcome ou d'un lipome à consistance ferme, mais on ne sentait pas de kyste, elles n'étaient pas aussi dures que du fibrome, mais bien limitées, homogènes en apparence et n'avaient rien de la densité particulière et du caractère envahissant du squirrhe.

Quant aux tumeurs immédiatement sous-cutanées, elles étaient si intimement unies à la couche profonde de la peau



que l'on pouvait se demander si elles avaient leur origine dans le derme ou dans quelques-unes de ses dépendances. Comme dimensions, la plupart avaient celles d'une fève, quelques-unes avaient des caractères qui rappelaient à la fois ceux du molluscum simplex et du tubercule sous-cutané douloureux ou du névrome. Beaucoup de ces tumeurs sous-cutanées adhéraient nettement à la peau qui était tendue au-dessus d'elle, lisse, un peu décolorée avec tendance à devenir bleuâtre, mais elles n'étaient pas très saillantes, n'avaient pas de pédicule et ne montraient aucune tendance à s'ulcérer; pas de dilatations veineuses dans le voisinage, aucun signe d'oblitération des lymphatiques; enfin elles n'étaient pas le siège de la douleur excessive au toucher propre aux névromes, ce n'est qu'au moment de leur développement qu'il y a eu de la douleur très-vive, sans localisation constante, ne siégeant pas toujours dans la tumeur même et ne s'irradiant pas suivant le trajet de quelque nerf particulier. Aussi peut-être était-elle due à la compression de troncs nerveux.

Mais le fait le plus curieux est, que pendant le cours de leur évolution et de leur multiplication graduelle, beaucoup de ces tumeurs, ou du moins un nombre suffisant pour mettre le fait hors de doute, ont complètement disparu sans laisser aucune trace d'induration ou d'altération pathologique.

Le Dr Gairdner conseilla d'essayer l'iodure d'arsenic à la dose de un douzième de grain, 3 fois par jour en pilule.

Le 3 août, le Dr Thomson nota qu'il y avait au moins 30 tumeurs distinctes dans l'intérieur ou au-dessous de la peau. Leur disposition était la suivante :

5 dans le cuir chevelu avec l'apparence de tumeurs sébacées ordinaires, aucune d'elles n'est saillante et ne dépasse un demi-pouce de diamètre. 17 sur le corps depuis la racine du cou jusqu'au niveau des reins, 13 dans le triangle sus-claviculaire droit dont 2 profondes, une près de la peau, 5 sur les épaules, omoplates, clavicules, une à gauche au milieu de la clavicule, ayant un pouce et demi dans son plus grand diamètre et qui est très



distinctement lobulée. Une au dessus de la clavicule à un pouce de l'acromion mesurant  $\frac{3}{4}$  de pouce de diamètre. Cinq sur une rangée s'étendant d'un point situé à 2 pouces en dehors du sein gauche à la paroi postérieure de l'aisselle, 2 au-dessus du grand pectoral sont lobulées.

Outre ces différentes tumeurs, il y en a encore 12 décrites en diverses parties du corps : une sur le bras gauche, peu mobile, adhérente par la partie profonde ; une sur la paroi abdominale à gauche de l'ombilic à 3 pouces au-dessus et en dehors, une au-dessus du milieu du ligament de Poupart du côté gauche ; une dans le scrotum, mobile, du volume d'un petit pois, surface lisse ; une sur la cuisse droite, au-dessus des vaisseaux, à 3 pouces au-dessous du ligament de Poupart ; une un peu au-dessus du condyle externe du fémur droit ; une sur la portion tendineuse du gastrocnémien droit ; une à la partie interne du jarret gauche à 3 pouces au-dessus de l'articulation du genou ; quatre près du milieu du dos, 2 à droite et 2 à gauche des apophyses épineuses à 3 pouces en dehors.

En tout, il n'y avait pas moins de 34 tumeurs ; la plus volumineuse mesurant environ 2 pouces et demi sur 2 et située dans le dos ; elle a été le siège d'une forte douleur.

Les dimensions de ces diverses tumeurs variaient depuis celles d'un pois cassé à deux pouces et demi sur deux pouces.

Un grand nombre d'entre elles avaient un diamètre de un demi à trois quarts de pouce où l'étendue d'une pièce d'un shilling. Elles variaient aussi dans leur rapport avec la peau, quelques-unes et surtout les plus petites étaient près de la peau, elles offraient un aspect bleuâtre ; d'autres étaient plus profondes et laissaient la peau se plisser facilement au-dessus d'elles, mais en même temps produisaient une saillie distincte. Une troisième catégorie ne se découvrait qu'à la palpation à cause de leur siège plus profond encore.

L'état général du malade continua à décliner ; il maigrit rapidement, devint abattu, assoupi, n'eût que peu d'appétit et eût presque toujours du hoquet et des vomissements, et il



devint probable qu'il existait aussi des tumeurs dans les viscères.

La mort survint le 10 août, le hoquet ayant été jusqu'à la fin le symptôme le plus pénible.

Autopsie. — Outre les tumeurs de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané il y avait un grand nombre de productions analogues dans la cavité abdominale, dont beaucoup sur l'intestin.

Plusieurs furent données au Dr J. Coats qui rapporte ce qui suit :

Rein droit et capsule surrénale. — Le rein est normal, dans son enveloppe cellulo-adipeuse plusieurs groupes de tumeurs.

La capsule surrénale gauche a la forme d'une masse globuleuse et aplatie de trois pouces et demi de diamètre ; en deux ou trois points de sa partie superficielle, on voit une tumeur arrondie, dans sa partie centrale on trouve une structure semblable à celle des autres tumeurs qui vont être décrites :

Tumeur trouvée au-dessous du rein droit et derrière le cœcum.

C'est une masse irrégulière de deux pouces et demi de diamètre et composée en partie de tissu noir et en partie de sang extravasé.

Petite portion de l'intestin grêle avec tumeur en partie pédiculisée, du volume d'une moitié de cerise faisant saillie sur la surface interne. Dans le mesentère on trouve une autre petite nodosité. Dans l'intestin existe une autre tumeur pédiculée naissant de la membrane muqueuse et remplissant le calibre du canal intestinal.

Toutes ces tumeurs ont une texture molle et presque toutes renferment des caillots sanguins.

A l'examen, on trouve qu'elles sont généralement composées de cellules rondes avec un réticulum très légèrement développé. Ces cellules sont un peu plus grandes que les globules rouges du sang ; leurs plus grandes dimensions sont de  $\frac{1}{3200}$  mais avec des variations considérables.



Une grande tendance à la rupture et à l'hémorrhagie est le caractère frappant de beaucoup de ces tumeurs et peut probablement expliquer la disparition de quelques-unes d'entre elles observée pendant la vie.

Voici, dans les grandes lignes, le rapport de la commission chargée d'examiner les pièces présentées par le docteur Gairdner : Ces pièces comprenaient : 1° Deux tumeurs lobulées avec une partie centrale molle et colorée par le sang, mais pourvue d'une enveloppe épaisse et assez résistante ; 2° deux morceaux de peau avec un petit nodule au-dessous d'eux ; 3° une tumeur pédiculée provenant de l'intestin grêle ; 4° une masse volumineuse, englobant le rein droit et la capsule surrénale et quelques pièces plus petites paraissant provenir du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal.

La structure de ces différentes tumeurs est identique ; toutes sont formées de petites cellules arrondies, serrées, mais disposées très régulièrement au milieu d'un protoplasma amorphe ; nulle part, on ne rencontre de réticulum, comme dans le tissu lymphoïde ; mais en divers endroits, on remarque une tendance à l'organisation, comme l'indique la forme allongée de quelques cellules et même la présence de tissu fibreux. Ces néoplasies répondent donc de tous points aux types de sarcomes. Cellules rondes, ou sarcome granuleux et peut-être au glio-sarcome ; mais nous devons ajouter que des tumeurs offrant les mêmes caractères histologiques ont été appelées lymphomes (Path. Soc. Trans. vol. 21 pag. 384) : cependant nous croyons qu'il s'agissait là de sarcomes : le rein, le seul viscère que nous ayons examiné, était sain.

Nous signalerons deux particularités intéressantes : en premier lieu, nombre de ces tumeurs sont entourées d'une capsule ; nous devons ajouter aussi qu'en outre, on découvre des cellules semblables le long des vaisseaux sanguins, ce qui pourrait expliquer la tendance de ces néoplasmes à la généralisation. Dans la tumeur intestinale, les fibres musculaires de la paroi étaient si intimement confondues avec elles, qu'il semblait impossible



de les séparer nettement. En second lieu, toutes ces productions sont remarquables par les dimensions de leurs vaisseaux ou plutôt de leurs canaux sanguins. Sur une coupe verticale, beaucoup de nodules semblent creusés de canaux tortueux, rappelant un peu l'apparence de la rate et du système périvasculaire d'autres organes. Sur une coupe transversale, on remarque de même, un grand canal central sans membrane limitante distinctes en beaucoup de points, mais offrant ailleurs une paroi propre et un revêtement endothélial, ou même une paroi fibreuse de quelque épaisseur et autour d'elle une rangée circulaire de cellules serrées les unes contre les autres ; quelques-uns de ces espaces renferment des caillots sanguins. Cette structure permet d'expliquer d'une façon plausible la disparition rapide de ces tumeurs pendant la vie ; quand on se rappelle la rapidité avec laquelle la rate augmente ou diminue de volume, par suite du gonflement de ses follicules et de la multiplication de ses éléments lymphatiques, on peut admettre sans beaucoup d'in vraisemblance que ces tumeurs ont une structure analogue, et que, avec leurs grands canaux sanguins, sans membrane limitante, elles peuvent diminuer spontanément de volume ; aussi, conseillons-nous dans des cas semblables d'examiner soigneusement le sang, surtout à la période des affaissements des tumeurs.

#### OBSERVATION XX

Sarcomatose cutanée généralisée. Troubles cérébraux, oculaires et trophiques pouvant faire admettre une généralisation des néoplasmes dans les centres nerveux. Asthénie cardio-vasculaire terminale, par MM. H. Dauchez et Paul Le Gendre. Internes des hôpitaux. (France médicale, numéros 74-75 (22 et 25 décembre 1883.)

*Résumé.* — Antoinette V... 60 ans, cuisinière, entrée d'abord le 9 août 1882 à l'hôpital Laennec, puis le 30 mars 1883, à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout.



Pas de maladies antérieures, mais elle a eu à supporter de grands chagrins, des privations et des fatigues de toute sorte.

Le premier trouble qu'elle a remarqué dans sa santé a été un affaiblissement progressif que rien n'expliquait; un mois après ces symptômes elle s'aperçut de plusieurs grosseurs indolentes dans les régions du cou et de l'aisselle, qui ont augmenté peu à peu de volume et de nombre.

Etat, août 1882. — 8 ou 10 tumeurs hypodermiques de la grosseur d'une perle à une noisette dans la région sus-claviculaire et autour du creux axillaire; 5 ou 6 à la partie inférieure du flanc gauche; une dizaine dans la région lombaire; ces dernières, dures, à peine mobiles, adhérentes à la peau, qui, à leur niveau, a une teinte violacée due à un réseau très serré de petits vaisseaux dilatés.

Dans le rein gauche, tuméfaction dure, assez bien limitée, douloureuse, au niveau de laquelle la peau est mobile; mais bientôt devient adhérente et le mamelon se rétracte, quelques ganglions assez volumineux dans l'aisselle.

En trois semaines, accroissement des nodules sous-cutanés, apparition d'une douzaine de nouveaux à la région lombaire.

Troubles digestifs, vomissements alimentaires, affaiblissement graduel de la vue, rétraction des globes oculaires, pupilles punctiformes.

Excision d'un noyau du cou par M. Legroux; l'examen histologique montre « qu'il est constitué en majeure partie par de petites cellules rondes et embryonnaires, séparées par des cellules fusiformes » Dès lors, les tumeurs furent considérées comme des sarcomes.

La malade quitta l'hôpital, mais venant régulièrement à la consultation, on put suivre les progrès de l'affection. Pullulation des tumeurs cutanées dans les régions indiquées, adhérence de la peau aux plus anciennes, sa coloration rosée ou rouge, indolence, accroissement de l'amblyopie, de la rétraction des globes oculaires, asthénie de plus en plus en marquée.



Entrée de la malade à l'hôpital St-Louis, le 30 mars 1883. On note les modifications suivantes :

Cedème des jambes. — Cuisse gauche : tumeur dure, grosse comme une noix, développée dans l'hypoderme, la peau a la teinte d'une ecchymose en voie de régression. Plusieurs nodosités plus petites disséminées, taches de purpura plus ou moins nombreuses et étendues.

Les taches ecchymotiques et les petites nodosités se retrouvent sur le membre inférieur droit.

Membres supérieurs. — A droite et au niveau de la saignée 6 petites tumeurs, ça et là petites ecchymoses à diverses périodes de régression, à gauche large tache ecchymotique au niveau de l'acromion.

Sur le tronc une vingtaine de tumeurs arrondies ou ovoïdes grosses comme des avelines siégeant surtout au devant des aisselles, du sternum, sur les reins. Dans le sein gauche, tumeur du volume d'une petite pomme, mamelon rétracté, peau adhérente, douleurs spontanées, intermittentes. — Les ganglions axillaires gauches forment une masse dure bosselée, douloureuse à la pression.

Région lombaire ; 30 nodosités, la peau à leur niveau est veineuse. — Au cou, chapelet de tumeurs, les unes très petites, mobiles sur la peau, d'autres adhérentes.

Facies cireux jaunâtre, globes oculaires profondément enfoncés dans les orbites, muqueuses conjonctivales et buccales décolorées.

Intensité des troubles visuels ; contraction des pupilles, scotomes.

Céphalalgie frontale constante très intense ; la douleur siége à la racine du nez et s'irradie dans les orbites surtout à gauche.

Epistaxis peu abondante, purpura, polyurie.

Diagnostic de M. Besnier à qui la malade est présentée : Sarcomatose cutanée avec généralisation viscérale.

Aggravation des troubles digestifs (vomissements, diarrhée, anorexie) des troubles cardiaques (état asystolique). Persistance de



la céphalalgie, apparition incessante d'ecchymoses spontanées.

Enfin, œdème localisé du membre supérieur gauche dû à la compression de la veine axillaire par la masse ganglionnaire de l'aisselle. Douleur dans le côté gauche du thorax, submatité et râles sous- crépitants fins à la base.

Mort hors de l'hôpital, juin 1883.

#### OBSERVATION XXI (PERSONNELLE) (1)

Dermato-sarcome multiple idiopathique (Sarcome globo-cellulaire)

Le nommé L..., Antoine, âgé de 60 ans, commissionnaire, entre le 28 mars 1885, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître, M. Ernest Besnier, salle Cazenave, n° 74.

Ce malade est envoyé par M. Merklen de la consultation du Bureau central où il s'était présenté se plaignant d'amaigrissement, d'un affaiblissement considérable et de deux tumeurs siégeant au niveau de l'abdomen.

Aucun antécédent pathologique intéressant à relever dans sa famille. Sa mère est morte à 98 ans, son père à 67 ans à la suite d'une apoplexie cérébrale. La famille se composait de neuf enfants ; cinq sont morts d'accidents ou étant soldats pendant la guerre.

Quant à lui, il a toujours été bien portant, il est de haute taille, vigoureux et robuste. Comme maladie, il a eu la fièvre typhoïde et a été, il y a 20 ans, victime d'un accident de chemin de fer. Il est marié et père de 8 enfants, tous en bonne santé sauf une fille âgée de 20 ans, qui est hystérique et a une contracture du membre supérieur droit. Elle a été soignée par M. Charcot à la Salpêtrière. En somme il n'a aucun antécédent diathésique, pas de syphilis, pas de rhumatisme, mais il est franchement alcoolique. C'est un gros buveur, il a des pituites le matin, des rêves nocturnes, du tremblement des

(1) Musée de l'Hôpital St-Louis, n° 1048.



mains, etc..., et il y a 25 ans à la suite d'excès de boisson, il a été séquestré dans un asile d'aliénés pour des accidents aigus d'intoxication alcoolique. Sa fille qui nous donne ces renseignements nous dit que son père a eu à ce moment le délirium tremens. Quoi qu'il en soit, malgré ses habitudes alcooliques et son âge de 60 ans, il pouvait faire facilement le métier fatigant de commissionnaire.

Il y a un mois (janvier 1885) il a éprouvé de l'affaiblissement, il s'est mis à maigrir, à avoir de la diarrhée, de l'insomnie et a vu apparaître au commencement du mois de février la grosseur qu'il porte sur l'abdomen.

*Etat actuel.* — Le malade est un homme très grand, très maigre. Le teint est brun, le faciès fatigué, les yeux excavés, la parole brève, saccadée, l'excitation et l'agitation sont assez grandes.

Il présente de nombreuses tumeurs, de volume variable, en différents points de la surface cutanée. Elles siègent sur les cuisses et sur le tronc, principalement sur l'abdomen où elles sont nombreuses et volumineuses. On n'en trouve aucune ni à la face, ni dans le cuir chevelu, ni aux extrémités.

On en voit une à la partie externe et moyenne de la cuisse gauche, une autre à la partie externe de la cuisse droite, à 3 centimètres au dessous du grand trochanter. La première est allongée en forme d'amande ; la seconde a les dimensions d'une cerise. Leur consistance est dure, elles ne sont pas compressibles ni douloureuses à la pression ou au toucher. Elles font une saillie légère au-dessus de la peau qui, à leur niveau, est absolument normale ; elle glisse sur elles. Comme siège anatomique elles paraissent être dans l'hypoderme et n'adhèrent pas aux plans aponévrotiques.

Sur le reste des membres inférieurs et sur les pieds on ne trouve aucune autre tumeur, mais des dilatations variqueuses assez considérables au niveau des jambes.

*Tronc.* — En arrière le nombre des tumeurs est assez limité, Un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate on voit une



petite tumeur de la grosseur d'une aveline. De plus sur les épaules de chaque côté on observe un certain nombre de taches brunâtres, ressemblant comme coloration au pityriasis versicolore, mais ne donnant pas, par le coup d'ongle, de lambeaux épidermiques, comme le fait cette dernière affection. Dans la région dorso-lombaire, à 4 centimètres à gauche de l'épine dorsale, existe une tumeur ovale, ayant 3 centimètres d'étendue dans le sens transversal et un centimètre et demi dans le sens vertical. Elle fait une saillie manifeste à la vue; la peau à son niveau est d'un rouge sombre; à sa partie centrale se voit une desquamation épidermique qui à la périphérie à la forme d'une petite collerette. La consistance de cette production est dure; quant à ses rapports avec la peau, elle lui est adhérente, s'étend jusque dans l'hypoderme mais glisse sur les parties sous-jacentes. A 4 centimètres au-dessous de cette tumeur, on en trouve une plus petite ayant les dimensions d'un gros pois et présentant les mêmes caractères objectifs de couleur, de rapports, de consistance et de siège.

C'est sur la partie antérieure du tronc que l'on observe les tumeurs les plus volumineuses et en assez grand nombre. Elles sont situées sur l'abdomen, au-dessous d'une ligne transversale qui passerait par l'appendice xiphoïde. On en compte six volumineuses sur la partie gauche du ventre et plusieurs plus petites du volume d'une lentille, soit au pourtour de l'ombilic dans une étendue de 3 à 4 centimètres, soit dans l'hypochondre droit. Les premières font toutes une saillie assez considérables pour être perceptibles immédiatement à la vue; quant aux autres, il faut les chercher par la palpation.

Les plus volumineuses sont situées; 1° au niveau du creux épigastrique; 2° au niveau du rebord des fausses côtes, un peu en avant de la ligne axillaire; 3° la plus petite se trouve entre les deux premières. Ces 3 tumeurs siègent par conséquent sur une ligne transversale suivant à peu près la direction des côtes.

La plus grosse, celle qui est située au creux épigastrique, a le volume d'une mandarine; elle fait une saillie de deux centi-



mètres au-dessus des parties voisines. La surface est recouverte d'une croûte arrondie, noirâtre, entourée d'une zone rouge. Au premier abord on pourrait croire à un chancre syphilitique hypertrophique. Elle fait corps avec la peau qu'elle occupe dans toute son épaisseur ; on peut la soulever au-dessus de l'aponévrose sous-jacente sur laquelle elle glisse facilement. Elle n'est le siège d'aucune douleur.

La seconde, située au niveau du rebord des fausses côtes gauches, un peu en avant de la ligne axillaire, a le volume d'une grosse noix. Elle est arrondie et fait une saillie d'un centimètre au-dessus du niveau de la peau. La surface est rouge sombre et présente une exfoliation de l'épiderme. Elle peut être soulevée en prenant la peau en masse ; elle n'est par conséquent pas adhérente aux parties sous-jacentes.

La tumeur, du volume d'une noisette qui est située entre les deux que nous venons de décrire, de même que celles qui siègent au niveau de l'hypochondre gauche au pourtour de l'ombilic et à sa droite, sont plus ou moins perceptibles à la vue ; mais elles sont très nettement limitées et sensibles à la palpation. Elles varient comme grosseur depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une aveline. Elles sont rondes ou ovales, à leur niveau la peau est normale et peut être plissée facilement. Elles sont manifestement situées dans l'hypoderme. Aucune de ces productions n'est le siège de douleurs soit spontanées, soit provoquées.

Les ganglions inguinaux et axillaires sont un peu augmentés de volume ; ils sont isolés, durs, indolents et ont la grosseur d'un noyau de cerise. Pas d'adénopathie sous-maxillaire.

L'état général est assez satisfaisant ; il n'y a que de l'affaiblissement et un amaigrissement considérable ainsi qu'on peut le constater à la diminution du pannicule adipeux. Peu d'appétit, langue saburrale ; mais le malade est alcoolique et a de la dilatation de l'estomac.

L'examen de la poitrine fait reconnaître les signes suivants ; submatité en arrière et à gauche ; respiration un peu sèche au



sommet droit en avant ; vibrations exagérées et retentissement de la voix. En arrière on entend quelques râles sous-crépitaux dans la fosse sus-épineuse gauche, mais seulement au moment des quintes de toux.

Le foie est manifestement augmenté de volume ; il descend à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La sensibilité est très grande à la percussion et à la palpation de la région épigastrique et hépatique. Cette sensibilité amène une contracture musculaire qui empêche de faire nettement la palpation ; pourtant on ne sent aucune nodosité.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Les testicules sont sains.

En résumé, on se trouve en présence d'un homme âgé de 60 ans, qui depuis 3 ou 4 mois s'affaiblit et maigrit, et depuis un mois voit apparaître des tumeurs sur l'abdomen. Un examen attentif et minutieux a fait découvrir de plus d'autres tumeurs siégeant surtout à la partie moyenne et inférieure du tronc, les unes adhérentes à la peau, ce sont les plus anciennes, les autres hypodermiques.

M. le Dr Merklen qui remplace M. Besnier fait le diagnostic de sarcomatose cutanée chez un alcoolique invétéré, atteint de cirrhose graisseuse du foie et qui devient tuberculeux.

Quelques jours après son entrée, nous décidons le malade à se laisser enlever une de ces tumeurs sous cutanées. Nous faisons l'ablation de la plus grosse au niveau de laquelle la peau est normale ; elle a le volume d'une petite noix et siège à 4 travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Cette biopsie est faite avec toutes les précautions antiseptiques et la réunion des lèvres de la plaie est effectuée par deux points de suture au crin de Florence.

Comme traitement : régime tonique, solution arsénicale, vin de quinquina.

5 avril. La croûte de la tumeur située près du creux épigastrique est tombée et laisse voir une surface ulcérée, noirâtre, d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent. La tumeur qui se



trouve près des fausses côtes gauches et au niveau de laquelle la peau était rouge et l'épiderme exfolié, est recouverte d'une croûte, et il en suinte une petite quantité de sang et de pus.

Le malade ayant de la diarrhée, on supprime la solution arsénicale ; mais il se refuse à laisser faire des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler. D'ailleurs il est assez difficile à soigner, très excitable, irritable, il ne demande que du vin et sa potion de Todd. En outre il se fait apporter de la ville de l'eau-de-vie en grande quantité. Il tousse un peu mais ne veut pas garder le lit.

16 avril. La diarrhée qui avait été arrêtée par les pilules d'extract thébaïque, apparaît de nouveau. En présence du refus du malade de subir une médication sérieuse, on se contente d'instituer un régime tonique, d'administrer de l'opium pour calmer l'agitation de la nuit et la diarrhée. La température est normale. Il n'y a pas d'oppression, mais la toux persiste. On entend en arrière quelques bouffées de râles sous-crépitaux fins à la base gauche. Au sommet du même côté il y a de la submatité ; la respiration est soufflante. Quelques râles sous-crépitaux à la partie moyenne du poumon droit.

La réunion par première intention est obtenue pour la tumeur qui a été enlevée ; les fils ont été retirés le 4<sup>e</sup> jour.

Les 2 tumeurs ulcérées présentent toujours une surface sphacélée, noirâtre qui ne se déterge pas.

Au niveau des tumeurs de la région lombaire, la peau est rouge sombre ; l'épiderme est exfolié ; il semble qu'elle suive le même processus que celles de l'abdomen, et qu'adhérentes à la peau, il se produise dans leur partie extérieure une sorte de gangrène.

20 avril. Plus de diarrhée, l'affaiblissement et l'amaigrissement font de rapides progrès. Le malade ne cherche plus à se lever. L'oppression n'est pas plus forte et les signes stéthoscopiques n'ont pas changé, mais on constate une vaste ecchymose d'un rouge sombre siégeant à la partie externe de la cuisse gauche et une autre tache large comme la paume



de la main siégeant au niveau de la région lombaire droite.

22 avril. — D'autres ecchymoses se sont produites au milieu de la cuisse, de la fesse et sur le flanc du côté droit. Le décubitus dorsal peut les expliquer en partie, quoiqu'elles dépassent les points sur lesquels appuie le corps du malade.

Température 38°,5. Agitation nocturne.

25 avril. — La température axillaire est de 39°,4 au matin, de 40° au soir. La langue est sèche, rôtie, fuligineuse. On entend des râles sous-crépitants disséminés dans toute la poitrine. Les ecchymoses se sont encore agrandies, les tumeurs restent stationnaires.

Le malade est agité, loquace; il a constamment du subdelirium; il s'affaiblit progressivement et finit par mourir le 28 avril.

Autopsie 26 h. après la mort.

Les grosses tumeurs de la peau ne sont pas affaissées, on les retrouve toutes; les plus petites apparaissent diminuées de volume.

Poumon gauche. Cicatrice ancienne au sommet. Tout autour, îlots de granulations miliaires réunis sous forme de bouquets correspondant aux lobules. Dans ces mêmes régions, hépatisation de quelques points. Congestion légère à la base.

Poumon droit. Très emphysémateux dans toutes ses parties. Petite cicatrice tout à fait au sommet. Œdème et congestion des parties supérieures. Bronchite dans les parties inférieures.

Cœur. Poids, 370 gr., flasque; en différents points de la face antérieure plaques blanchâtres. A la coupe, flaccidité particulière du tissu musculaire, décoloration légère des piliers. Pas de lésions des valvules. Pas de caillot dans les cavités.

Quelques plaques athéromateuses dans l'aorte.

Foie. Poids, 1,730 gr. Coloration jaune clair, marbré de rouge à la surface. Bords arrondis. A la coupe, même teinte jaune grasseuse avec nombreuses traînées rougeâtres. De plus en certains points, sclérose évidente caractérisée par un état granuleux du tissu.



Rate. Poids, 450 gr., très volumineuse, légèrement diffluente.

Le sang qui s'écoule des différents organes présente un état poisseux manifeste.

Reins. Rien de particulier à noter.

Pancréas et vessie normaux.

On ouvre l'intestin dans toute son étendue ainsi que l'estomac. On voit dans ce dernier organe de nombreuses arborisations vasculaires, mais pas de néoplasme. Dans l'intestin, au niveau de la dernière portion de l'iléon, on trouve une petite ulcération de la muqueuse, arrondie, de la largeur d'une lentille. C'est la seule; elle est réservée pour être soumise à l'examen histologique.

Boite crânienne. Dure-mère très adhérente au crâne, légère congestion des membranes du cerveau, mais absence complète d'adhérence de la pie-mère à la substance cérébrale. Pas d'athérome des artères cérébrales. Etat sablé du cerveau.

Voir l'examen histologique des tumeurs au chapitre : anatomie pathologique, p. 70.

Foie. Les lobules sont irrégulièrement découpés par des bandes de tissu conjonctif riches en cellules embryonnaires, partant soit, le plus souvent, des espaces portes qui sont très augmentés de volume, soit parfois aussi du pourtour des veines sushépatiques. La capsule, épaisse et fibreuse, envoie aussi des prolongements de même nature dans l'intérieur de l'organe. Les cellules hépatiques profondément altérées ont en grand nombre subi la transformation adipeuse. Cette dégénérescence est irrégulièrement répartie en îlots qui ne paraissent pas siéger de préférence au centre ou à la périphérie des lobules. Les vaisseaux biliaires ne semblent pas altérés (cirrhose graisseuse).

Intestin. Ulcération lenticulaire limitée à la muqueuse. En ce point les villosités et la couche glandulaire ont complètement disparu, le fond de l'ulcération est formé par un tissu fibreux infiltré de cellules embryonnaires et parcouru par des



vaisseaux nombreux et gorgés de globules (ulcération simple, sans caractères spécifiques d'aucune sorte).

## OBSERVATION XXII

Sarcome multiple de la peau, traité par des injections hypodermiques de liqueur de Fowler ; guérison : par le Dr F.-C. Shattuck (Suffolk district medical Society, 11 mars 1885. Journal of the American medical Association, 4 juillet 1885).

Le 26 juillet 1883, K. B. âgée de 31 ans, fut reçue à l'hôpital général de Massachusetts. Sa santé avait été bonne d'ordinaire et elle avait travaillé comme couturière jusqu'au moment de son admission à l'hôpital. Sept mois avant cette époque elle commença à souffrir d'une douleur le long de la mâchoire inférieure et bientôt après elle remarqua une tuméfaction derrière les angles de cet os. Environ deux mois plus tard des nodules apparurent dans la peau sur son épaule droite, puis sur son bras droit, puis sur son bras gauche, enfin sur la paroi abdominale. Elle pense que l'apparition des nodules était précédée d'une sensibilité locale, et suivie d'une décoloration. Il y a environ trois semaines, elle remarqua que son visage était plus plein qu'il ne l'est d'ordinaire, et elle commença à souffrir de douleurs dans la région précordiale.

Quand elle faisait quelque effort elle avait la respiration un peu courte, et elle disait qu'elle avait réellement perdu des forces bien qu'elle n'eût pas maigri. Les fonctions intestinales et autres s'accomplissaient régulièrement. Pouls 120, régulier, un peu faible.

A l'examen on nota que la malade était pâle avec un peu d'œdème des paupières et du visage prédominant du côté droit. On voyait une centaine de nodules pour la plupart de la grosseur d'un pois disséminés sur les téguments des extrémités supérieures et du tronc jusqu'à l'ombilic. Sur la face interne



des bras les nodules étaient discrets, non surélevés sur le reste des téguments, un peu sensibles à la pression ; la peau pouvait être ridée au-dessus d'eux, et n'était pas décolorée. D'autre part, sur les épaules, sur la face externe des bras, sur la poitrine, la partie supérieure de l'abdomen et le dos (bien qu'à un moindre degré dans cette dernière région) les nodules étaient si épais qu'ils formaient de grosses masses ou placards, très durs mais fort peu sensibles ; la peau qui les recouvrait ne pouvait être pincée ou ridée, et était légèrement érythémateuse, avec une légère desquamation pityriasique de l'épiderme. Aux jambes on ne pouvait sentir que fort peu de nodules et il n'y avait pas d'érythème. Les ganglions à l'angle de la mâchoire étaient augmentés de volume ; mais ceux des aisselles et des aines paraissaient normaux. Un examen complet ne put révéler aucune modification matérielle des principaux viscères. Je fis le diagnostic de sarcome multiple de la peau et bientôt après les Dr White, Wigglesworth et Tilden furent assez bons pour venir voir la malade et pour confirmer mon diagnostic.

Tout d'abord on prescrivit un traitement général tonique, mais le brillant succès obtenu par Köbner dans un cas semblable avec des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler conduisit l'auteur à adopter cette méthode vers la fin d'août. Une injection de quatre gouttes diluées dans une égale quantité d'eau, fut faite chaque jour profondément dans la cuisse ; bientôt après la dose fut portée à six gouttes. La santé générale de la malade s'améliora, quelques nodules nouveaux se montrèrent, mais les nodules anciens disparurent en bien plus grand nombre, et le 3 novembre elle quitta l'hôpital afin de pouvoir travailler. Elle vint cependant chaque jour à l'hôpital pour son injection jusqu'à ce qu'elle eut appris à la faire, et le traitement fut ainsi rigoureusement continué jusqu'au milieu de mars, époque à laquelle fut ouvert un abcès de la cuisse, le seul qui se fût formé pendant tout ce temps.

Quelques nodules persistaient encore, mais les masses qui remplissaient la peau sur la poitrine, l'abdomen et les côtés



extérieurs des bras avaient entièrement disparu. Pendant l'année qui vient de s'écouler, elle avait été en observation de temps en temps sans aucune sorte de traitement, elle avait pu se livrer à ses occupations. Elle a été vue il y a peu de jours et elle reste bien en apparence.

*Observations de sarcomes primitifs généralisés à forme pseudo-mycosique.*

Observations I, II, IV du mémoire de Vidal et Brocq, Observations que ces auteurs publient comme des cas de mycosis à tumeurs d'emblée.

OBSERVATION XXIII

Mycosis fongoïde, par Debove. Bulletin de la Société anat. 1872

RÉSUMÉ.— Homme de 42 ans, ayant eu la fièvre intermittente, pas de syphilis.

Début. — 20 mars 1872. Tumeur au tiers moyen de la partie latérale gauche du sternum comme un pois, taches hémorrhagiques à la face dues à des efforts de vomissements, taches qui après avoir disparu seraient revenues dans la suite.

18 avril : tumeur au sein gauche, depuis lors, apparition sur le corps de tumeurs, sur la tête, le tronc et les membres.

Evolution des tumeurs : d'abord tache qui devient saillante, élastique, indolente, suffusion sanguine à leur niveau.

Leur siège : crâne (alopécie), front, cou, dos, membres.

Diminution et pullulation.

Mort en 6 mois. — Suffocations, râles de bronchite.

Papules du derme infiltrées de globules blancs, faisceaux conjonctifs du derme et du tissu-cellulaire sous-cutané écartés par des amas ou des traînées de globules chassés par le pinceau. On voit qu'ils sont portés par un réticulum lymphatique.



OBSERVATION XXIV

Des néoplasmes lymphatiques de la peau, par S. Engeltteds. — (*Nordisk medt Arkiv. B. añ d. VII*).

*Résumé.* — Femme ayant eu la syphilis il y a 8 ans. Il y a un mois, apparition sous la plante du pied droit d'une vésicule qui s'ouvrit, laissant à sa place une ulcération. A son entrée (avril 1873) on constate sous la plante du pied, au genou, au coude, du côté droit, sur la lèvre supérieure, à l'extrémité du nez, des productions ayant débuté par de petites saillies dures, recouvertes par des vésicules à contenu séro-sanguinolent.

Juxtaposition de nouveaux nodules aux premiers parus, d'où tumeurs réniformes, recouvertes d'ulcération. Peu après son entrée à l'hôpital, nouvelles tumeurs (à la nuque, à la poitrine, sur les deux fesses). En juin nouvelles tumeurs (front, tibia). A partir de ce moment, amélioration, sortie après 92 jours de traitement. Mais nouvelle poussée de tumeurs au bout de huit jours, forçant la malade à rentrer à l'hôpital et séjour jusqu'en mars 1874. — Guérison non définitive — troisième poussée de septembre 1874 à janvier 1875.

*Traitement.* — D'abord iodure de potassium qui n'empêche pas la pullulation, alors arsenic.

Examen histologique d'une tumeur enlevée. Rien dans l'épiderme, à l'intérieur des papilles, réticulum très fin tout à fait semblable à celui des ganglions lymphatiques, fibrilles de tissu conjonctif beaucoup moins nombreuses qu'à l'état normal dans les mailles du réticulum, cellules ressemblant aux globules blancs, et des vaisseaux nombreux.



OBSERVATION XXV

Tumeurs lymphadénoïdes (par Heurtaux. Bull. de la soc. de chirurgie de Paris 1875, T. I.)

M. P. notaire, 43 ans, a vu apparaître vers l'âge de 28 ou 30 ans, principalement dans le dos et sur les reins, des tumeurs, qui, d'abord violacées, pâlissaient ensuite, devenaient flasques et disparaissaient en laissant des cicatrices blanchâtres, déprimées; l'évolution de chaque tumeur durait quelques mois; de temps à autre se montrait une nouvelle poussée.

Le malade vient consulter pour une tumeur ayant environ 0.07 de diamètre, siégeant à la région lombaire, ayant dans toute son étendue une coloration violacée, semblant développée à la fois dans la peau et dans l'hypoderme, nettement limitée, et de consistance assez ferme. D'autres tumeurs analogues existent dans le dos, mais sans changement de coloration de la peau; on remarque en outre de nombreuses cicatrices dans la région lombaire. Les ganglions lymphatiques et les viscères paraissent normaux. La tumeur lombaire, après avoir subi une période d'augmentation pendant quelques jours, se flétrit notablement en moins de 8 jours, et disparaît tout à fait en moins d'un mois, en ne laissant à la peau qu'un aspect ridé, comme gaufré, mais sans modification de l'élasticité. Pendant cette disparition, aucune nouvelle tumeur n'a apparu.

Six mois après, le malade vient de nouveau consulter pour deux glandes mobiles, douloureuses, récemment apparues: 3 mois après apparaît dans l'aisselle une volumineuse tumeur, en même temps qu'une altération de la santé générale; cette tumeur s'ulcère ensuite par gangrène de la peau et le malade finit par succomber après des douleurs atroces dans le membre malade. Pas d'autopsie.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions:



après avoir signalé l'analogie avec le mycosis fongoïde, il fait observer que les tumeurs ont toujours été localisées dans une même région, qu'elles ont acquis un développement beaucoup plus considérable que dans le mycosis, qu'elles se sont accompagnées de douleurs très vives, surtout à la dernière période, et qu'enfin elle n'ont jamais été précédées dans leur apparition par une période eczémateuse ou lichénoïde.

#### OBSERVATION XXVI

Cas de tumeur de la peau à évolution clinique analogue à celle du cancer (cancer clinique) et à détermination histologique ambiguë, participant des caractères du lymphadénome et du granulome, par M. Ernest Besnier, médecin de l'hôpital St-Louis.  
Annales de dermat. et de syphil. II<sup>e</sup> série.

*Résumé.* — Homme de 49 ans, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires, remarque au commencement de l'année 1877 qu'il porte dans la région dorsale de petites grosseurs de couleur violacée, indolentes et sans prurit, antérieurement il n'avait dans cette région aucune difformité, aucune lésion.

En peu de temps, les boutons d'abord isolés, sont devenus cohérents, puis se sont fusionnés en groupes tout en conservant chacun une certaine individualité persistante, et enfin se sont ulcérés partiellement malgré l'emploi de l'iodure de potassium.

Etat le 17 juin 1878. — Caractères objectifs de la lésion :

Dans la région dorsale existent deux tumeurs considérables absolument indolentes, l'une située au voisinage de la ligne médiane à gauche, entre le bord interne de l'omoplate de ce côté, et la ligne des apophyses épineuses; l'autre, placée un peu plus bas et un peu plus en dehors; elles sont séparées l'une de



l'autre par un intervalle de 0.01,5 et près de la ligne de séparation, à droite, on trouve une troisième tumeur, mais rudimentaire.

La première est ovalaire, mesure 14 centimètres sur 5, la seconde circulaire, fongoi<sup>de</sup> a 7 centimètres sur 8. Elles font un relief de 2 à 4 centimètres au-dessus du niveau de la peau, mais très inégalement suivant les points. Coloration violacée, vineuse, livide, la surface est parsemée d'anfractuosités généralement arrondies dont le fond est rempli plus ou moins par un détrit<sup>us</sup> jaunâtre sanieux, manifestement gangréneux au niveau de plusieurs des cratères de la tumeur inférieure.

Toutes ces tumeurs non seulement indolores, mais encore indolentes, présentent à la palpation une consistance comparable à celle de l'œdème dur.

A la partie externe des tumeurs, la peau avoisinante est saine. A leur côté interne on trouve : 1° des petites masses perlées, lenticulaires ; 2° une zone plate, dure ; 3° des indurations nodulaires. Mais en aucun point la peau n'avait cet aspect granité et ponctué (peau d'orange) si remarquable dans la zone envahissante du cancer dermique plat.

Partout, partiellement ou en masse, le néoplasme était très étendu sur les parties sous-jacentes, il était essentiellement dermique.

Intégrité du système ganglionnaire.— Etat général excellent.

Un an après, le malade qui avait quitté l'hôpital et s'est soumis aux pratiques des empiriques de sa contrée, était dans le marasme le plus complet. Tous les ganglions de l'aisselle gauche étaient intéressés. Une tumeur presque aussi considérable que celle du dos, mais sans ulcération, s'était élevée sous le paquet ganglionnaire de l'aisselle, sur le côté gauche du thorax.

Les tumeurs du dos s'étaient réunies en une seule, constituant une vaste plaie à fond rose. Une large tumeur lisse, dure, ayant son siège sur le sommet de la tête, intéressait sans doute le périoste. Toux, crachats nummulaires, craquements sous la clavicule gauche. Mort dans le marasme.



Pas d'autopsie, mais examen microscopique, par M. Chambard, de fragments pris par M. E. Besnier en divers points de la tumeur.

Epiderme et corps papillaire semblent normaux. On voit une coupe du derme parsemée de taches, finement granuleuses, colorées en rouge, qui répondent à des amas de cellules lymphatiques qui se montrent sous forme de traînées, qui accompagnent les vaisseaux et entourent leurs parois comme d'une gaine.

Ces taches granuleuses se rencontrent encore dans les régions profondes du derme autour des glomérules des glandes sudoripares, d'autres sont disséminées çà et là dans le derme et limitées par les faisceaux conjonctifs qu'elles semblent dissocier.

Discutant cet examen, M. Chambard conclut que ce n'est pas un sarcome même parvicellulaire (les parois vasculaires n'étant pas revenues à l'état embryonnaire), ce n'est pas un granulome, mais peut-être un lymphadénome fruste.

### *Observation de sarcomatose cutanée secondaire.*

A. Observations de sarcomes localisés primitifs de la peau. — Possibilité d'une sarcomatose cutanée secondaire à ce néoplasme initial.

#### OBSERVATION XXVII

Sarcome fuso-cellulaire pigmenté de l'index gauche, développé par métaplasie d'un *naevus* hypertrophique. Tumeur sarcomateuse des ganglions de l'aisselle droite et gauche, du tissu cellulaire sous-cutané des régions sus-claviculaires, sus-épineuses, sternale et lombaire. Sarcomes probables du foie et de la région pylorique de l'estomac. Ictère. M. Köbner (archiv. für dermat. und syphil. 1869.

Rosine J..., âgée de 45 ans, femme d'un fabricant de limes, constitution robuste, embonpoint considérable, portait depuis



l'enfance, un petit nævus jaunâtre sur la face radiale de la dernière phalange de l'index gauche. Elle avait un autre nævus sur la face cutanée de la lèvre supérieure. Mariée à 21 ans et occupée aux soins de son ménage, le nævus de l'index fut souvent excorié, saignant et douloureux, mais la cicatrisation avait toujours lieu.

Il y a trois ou quatre ans, il commença à s'hypertrophier, à devenir douloureux après l'application d'emplâtres irritants. Il fut cautérisé trois fois par un charlatan, le troisième emplâtre avait été appliqué en mai 1866 époque à laquelle les ganglions de l'aisselle gauche devinrent volumineux.

En août et septembre 1866, la malade eut le choléra. Après la guérison, ces ganglions augmentèrent rapidement de volume et d'autres petites tumeurs sous-cutanées se développèrent.

En janvier 1867 Köbner consulté trouve une tumeur du volume d'une pomme dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sus-claviculaire gauche, plusieurs, du volume d'une noix au niveau de l'omoplate droite, dans l'aisselle de ce côté. Ces tumeurs étaient dures, mobiles sur les parties profondes, mais adhérentes à la peau dans leur plus grande étendue, douloureuses seulement à la pression, mais non spontanément. A la fin de janvier, une tumeur ronde du volume d'une cerise se montra dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire et en février, une autre semblable apparut au niveau du sternum. Vers la fin de mars, les tumeurs avaient encore augmenté de volume et il y avait de la constipation, puis apparurent des vomissements, de l'ictère et de la fièvre.

Pendant ce temps le volume des tumeurs ne cessait pas de s'accroître, de nouvelles apparaissaient surtout dans le plicule adipeux de la peau de l'abdomen.

De plus, on constatait une induration très sensible à la pression au niveau de la région pylorique et du lobe gauche du foie. Par le toucher vaginal on sentait la paroi postérieure du vagin refoulée par des tumeurs partant de la paroi antérieure du rectum.



La peau s'ulcérât au niveau des tumeurs ganglionnaires. Les symptômes continuèrent à aller en s'aggravant : les vomissements étaient incoercibles, il y avait de l'insomnie, de la dyspnée, de la rétention d'urine, de la constipation et la mort arriva dans le collapsus, le 25 mai 1867.

Pas d'autopsie, mais ablation des tumeurs de l'index gauche, des aisselles et des deux situées au devant du sternum et sur la ligne blanche.

La tumeur de l'index était dure, large comme un haricot, plane, de coloration blanche. Sur une coupe, elle a la forme de segments séparés par une cloison de trois millimètres ; le segment le plus grand a une coloration brunâtre, le plus petit blanchâtre, tous deux occupaient toute l'épaisseur de la peau et de l'hypoderme.

Au-dessous de l'épiderme épaissi et du réseau de Malpighi non altéré, on voit une hyperplasie portant à la fois sur les fibres et les cellules conjonctives, semblable à celle qui existe dans les fibromes simples ; les couches les plus profondes du derme de même que l'hypoderme présentent une prolifération énorme de cellules fusiformes réunies en amas et en faisceaux ; les cellules ont un à deux noyaux, les vaisseaux sont dilatés, la prolifération cellulaire ne suit pas leur direction mais celle des faisceaux du derme.

A l'aisselle, foyers de dégénérescence graisseuse.

Tumeur sternale : cellules ovales ou arrondies, grandes, riches en cellules adipeuses et à plusieurs noyaux,

Diagnostic : sarcome fuso-cellulaire, transformation d'un fibrome en un fibro-sarcome.

#### OBSERVATION XXVIII

Sarcome de la peau à cellules fusiformes, par Samuel W. Gross.  
(Philadelphie-médec. Times). Janvier 1881.

Femme mariée, âgée de 23 ans, est amenée à la clinique de



L'hôpital Jefferson, le 29 septembre 1880, pour une tumeur indolente siégeant dans la peau de la fesse, du volume d'une petite orange, de consistance ferme et élastique, rugueuse et sans changement de coloration à sa surface. La malade s'en était aperçue pour la première fois il y a trois ans, alors que la tumeur avait la forme d'un tubercule gros comme une balle de fusil, et elle raconte qu'elle avait reçu un coup sur la tumeur, quelques semaines auparavant. Cet accident s'accompagna d'un écoulement sanguin et fut suivi d'une augmentation de volume rapide.

Sur une coupe, après ablation de la tumeur, les surfaces de section présentaient une teinte brillante, jaune, rosée et avaient un aspect fibreux.

Au microscope, la tumeur était caractérisée par de petites cellules fusiformes contenues dans une substance intercellulaire homogène.

Pas de récurrence jusqu'au moment où cette communication est faite.

#### OBSERVATION XXIX

Un cas de sarcome de la peau et du tissu cellulaire qui entourent le cou-de-pied, par François-J. Shepferd.

Jeune homme de 18 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre à l'hôpital en avril 1884, pour une tuméfaction de la région du pied gauche.

Il y a six ans à la suite d'une chute, contusion du cou-de-pied, disparition par le repos de la douleur, mais pas entièrement de la tuméfaction, pourtant aucune gêne pour la marche. Un an après, nouvel endolorissement de l'articulation avec augmentation du gonflement et de la tension. Incision, qui ne donne pas issue à du pus, qui ne se cicatrise pas, et laissait couler une matière sanieuse, quand un an après, un coup de pied de



cheval au niveau de l'articulation malade amène une aggravation des symptômes. Cependant liberté des mouvements articulaires qui sont presque indolores.

Etat constaté par Dr Schepferd.— Rougeur, tuméfaction de la face interne du cou-de-pied, dans le voisinage quelques nodosités de la grosseur d'un gros pois, petits trajets fistuleux, ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs. Rien au squelette.

Diagnostic douteux ; aussi après anesthésie : incision exploratrice, qui, après avoir traversé une peau épaissie et infiltrée tombe sur un tissu de granulation, les tendons sous-jacents ne sont nullement gênés dans leurs mouvements.

Un fragment de la tumeur est examiné : sarcome à cellules rondes, amputation de la jambe, guérison rapide, les ganglions de l'aîne qui étaient engorgés diminuèrent peu à peu de volume et finirent par disparaître. Bon état du malade.

### OBSERVATION XXX

Tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras et du bras gauche, par Heurtaux (Bull. de la Soc. de chirurg. de Paris, 1875, T. I.).

Femme de 28 ans, chez qui se développa, il y a 18 mois, sur une tache pigmentaire congénitale située sur le dos du poignet, une tumeur ressemblant à une verrue qui augmenta de volume, s'ulcéra et fut enlevée. La plaie opératoire se cicatrisa bien. Il y a 4 mois apparurent sur la face postérieure du même avant-bras, sa face externe et aussi au pli du coude, des tumeurs qui, à un moment, furent au nombre de 25 : de forme ovoïde, à grand diamètre vertical, elles étaient cutanées ; la peau à leur surface était rougeâtre. Les ganglions lymphatiques étaient indemnes, plus tard, se montra sur le tiers inférieur du bras, une volumineuse tumeur très douloureuse : quelques tumeurs disparurent



sans laisser de traces; d'autres se montrèrent; et le malade cachectique finit par succomber.

A l'autopsie, on ne trouve rien dans les viscères; le tissu des tumeurs est mou, laissant écouler un suc abondant, qui renferme de grandes cellules très granuleuses avec un ou deux noyaux; on voit de plus une sorte de réticulum fibrillaire circonscrivant les cellules.

Diagnostic; sarcome lymphadenoïde (Sarcome globo-cellulaire à grandes cellules de Rindfleisch).

#### OBSERVATION XXXI (1)

Sarcome localisé de la peau de la paupière supérieure, biopsie, examen histologique. (Observation due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami E. Bouttier).

La nommée Deflage, âgée de 78 ans, se présente au commencement de mars 1884 à la consultation de M. Hallopeau à l'Hôpital Saint-Louis. Elle a depuis deux mois, sur les deux paupières supérieures et sur le front des surfaces eczémateuses, rouges, exulcérées, suintant abondamment et recouvertes de fines crouelles. La paupière supérieure droite est légèrement épaissie et un peu indurée. La malade revient à plusieurs reprises à la consultation, où l'on constate que l'épaississement de la paupière droite augmente, et qu'il se forme en cette région une véritable tumeur. Les surfaces eczémateuses développées dans le voisinage, demeureraient toujours stationnaires. La malade entre le 8 avril, salle Bielt, n° 21, on constate alors, outre des surfaces exulcérées sur la paupière supérieure gauche et sur le front, une tumeur volumineuse, grosse comme un poing d'enfant, occupant toute la paupière supérieure droite qu'elle infiltre et déforme. Cette tumeur indurée descend sur la joues jusqu'au voisinage des ailes du nez: légèrement douloureuse au toucher, elle est exulcérée dans les deux tiers inférieurs, rouge,

(1) Musée de l'hôpital St-Louis, n° 1054.



facilement saignante; en haut les téguments qui les recouvrent sont d'apparence cicatricielle, rouge et légèrement tuméfiés. L'œil que la malade ne découvre que très difficilement est sain. Pas de généralisation ganglionnaire. L'état général est bon.

L'examen histologique pratiqué par M. Marsan sur un fragment de la tumeur montre qu'il s'agit d'un sarcome.

La malade passe alors dans le service de M. Ledentu qui lui applique des flèches de Canquoin : elle sort le 8 septembre.

### OBSERVATION XXXII

Sarcome de la peau, sarcome secondaire du foie. Tumeur ovarique, rapide évolution des symptômes hépatiques, mort par épuisement. Société pathologique de Philadelphie. (Séance du 11 décembre 1884). (Boston medical and surgical journal, 5 février 1885.)

Ménagère de 29 ans, non mariée, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre dans le service du Dr Ludlow.

Bonne santé habituelle. Cinq semaines avant son entrée, douleur subite dans l'abdomen.

Etat à l'entrée, 22 novembre 1883. — Ascite, tumeur occupant l'épigastre et l'hypocondre droit, matité hépatique augmentée. Surface lisse, sensibilité marquée. Œdème des membres inférieurs, insuffisance mitrale, œdème pulmonaire, teinte ictérique des conjonctives. Mort 2 jours après son entrée.

Autopsie. — Liquide sanguinolent dans l'abdomen; œdème pulmonaire, rate doublée de volume, ramollie, reins cirrhosés, congestionnés. Dans la fosse iliaque du côté gauche kyste à contenu granuleux, lobulé et partant du ligament large du côté gauche. Foie triplé de volume, sur sa face externe deux grandes masses jaunâtres qui à la coupe sont molles, vasculaires à la périphérie, de la dimension d'une petite orange. D'autres masses semblables sont dispersées dans le foie. Dans l'aîne droite, deux tumeurs verruqueuses, dures et décolorées de la grosseur d'une



noix, adhérentes au tissu cellulaire sous-cutané et aux glandes inguinales. Sauf la coloration, elles ressemblaient à une mûre enchassée dans la peau. Les ganglions correspondants augmentés de volume et réunis les uns aux autres.

Au microscope ; la tumeur de la peau et celle du foie se sont montrées être des sarcomes alvéolaires, la première développée aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané.

La tumeur de la peau était probablement primitive, car l'ovaire du côté gauche correspondant au kyste du ligament large ne peut être reconnu ; à sa place on trouva un petit noyau qui pourrait bien avoir été une ovaire sarcomateux. Les tissus étaient en trop mauvais état pour pouvoir être examinés au microscope.

#### OBSERVATION XXXIII

Sarcome cutané de la face dorsale du pied. Lymphangite. Mort par embolie pulmonaire, par M. Ovion (Soc. anat., 1878).

Malade âgée de 77 ans, portait depuis longtemps (sans pouvoir préciser la date), une petite tumeur sur la face dorsale du pied gauche qui, stationnaire pendant longtemps prit en trois mois un accroissement rapide. Application en ville d'une pâte caustique, production d'une escarre qui en s'éliminant donne une hémorrhagie assez abondante.

Lymphangite. — Application de coton imbibé de perchlorure de fer. Mort subite, caillot dans le ventricule droit se continuant dans le tronc de l'artère pulmonaire, et dans sa branche gauche de bifurcation.



B. *Observations de sarcome primitif viscéral*  
(*sarcomatose-cutanée secondaire*)

OBSERVATION XXXIV

Cas de Köbner (Arch. für dermat. und syphil. 1869), p. 369.

Sarcome fuso-cellulaire généralisé de la peau, de quelques ganglions lymphatiques, des deux orbites, des deux testicules, des épidyymes et probablement des méninges encéphaliques.

Marc Schl..., 43 ans, marchand de chevaux, de constitution robuste, vint se faire soigner en août 1866, pour un embarras gastrique; quelques semaines auparavant, il avait remarqué par hasard sur l'abdomen plusieurs petites saillies indolentes. Six mois après, il survint brusquement une exophtalmie double, de la paralysie du nerf moteur oculaire externe gauche, et de violentes douleurs dans la région frontale.

A l'examen on trouve sur le thorax et l'abdomen de monstrueuses nodosités (20 à 30 sur la région antéro-latérale de l'abdomen) isolées, de la grosseur d'un pois à un grain de chènevis, dures, non mobiles; à leur niveau la peau a sa coloration normale, sauf pour les plus grosses où elle est rosée; elles sont indolentes, sont situées dans l'épaisseur du derme, se prolongeant en partie dans l'hypoderme.

Au-dessus du ligament de Fallope, du côté droit, on trouve une masse ganglionnaire, indolente, grosse comme un œuf de poule. Pas de tuméfaction ganglionnaire dans les autres régions.

Dans les orbites au-dessus et au-dessous des globes oculaires saillants, on trouve deux tumeurs, situées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, dures, de la grosseur d'un pois.

Un mois après, apparaissent de nouvelles nodosités rétro-bulbaires dans la paupière inférieure gauche, atteignant les



dimensions d'un haricot; les petites tumeurs du tronc, du cuir chevelu s'étendent, on en compte 20 à 30 sur l'abdomen, 12 à 15 sur le thorax, 8 à 10 dans le cuir chevelu, il y en a moins sur les membres.

A la fin du mois de janvier 1867, il se produit une ulcération de la cornée gauche, suivie de perforation.

Les douleurs de tête étaient lancinantes, puis la fièvre apparut accompagnée de vomissements, de constipation et des phénomènes d'œdème cérébral et le malade mourut, le 5 février.

D'après le malade, c'est le bubon qui a attiré son attention en même temps que les troubles de la digestion, les nodosités cutanées du tronc ont paru ensuite.

L'autopsie ne put être faite, mais Köbner extirpa quelques-unes des tumeurs. Le bubon fémoral se composait d'un petit et d'un gros ganglion contenant une cuillerée de sanie sanguinolente.

Les testicules étaient volumineux, les tumeurs de l'albuginée de la grosseur d'un pois à un noyau de cerise, dures, isolées, plus considérables au niveau de l'épididyme. Au microscope, tous les néoplasmes étaient des sarcomes et plus spécialement ceux de la peau et de l'hypoderme, des orbites, des sarcomes fuso-cellulaires purs.

Les nodosités de la peau présentent une surface de section blanche, fibreuse, il n'y a pas de suc à la pression. Au-dessous de l'épiderme normal et du réseau de Malpighi, aminci, le corps papillaire et le derme sont infiltrés de cellules conjonctives, augmentées de volume qui, par leur nombre dépassent de beaucoup la substance fibrillaire fondamentale. Dans quelques nodosités, l'augmentation et l'accroissement des cellules fusiformes s'étend jusque dans le tissu cellulo-adipeux.

Les papilles dont les contours sont bien nettement conservés, mais dont les éléments autres que les cellules conjonctives ne sont plus visibles, sont considérablement allongées et élargies par l'énorme prolifération de ces dernières, elles



sont : les unes contournées sur elles-mêmes, les autres tellement serrées les unes contre les autres, que les prolongements inter-papillaires du réseau de Malpighi sont considérablement amincis. Dans la portion horizontale du corps papillaire, la prolifération cellulaire n'était pas assez intense pour empêcher de distinguer nettement les cellules fusiformes anastomosées les unes avec les autres, et avec celles des papilles et la substance fibrillaire intra-cellulaire.

Dans les couches plus profondes du derme, de même que dans le tissu cellulaire sous-cutané pour les tumeurs plus considérables, la prolifération cellulaire était de nouveau plus abondante et se présentait sous l'aspect d'amas cellulaires, de plus elle suivait les faisceaux conjonctifs parallèles à la surface. On y voyait des faisceaux de fibres cellules complètement développées. Les fibres élastiques étaient en quantité minime. Les vaisseaux sanguins n'étaient pas visibles dans les papilles, dans le derme lui-même, ils n'étaient pas dilatés et leurs parois n'étaient pas le point de départ de cellules sarcomateuses.

Les follicules pileux dont l'orifice superficiel était dilaté au niveau de quelques tumeurs plus considérables ne contenaient plus de poils et étaient atrophiés, de même que les glandes sébacées et sudoripares.

Dans les petits noyaux sarcomateux sous-conjonctivaux, la masse principale était formée par des traînées de grandes cellules fusiformes qui avaient pris la place du tissu cellulaire interstitiel qui entoure les grosses cellules adipeuses et dont on ne retrouvait plus que de rares fibres très ténues.

Le ganglion sarcomateux de l'aîne, durci dans l'alcool montrait au-dessous d'une capsule épaisse, une segmentation trabéculaire en plusieurs segments arrondis, dans l'intérieur desquels il était facile d'isoler des faisceaux longitudinaux très denses, les uns simples, les autres dichotomiques. Ces derniers représentaient des amas de cellules fusiformes proliférées du stroma que l'on pouvait suivre le long des parois vas-



culaires et qui se prolongeaient en parties dans les espaces lymphatiques fortement comprimés, outre les cellules fusiformes contenant un ou deux noyaux et un protoplasma homogène ou granuleux, (cellules que les dissociations montraient sous la forme de corpuscules avec un ou plusieurs noyaux) on trouvait de nombreuses cellules très grosses et pourvues de nombreux noyaux contenant de plus un protoplasma finement granuleux, en voie de dégénérescence graisseuse. Leur forme variant depuis celle d'un fuseau, d'un coing et d'une poire jusqu'à celle d'une sphère.

A côté de ces sarcomes à localisation bien déterminée par l'examen direct, Köbner se croit en droit d'admettre en s'appuyant sur les douleurs frontales incessantes, surtout très vives au niveau de la profondeur de l'orbite, sur les malaises fréquents, sur les constipations et surtout sur les nombreuses tumeurs peri et rétro-bulbaires, que selon toute probabilité, il existait des sarcomes des méninges dans la fosse cérébrale antérieure.

#### OBSERVATION XXXV (RÉSUMÉE)

Diathèse sarcomateuse, vaste sarcome du foie datant de trois ans avec tumeurs sarcomateuses multiples du tissu cellulaire sous-cutané.

Par M. Millard, (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1880.)

Femme de 42 ans, dont la mère est morte d'un cancer de l'utérus, pas d'antécédent syphilitique, mariée, pas de grossesse, ménopause à 38 ans, coïncidence de cette ménopause précoce avec le début de la maladie.

Celle-ci débute à la fin de l'année 1878 par des maux d'estomac, des douleurs dans le côté droit pendant plus de six mois; en y portant la main, elle sent une tumeur dure, volu-



mineuse au creux épigastrique. En 1878 double pleurésie dont elle guérit. Enfin apparition des tumeurs sous la peau dix-huit mois après la constatation de la tumeur abdominale.

Les tumeurs sous-cutanées sont développées de préférence sur le tronc : la première apparue siège dans la fosse sus-épineuse gauche, viennent ensuite les régions fessières gauche et droite, dorso-lombaire, axillaire, inguinales, mammaires, thyroïdiennes. Il n'y en avait pas sur la tête ni sur les membres.

Leur ordre d'apparition a été très irrégulier ; en février 1879 on n'en comptait qu'une dizaine, un an après, dix-huit mars, il y en a davantage, car plusieurs d'un petit volume avaient échappé ; d'ailleurs la pullulation ne semble pas arrêtée, à chaque examen on en découvre de nouvelles. Les plus petites sont plates, lenticulaires ou orbiculaires ; les plus volumineuses sphéroïdales, toutes ont des surfaces et des bords arrondis. Leur consistance est ferme plutôt que dure et élastique, rappelant celle des fibromes, uniformes, nulle part n'existent des points plus noirs.

Comme siège anatomique, elles sont superficielles, situées non dans l'épaisseur mais au-dessous de la peau qui est libre en général d'adhérences et glisse facilement sur elles ; elles sont mobiles sur les parties sous-jacentes. Leur indolence est absolue.

Pas de retentissement sur les ganglions des régions où se développent les tumeurs ; pas de leucocythémie.

Toucher vaginal négatif.

Comme traitement, après avoir donné sans résultats l'iodure de potassium, les préparations de pepsine, de quinquina, d'arsenic, d'iodure de fer, la viande crue, la diète lactée, etc., M. Millard donne dans une potion cordiale de la teinture d'iode d'abord à doses faibles (II gouttes) élevée graduellement à la dose de XII gouttes.

Une amélioration s'est produite, coïncidant avec le retour



des règles, mais pendant cette période de rémission de nouvelles tumeurs sous-cutanées apparaissaient pendant que les anciennes diminuaient de volume et au niveau des tumeurs extirpées pour l'examen histologique se produisaient d'autres nodosités, il y avait récurrence sur place.

Aussi l'amélioration ne dura pas; sans cause appréciable, la malade éprouva comme une poussée douloureuse du côté de toutes les tumeurs, la dyspepsie reparut suivie d'ascite, d'œdème des membres inférieurs et amena le dépérissement, la diarrhée et la mort.

Autopsie. — La tumeur abdominale n'était pas dans le foie, mais développée dans la loge cellulo-adipeuse du rein. Il y avait une série de capsules enveloppant cette tumeur de nature sarcomateuse, fibro plastique. Les poumons étaient hérissés, farcis de noyaux sarcomateux, les plus superficiels pédiculés, les autres sessiles. Le système veineux était atteint par la néoplasie (gros bourgeon sarcomateux dans la veine cave inférieure).

Les tumeurs sous-cutanées étaient toutes développées au-dessous de la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané, revêtues d'une capsule fibreuse, solides, sans ramollissement ni dégénérescence kystique. Elles étaient exclusivement composées de cellules fusiformes renfermant un ou deux noyaux avec nucléole, placées bout à bout et juxtaposées d'une manière régulière pour constituer des faisceaux. Les vaisseaux n'ont pour la plupart qu'une paroi embryonnaire.

Diagnostic. — [Sarcome fasciculé (Cornil et Ranvier) ou fibro-plastique de Libert ou fuso-cellulaire de Virchow.

Même nature de la tumeur abdominale où sur des fragments provenant de ces diverses régions, on voyait les différents âges du sarcome.



OBSERVATION XXXVI

Körte (Deutsch Klinik, n° 22, 1863).

Tumeur sarcomateuse primitive de l'anus, son ablation, suivie de tumeurs sarcomateuses secondaires, développées dans la peau et divers autres organes.

RÉSUMÉ

Une femme âgée de 40 ans, vint demander un traitement pour ce qu'elle appelait des hémorroïdes. L'une de ces tumeurs, situées sur le bord de l'anus fut enlevée avec l'écraseur. La plaie guérit rapidement et l'écoulement hémorroïdal cessa.

La tumeur, plate, fissurée et recouverte d'une membrane muqueuse, présenta à l'examen microscopique tous les caractères d'un sarcome.

Vers l'automne de 1863 (le temps écoulé depuis la première opération n'a pas été noté), une tuméfaction ganglionnaire indolente apparut dans l'aisselle au niveau de la troisième côte et ne diminua pas sous l'influence des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

Quelques mois plus tard, des tumeurs se montrèrent d'abord sur le sein gauche, puis en différents points du corps si bien qu'elles atteignirent le nombre de 70 à 80 disséminées sur tout le corps, depuis les aînes jusqu'au cou.

Elles siégeaient sous la peau à laquelle elles n'étaient pas adhérentes et n'étaient pas douloureuses.

On en trouvait aussi sur les petites lèvres et l'on pouvait penser qu'il en existait d'autres dans l'intérieur du bassin, car il se forma une fistule recto-vaginale, consécutive probablement à la suppuration d'une de ces tumeurs, et la malade mourut après deux ou trois mois dans la cachexie.



L'autopsie faite par Recklinghausen fit découvrir des tumeurs sarcomateuses, non seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les ganglions lymphatiques, mais aussi dans le foie, les reins, le pancréas et les ganglions mésentériques.

Le point où les lésions étaient le plus avancées, était le rectum à quatre doigts au-dessus de l'anus, où un abcès s'était formé, et avait en s'ouvrant établi une communication entre le rectum et le vagin.

Körte ajoute que ce cas montre la possibilité dans quelques cas d'une évolution maligne du sarcome, analogue à celle du carcinome.

#### OBSERVATION XXXVII

Sarcome multiple chez un enfant de 10 ans, par Luther Holden, (St-Bartholom. Hôpit. Reports, 1878.)

#### RÉSUMÉ

Charles L..., 10 ans, garçon chétif, est admis à l'hôpital, le 18 juin 1875.

Tumeur de la région parotidienne gauche du volume d'une grosse noix, n'est douloureuse ni spontanément, ni à la palpation. Sa consistance est cartilagineuse, elle est lisse et unie mais paraît s'enfoncer profondément dans les tissus sous-jacents.

Elle a été remarquée un an auparavant, elle augmente de volume lentement.

Ablation de la tumeur qui adhérait fortement aux tissus voisins et a dû être séparée de la glande par une dissection attentive.

Examen microscopique par Butlin : sarcome à cellules rondes.

Quatre mois après, l'enfant revient avec deux petites tu-



meurs apparues sur le front à gauche, l'une est noirâtre et semble appartenir à la peau, l'autre a des connexions avec les tissus sous-cutanés. Pas de récurrence de la tumeur enlevée.

Ablation des deux petites tumeurs. Même structure que la première : infiltration de cellules rondes dans le derme et le tissu cellulo-adipeux sous-jacent.

Un an après (août 1876), le malade revient pour des tumeurs des testicules (le gauche est le plus volumineux), indolents, de consistance cartilagineuse, scrotum normal. Ils ont commencé à être atteints il y a 2 ou 3 mois. Cordon sain, pas de ganglions. Le traitement à l'iodure de potassium n'amène aucun résultat. Après un intervalle de 11 mois (août 1877), le malade est revu, il a grandi, il a bon aspect, mais les testicules ont augmenté de volume et il existe à la face postérieure de la cuisse une tumeur apparue depuis six mois, une autre tumeur siège à l'angle inférieur de l'omoplate droit survenue depuis 4 mois, elle a 2 pouces de circonférence, et est mobile, peau rouge à son niveau. Une autre apparaît dans la région trochantérienne droite. Quelques mois après une autre se montre au niveau du grand pectoral gauche. On enlève cette dernière et celle près de l'omoplate.

A partir de ce moment, on voit apparaître des tumeurs à l'avant-bras droit, sur le front (récurrence sur place), à la face interne du bras droit. Les ganglions axillaires s'engorgent, les deux dernières tumeurs s'ulcèrent.

Pas d'augmentation de globules blancs (Butlin), mais petits corps sphériques isolés ayant presque l'apparence des cocci de Billroth.

Enfin, le malade meurt en août 1878.

*Autopsie.* — Il n'y avait aucune tumeur dans les viscères de la poitrine et de l'abdomen, mais une chaîne de ganglions s'étendant le long de la paroi pelvienne de chaque côté près du sacrum.



Ces ganglions offraient les mêmes caractères généraux que les tumeurs, mais ceux du côté droit étaient plus volumineux que ceux du côté gauche et se terminaient par une masse assez volumineuse qui descendait profondément dans le bassin autour du rectum dont les parois étaient sur une assez grande étendue envahies par la maladie.

L'examen microscopique de la tumeur du bassin, des ganglions engorgés et des testicules donna exactement le même résultat que précédemment, sauf qu'il y avait une plus grande quantité de tissu rétiforme que dans les premières et les secondes tumeurs, de sorte que la coupe donnait plutôt l'idée d'un lympho-sarcome que d'un sarcome à cellules rondes (Butlin).

#### OBSERVATION XXXVIII

Cas de sarcome de la peau, de la colonne vertébrale, des côtes, des poumons, du foie, du pancréas, des reins, du cœur et de la dure-mère, par Webber (Boston medical and surgical journal); 16 janvier 1873.

#### RÉSUMÉ

Pierre W..., âgé de 40 ans. Son père mort d'un cancer de l'estomac; quant à lui, rhumatisme aigu à l'âge de 16 ans, pas de syphilis, bonne santé jusqu'en 1868, époque à laquelle il remarqua une tumeur dans l'aisselle droite. Elle fut enlevée en 1869, mais réapparut après l'opération et fut de nouveau enlevée en 1871. Six mois après cette deuxième extirpation commencèrent à apparaître de nombreuses nodosités sur le corps. Il y en avait un grand nombre variant du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, la plus volumineuse siégeait au niveau de la septième côte droite en dehors de l'angle antérieur; situées les unes dans l'épaisseur



de la peau ; les autres plus profondément dans le tissu cellulaire sous cutané. Trois de ces dernières étaient foncées, granuleuses et saignantes.

De plus, le malade avait de violents accès de toux matin et soir, des douleurs lancinantes, brûlantes dans le côté gauche, l'épaule et le bras correspondants.

Respiration courte, très gênée, râles musicaux secs dans les deux poumons.

Enfin, les symptômes s'aggravent : Augmentation des douleurs dans la poitrine, anxiété, orthopnée: — Mort en novembre 1873.

*Autopsie.* — Adhérences étendues des deux plèvres.

Péricarde adhérent faiblement. Masse considérable au sommet de la cavité pleurale gauche adhérente à la colonne vertébrale, quelques autres tumeurs plus petites adhérentes aux corps des vertèbres. Sur l'une des côtes, petite tumeur qui a détruit l'os. Foie, poumons, pancréas, reins et substance du cœur criblés de petites nodosités. Même état sur la face inférieure de la dure-mère.

Examen histologique. — Sarcome à cellules fusiformes.

### *Observations de mélano-sarcomes primitifs de la peau.*

#### OBSERVATION XXXIX

Note sur un cas de sarcome développé sur un *nœvus pigmentaire* par H. Duret (Arch. de phys., 1873, n° 3, p. 319).

Gerv.... Julie, âgée de 50 ans, entre dans le service de M. Duplay, au mois de mars 1873, pour une *tumeur ulcérée qu'elle porte dans la région dorsale*. Cette tumeur a la forme d'un champignon, son diamètre est de 4 à 5 centimètres. A



son pourtour, la peau, dans une étendue de 2 à 3 centimètres, est brun violet, rugueuse, chagrinée et présente de inégalités et 3 ou 4 petites tumeurs, grosses comme un pois, formées par un bourgeon embryonnaire du derme, soulevant le corps papillaire et l'épiderme.

Il y a 8 ans, la malade s'aperçut, pour la première fois, d'une petite tache brune en ce point, surélevée et couleur jambon fumé. Depuis 3 mois, la tumeur s'est développée sans douleurs très vives. Il y a sur le tronc deux ou trois taches pigmentées.

La tumeur fut enlevée, et la cicatrice a conservé depuis un aspect violacé. La tumeur, d'une teinte blanche et mate, montre à son centre une masse brune, grosse comme une noisette, analogue à une truffe. Sur le *nœvus* pigmenté qui entourait la tumeur, on note, à l'examen microscopique, une dilatation des vaisseaux et un dépôt de pigment, couleur sépia, autour d'eux.

La tumeur blanche est formée de grosses cellules arrondies et renferme des vaisseaux et très peu de tissu conjonctif interstitiel (sarcome globo-cellulaire de Virchow).

La tumeur brune est formée par des cellules arrondies ou polygonales, remplissant les espaces plasmatiques du tissu conjonctif (carcinome). Le pigment est déposé aussi bien dans les cellules qui occupent les travées conjonctives que dans celles des espaces plasmatiques.

Il semble que la partie sarcomateuse soit due à un néoplasme développé dans la couche muqueuse de Malpighi et la partie carcinomateuse à la prolifération des éléments du derme. Cette supposition est appuyée par les cas connus dans lesquels des sarcomes mélaniques ayant récidivé, la seconde tumeur était du carcinome.



OBSERVATION XL

Cas de mélano-sarcome multiple de la peau. — Duncan Bulkley.

Homme, âgé de 22 ans et 9 mois, entre dans le service de M. Bulkley le 17 décembre 1874.

Pas de maladie antérieure. Il y a 8 ans, le malade a été opéré d'une grenouillette existant depuis l'enfance, elle persiste encore aujourd'hui et se vide de temps en temps.

Il y a six ans, il reçut un coup sur le côté externe de l'œil droit, suivi d'une contusion de la sclérotique — occlusion de l'œil comme traitement. — Aussi très légère inflammation.

Peu de temps après cet accident parut, à côté du point contusionné, une petite tache noire qui a considérablement augmenté de volume. On la voit actuellement sous la forme d'une tumeur bleu-noirâtre, d'un cinquième à un tiers de pouce de diamètre, légèrement surélevée et entourée d'un cercle veineux dilaté.

Il y a deux ans et demi, la première lésion de la peau se montra juste en avant du lobule de l'oreille gauche, elle atteignit les dimensions d'une noix, mais diminua de volume et, actuellement, elle ne dépasse pas la grosseur d'un pois; elle se déplace avec la peau, n'a jamais été colorée à sa surface, qui a la coloration normale de la peau.

Un an après, c'est-à-dire il y a un an, il remarque une tumeur sur la moitié gauche de la poitrine, elle était bleu noirâtre au début, mais elle a disparu depuis, comme plusieurs autres tumeurs. Il y a neuf ou dix mois, apparut une tumeur sur le bras gauche qui s'est aplatie et persiste sous la forme d'une tache noire, une autre siégeait sur la tempe gauche, ayant le volume d'une grosse noix, elle fut enlevée par le Dr G. Smith de Brooklyn, le 30 juin 1874. Une



autre plus petite, située dans le tissu cellulaire de la paupière inférieure gauche, au-dessous du bord inférieur, avait été enlevée le 19 juin.

*Examen de ces pièces.* — Aucun changement de coloration de la peau au niveau de ces tumeurs, pas trace de développement anormal de vaisseaux dans leur voisinage; la plaie fut le siège d'une petite hémorrhagie ordinaire. La tumeur était d'une friabilité assez grande et de coloration presque noire. Au microscope, on trouva un excès de substance pigmentaire, quelques cellules très grandes avec deux et même trois noyaux, rendus très visibles par l'acide acétique. La tumeur enlevée le 30 juin avait la même consistance, la même coloration et la même structure histologique. A cette époque, le fond de l'œil fut examiné, il ne présentait rien d'anormal, pas même l'œil droit. Le larynx et l'arrière-gorge étaient aussi normaux.

Durant ces derniers neuf mois, le développement des tumeurs fut assez rapide, de nouvelles étaient découvertes presque tous les jours, tandis que d'autres disparaissaient parfois.

Pendant les cinq derniers mois, la surface de la peau était devenue plus foncée, surtout à la face, qui présente actuellement l'aspect décrit dans la maladie d'Addison.

Etat constaté par le D<sup>r</sup> D. Bukley :

Toute la surface de la peau, des pieds à la tête, est recouverte de petites tumeurs sous-cutanées, de formes et de dimensions variant depuis celles d'un pois cassé jusqu'à des surfaces de un ou même deux pouces de diamètre. Le plus grand nombre de ces tumeurs est arrondi; il y en a d'allongées, comme sur l'avant-bras droit, où on en trouve une de deux pouces de long sur trois quarts de pouce de large. Quelques-unes paraissent formées par la réunion de tumeurs plus petites; la plupart font une saillie plus ou moins notable au-dessus de la peau, les unes sont arrondies à leur sommet, les autres, au contraire, aplaties, celles qui ont un



diamètre transversal de plus d'un pouce, font une saillie qui ne dépasse pas un quart de pouce de hauteur et sont complètement aplaties à leur sommet ; elles paraissent en voie de résorption après avoir atteint le maximum de développement. Comme consistance, toutes sont dures. Quelques-unes sont colorées de teintes diverses, depuis le brun-verdâtre jusqu'au bleu très foncé, mais le plus grand nombre présente la coloration de la peau, qui, à leur niveau est mobile, tandis qu'au-dessus de celles qui sont foncées et celles en voie d'atrophie et d'aplatissement, la peau est épaissie, indurée et adhérente à la tumeur.

Il est impossible de donner le nombre exact des tumeurs isolées, quelques-unes, plus petites, étant situées dans la profondeur du tissu sous-cutané et sensibles seulement à la palpation, mais le malade, dépouillé de ses vêtements, le corps apparaît parsemé de ces petites tumeurs ; son frère, la semaine dernière, en a compté 105, rien qu'à la vue.

Quelques-unes de ces tumeurs sont en voie de disparition ; après avoir atteint un certain volume, ou plutôt après avoir fait saillie au-dessus de la surface cutanée, sous forme de tumeur sous-cutanée recouverte de peau normale, elles présentent une coloration pourprée qui devient de plus en plus foncée jusqu'au noir. En même temps, les tumeurs paraissent s'aplatir, puis la résorption commence, la saillie disparaissant et la couleur pâlisant un peu ; aussi, les plus anciennes qui siégeaient sur la poitrine et l'abdomen présentent seulement un léger changement de couleur, une teinte semblable à celle du nitrate d'argent passé sur la peau. Le malade affirme que toutes les tumeurs qui ont subi ces modifications étaient auparavant le siège d'hémorrhagies, soit spontanées, soit provoquées par le frottement des vêtements ; quelques-unes d'ailleurs, celles situées sur la jambe, près du genou, présentent des traces d'hémorrhagie récente, et le malade raconte que certaines saignaient chaque nuit et que les draps étaient tachés de sang tous les matins. Ces



modifications se produisent surtout sur les tumeurs de la poitrine et de l'abdomen, qui sont les plus irritées dans les occupations du malade (livraisons de machines à coudre).

Un phénomène très curieux a accompagné l'évolution de quelques-unes de ces tumeurs, principalement sur la poitrine et l'abdomen. Durant le travail de régression, quand la masse était considérablement aplatie, on remarquait autour de la tumeur un anneau, une sorte de collier, d'une largeur d'un quart de pouce, parfois induré, légèrement surélevé et d'une coloration bleu noirâtre ; d'autres fois, il se présentait sous l'aspect d'une simple bande colorée, non saillante, autour d'un espace central pigmenté, séparé de ce dernier, par une portion de tissu normal très étroite. En certains points, l'anneau entoure des tumeurs à peine colorées. Le malade affirme que ce cercle s'est toujours formé autour des tumeurs qui avaient changé de couleur, lesquelles saignaient à certains moments.

Toute la peau a une teinte foncée, quoique moins foncée qu'à la face, qui présente davantage la couleur du nitrate d'argent ou celle de la maladie d'Addison.

L'état général est bon, le malade se sent bien portant, vigoureux et a bon appétit. Il a récemment augmenté de poids et s'est amélioré sous l'influence de la liqueur de Fowler, qu'il a prise pendant cinq mois et plus. Il a pourtant quelques accès d'oppression, mais il dort bien.

Le foie présente quatre pouces de haut en bas, il déborde la ligne médiane d'un pouce et demi, la peau de l'abdomen est tellement couverte de tumeurs que toute exploration est rendue très difficile. — Poumons normaux à l'examen physique.

L'urine examinée pour la première fois le 19 juin, par le Dr Smith de Brooklyn, lors de la première opération, était de couleur brune, le 6 juillet elle était brune, fortement acide, densité 1022, avec cristaux d'acide urique, de teinte bleuâtre paraissant augmenter à l'exposition de la lumière. D. Bukley



note à sa première visite, que l'urine avait une coloration brun café, densité 1020, urates très abondants, un peu d'oxalate de chaux. Plus tard, la coloration devint d'un brun très foncé, parfois très troubles à cause des urates, parfois plus claires. Le dépôt très abondant renfermait outre les urates et les oxalates des amas pigmentaires, amorphes, quelques-uns paraissaient contenus dans des cellules épithéliales provenant des reins, quelques-unes ressemblaient aux cellules pigmentaires de Roberts. La quantité d'urine rendue était grande d'abord; puis diminua, une fois elle fut de 14 onces dans les 24 heures, et la plus grande quantité en cet espace fut de 38 onces.

L'histoire ultérieure du malade peut se raconter en peu de mots. Il perdit rapidement ses forces et son embonpoint, les tumeurs se développèrent, subirent le processus de résorption et de rétrocession décrit précédemment, mais le nombre des tumeurs alla en augmentant, de nouvelles se développant sans cesse à côté des premières.

La dépression augmentant, accompagnée d'œdème des jambes, le malade entra à l'hôpital Roosevelt. Le pouls très rapide 144, T. 101°, Fahr. sécheresse extrême de la peau, suppuration de sa grenouillette, abcès dans la joue droite, ulcérations des tumeurs à l'épaule droite, à la face interne de l'avant-bras gauche et quelques unes sur la jambe droite.

Elles sécrétaient du pus et des masses pigmentées presque solides, en outre suintement sanguin presque continu. Grande gêne respiratoire, état mental parfait.

Après un séjour de trois semaines, il meurt le 16 mai. Durant cette période, l'urine présente le même aspect, acide, densité 1018, foncée de douleur, contenant des traces d'albumine. Le malade dépérit rapidement, devint de plus en plus bronzé jusqu'au moment de sa mort, où la teinte mélanique générale était très frappante. La température s'éleva à 101,75 Fahr. et se maintint autour de ce chiffre. Pendant les dernières nuits, il y eut du délire, qui se montra aussi



parfois dans le jour. Pendant les dernières 48 heures : délire continu, agitation, incontinence de matières fécales, les selles très liquides, étaient de coloration vert foncé.

*Autopsie*, le 17 mai 1875. — Toute la peau présente une coloration foncée, sur toute la surface du corps immédiatement au-dessous et dans l'épaisseur même de la peau, on voit un grand nombre de tumeurs depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule, quelques-unes présentent une coloration d'un noir pourpre. La *dure-mère* est grisâtre et sa face interne est recouverte d'une légère couche de fibrine, la *pie-mère* normale sauf un petit noyau pigmenté. Dans l'œil droit à l'angle externe de la cornée, petit noyau noir ; l'intérieur de l'œil était normal. — Pharynx, trachée, grosses bronches grisâtres, pas de pigment dans les poumons, lobe inférieur gauche œdématié et en partie hépatisé. Péricarde distendu par une sérosité claire. Cœur normal, sérosité purulente, dans la cavité péritonéale. Foie et rate pigmentés, noyaux noirs dans le foie ; muqueuse stomacale et intestinale (grêle) congestionnée et recouverte de sérosité. Ganglions cervicaux, bronchiques et mésentériques noirs et volumineux.

#### OBSERVATION XLI

Cas de sarcomes idiopathiques pigmentés multiples de la peau par  
le Dr Taylor.

Dinah Johnson, blanchisseuse, âgée de 48 ans, femme de couleur, pas bien foncée mais seulement d'un brun léger, taille élevée, fort embonpoint, pas de maladies.

A l'âge de 24 ans, elle remarqua l'apparition d'une première tache noire, vers la base du sternum, et fut suivie d'une semblable au-dessous de la première, en moins de cinq



ans elles se réunirent, mais pendant cet intervalle d'autres tumeurs apparurent sur les avant-bras, l'abdomen, les cuisses et les jambes. Pendant quelques années aucune autre ne se montra, puis après un intervalle de dix ans d'autres tumeurs apparurent dans la paume de la main, à la plante des pieds, au cou et dans la région scapulaire. Il y eut un nouvel intervalle d'environ dix ans, après lequel de nouvelles tumeurs se montrèrent aux mêmes endroits. L'évolution de ces tumeurs s'effectuait toujours lentement et sans douleur; elles étaient nettement limitées et ne provoquaient aucune congestion des téguments environnants. L'état général de la malade était excellent.

En 1869, quand le Dr Taylor la vit, les saillies occupaient les régions indiquées, la tumeur du sternum la plus grande, ressemblait à un 8 de chiffre, d'autres avaient les dimensions d'un demi-dollar en argent; quelques-unes étant en voie de formation, il put étudier le premier stade de la maladie. Tout d'abord on remarquait un simple état foncé de la peau, puis on voyait les capillaires se dilater et enfin paraissait la saillie de la peau. Sur quelques-unes de celles qui étaient les moins avancées, les capillaires dilatés se voyaient avec peine, tandis que sur d'autres, ces vaisseaux se voyaient en grand nombre autour des bords. Les membranes muqueuses n'étaient pas intéressées.

Pas d'excision de la tumeur sternale; pas d'examen histologique; malade perdue de vue.

#### OBSERVATION XLII

Mélanose généralisée. — Tumeurs multiples du tissu cellulaire sous-cutané. — Disparition de deux de ces tumeurs, par de Beurmann.

Baer, 21 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 4 septembre 1875.



Début en avril, 1874. Développement rapide d'une grosseur très douloureuse sur la partie latérale gauche du cou, accompagnée de douleurs violentes, s'irradiant vers la tête. (Observation publiée par Alb. Bergeron, *France médicale*, 13 novembre, 1875). Ulcération de la tumeur quinze jours après son apparition. Ecoulement d'une matière noire bleuâtre à demi solide ressemblant à de la poudre détrem-pée.

Huit jours après, affaissement de la tumeur mais bientôt elle se reforme et redevient de la grosseur d'une noix et aussi dure qu'au début.

Etat stationnaire pendant 2 mois, puis marche progressive en janvier 1875, elle a le volume des deux poings. Incision de la tumeur par un médecin, la plaie se ferme.

Mais rapidement formation d'une nouvelle tumeur au même point, apparition d'autres tumeurs : 1° à la région ectorale droite un peu au-dessus et en dehors du sein; 2° de 2 autres au niveau des fausses côtes disposées presque symétriquement de chaque côté de l'appendice xiphoïde ; 3° une au niveau du deltoïde sur le moignon de l'épaule droite ; 4° une autre au-devant du biceps ; 5° une dernière en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté.

Ablation de la tumeur du creux-susclaviculaire par Dol-beau, le 11 mars 1875, à cause de l'augmentation rapide de volume et de douleurs incessantes.

Entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, en septembre.

Au niveau de la tumeur enlevée cicatrice linéaire violacée, saillante de la largeur du petit doigt.

Constatation de la tumeur située en dehors du sein droit, sous-cutanée, ovoïde, résistante, indolente, adhérente à la peau et mobile sur le plan du grand pectoral.

De la tumeur située dans la région cervicale droite au niveau du bord antérieur du trapèze non adhérente à la peau.



Dans la région dorsale droite vers la pointe de l'omoplate un peu adhérente à la peau.

De deux autres tumeurs sur la poitrine.

D'une sixième au niveau des fascia later.

*Ganglions* ; partout normaux, sauf au sommet de l'aisselle gauche (grosseur du volume d'une noisette).

A la face, tache sur le côté gauche, bleuâtre à bords diffus large comme une pièce de 20 cent.

Disparition spontanée des 2 tumeurs situées l'une sur le bras, l'autre sur l'épaule à droite et mentionnées par A. Bergeron.

15 septembre, 1875. Ablation de la tumeur du sein droit ; à la coupe, kyste cloisonné contenant 20 gr. de liquide séreux couleur café noir, tout le reste de la masse est formé d'une matière homogène friable à la périphérie, ramollie au centre, noire dans toute son étendue. Examen histologique : type de mélano-sarcome. Apparition d'une nouvelle tumeur à la partie inférieure de l'orbite, augmentation rapide avec phénomènes douloureux.

#### OBSERVATION XLIII

Mélanose généralisée ayant pour origine une tache mélanique congénitale de la joue gauche, par Petel.

P. F..., 21 ans, argenteur sur glaces, porteur à la joue gauche d'une tache noire congénitale située dans l'épaisseur de la peau.

En juin 1874, écorchure de cette petite tache, deux mois après, apparition d'une énorme tumeur mélanique enlevée par Dolbeau (15 mars 1875).

Examen de la tumeur par Marcano. Sarcome fasciculé avec îlots de matière mélanique masquant en ces points les cellules embryonnaires.



Apparition de nouvelles tumeurs en différents points du corps situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, ayant un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une noix.

Disposition symétrique de quelques-unes de ces tumeurs : à la région mammaire, à l'épigastre de chaque côté de la ligne blanche, enfin à la partie supérieure et externe de la cuisse.

Ulcération d'une de ces tumeurs. Accroissement des autres. Affaissement des 2 plus volumineuses qui s'étant ulcérées donnèrent issu à un peu de sang et à de la matière noire laissant sur le linge une tache sépia.

Malade meurt dans la cachexie, 18 mois après le début.

*Autopsie.* — Incision des tumeurs : Elles paraissent constituées par une matière noire, ramollie au centre, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, présentant les caractères de la matière mélanique.

Pas de tumeurs semblables dans les poumons ou le foie.

#### OBSERVATION XLIV

Cas de mélano-sarcome par W. A. Rothacker et J.-A. Thomson de Cincinnati (Medical News, 5 sept. 1885).

Homme âgé de 56 ans, charpentier, ne présentant aucun antécédent à signaler sauf des accidents de tuberculose chez des ascendants éloignés.

En 1882, il a eu dans le dos une petite tumeur qui d'après lui se serait développée à la suite des irritations et des frottements produits par les bretelles. Cette tumeur le gênant il la fait ouvrir par un ami, il s'écoule un peu de sang. Mais à partir de cette intervention maladroite la tumeur augmente de volume, devient grosse comme un œuf, globuleuse, bleuâtre et se pédiculise.

Une autre tumeur sous-cutanée apparaît à quatre pouces au-dessous de la première.



Quand le malade entre à l'hôpital, ces deux productions sont considérées comme développées sur des nævi et enlevées, la cicatrisation est rapide.

Mais sept mois après le malade revient à l'hôpital présentant une tumeur au-dessus de celle qui avait été enlevée, et de nombreuses tumeurs sur tout le corps du volume d'un pois à un œuf, d'une teinte noirâtre pour celles qui adhèrent à la peau.

Leur nombre est de 561. Il y en a 327 non pigmentées et 144 noires. Trois sont ulcérées à la suite d'applications irritantes. Les deux testicules sont volumineux et adhérents au scrotum qui est noirâtre.

Le nombre des tumeurs cutanées continue à augmenter, il est d'un millier, et le malade meurt dans le cachexie.

A l'autopsie : on trouve de nombreuses tumeurs dans l'hypoderme colorées ou non ; on en trouve dans le cœur, le foie, la rate, l'intestin, les épiploons.

L'examen histologique montra que ces tumeurs étaient des mélano-sarcomes.

#### OBSERVATION XLV

Tirée du mémoire de Busch (Berlin, Klinisch. Wochenschrift, n° 16, 1880).

Un malade de 50 ans consulta Busch pour une tumeur siégeant au bras, mobile sur les téguments et sur les tissus sous-jacents, mais offrant une coloration mélanique ; de plus il portait sur une autre partie du corps une tache noire ; aussi Busch déconseilla-t-il l'opération ; le malade se fit néanmoins opérer, et quatre semaines après, toute l'épaule l'aisselle et la région voisine de la paroi thoracique étaient envahies par une volumineuse tumeur, grosse comme une



tête d'adulte, ulcérée et donnant lieu à des hémorrhagies profuses.

(Résumée d'après la Revue des Sciences médicales, t. 18, p. 446).

#### OBSERVATION XLVI

Tirée du mémoire de Busch (Berl., Klin., Wochenschrift., n° 16, 1880).

Un médecin se fit enlever, malgré le conseil de Busch qui avait constaté des adénopathies inguinales, un mélanome ulcéré développé entre deux orteils ; il succomba six semaines après l'opération.

(Résumée d'après la Revue des Sciences médicales, t. 18, p. 446).

#### OBSERVATION XLVII

Tirée du mémoire de Busch (Berlin, Klin., Wochenschrift., n° 16, 1880).

Un jeune homme robuste présentait à la cuisse un *nœvus* pigmentaire verruqueux ulcéré, qui augmentait de volume. Busch refusa l'opération et amena rapidement la cicatrisation de la tumeur ; mais de nouvelles excoriations se produisirent et devant la disparition de la pigmentation, Busch consentit à enlever ce *nœvus* ; quelques mois plus tard, le malade succombait à un mélanome intra-crânien.

(Résumée d'après la Revue des Sciences médicales, t. 18, p. 446).

#### OBSERVATION XLVIII

Le nommé F..., 31 ans, entre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Péan, salle Nélaton, pour une ulcération siégeant sur la face dorsale du pied. Il raconte



qu'il avait depuis l'enfance une petite tache au niveau du cou-de-pied. Pendant plus de vingt ans cette petite lésion était restée indifférente, mais à la suite d'excès de marche, une excoriation se produisit et un médecin appelé pour cette plaie qui ne guérissait pas fit des applications de pâte de Vienne.

Sous l'influence de ces irritations une ulcération se produisit accompagnée de rougeur et de douleur dans toute la partie inférieure de la jambe. Les ganglions inguinaux devinrent volumineux, le malade ne put marcher et se décida à entrer à l'hôpital.

En présence de cette ulcération entourée d'un bourrelet cutané induré, d'une sécrétion de matière noirâtre, l'amputation de la jambe est la seule intervention possible.— L'amputation est faite, le malade sort guéri 4 semaines après, les ganglions inguinaux avaient disparu presque complètement.

#### OBSERVATIONS XLIX, L, LI, LII, LIII

Mélanose. Tumeurs mélaniques et leur généralisation. France médicale, 19 février 1876.

Mélano-sarcome du pied, tumeur cérébrale de même nature. (Bullet. de la Soc. anat., mars 1880, par M. Ozenne).

Sarcome mélanique du pouce, engorgement ganglionnaire le long de l'artère humérale, par Hallé (Soc. anat., 9 nov. 1883).

Sarcomes mélaniques de la jambe droite. Cautérisation, généralisation, mort, par L. Rey (Bullet. de la Soc. anat., 1872).

Sarcome mélanique généralisé, par M. Jarry (Soc. anat., 25 février 1881).



OBSERVATION LIV

Sarcome mélanique (fuso-cellulaire) de l'œil. Opération, deux ans après généralisation, cutanée et viscérale.

Wickham Legg (Transact. of the Pathological Society of London, XXX, 1884).

C... opéré en 1881 pour un sarcome de l'œil (sarcome fuso-cellulaire). Vu en 1883 par Wickham Legg, qui constate en ce moment une tumeur du ventre siégeant dans la fosse iliaque droite et une pigmentation générale de la peau plus marquée à la face et au cou, rappelant la coloration du nitrate d'argent.

L'urine avait une coloration noirâtre mais pas de granulations pigmentaires.

Le malade mourut par cachexie.

Autopsie. On trouve des taches noires dans les deux endocardes, de petites nodosités dures dans l'épiploon et la capsule de la rate, les ganglions du hile du foie tuméfiés et quelques-uns caséeux, quelques-uns noirs, un grand nombre blancs. Dans la capsule du foie un grand nombre de taches, les unes blanches, les autres noires ; dans l'épaisseur du foie de petites tumeurs arrondies du volume d'une tête d'épingle à une noix. Tumeurs semblables dans le diaphragme, les reins.

Toutes ces tumeurs examinées au microscope montrent que les tumeurs blanches sont des sarcomes à cellules rondes, les noires des sarcomes mélaniques à cellules fusiformes. Pour l'urine, pas de granulations pigmentaires.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMICIS (T. de). — Il. MORGAGNI, Napoli, 1882 et Napoli 1882.
- ANDERSON. — Med. Times et gaz. London, 1882.
- BABÈS (V.). — Ziemssen Handbuch. 1884, p. 469.
- BERNE. Pathol. gen. T. 4.
- BESNIER (E.). — Ann. dermat. 2<sup>e</sup> série, T. I. 1880, p. 25.
- BESNIER (E.). — Ann. dermat. 2<sup>e</sup> série, T. VI, 1885, n<sup>o</sup> 6.
- BESNIER (E.). — Ann. dermat. 2<sup>e</sup> série, T. II, 1881.
- BEURMANN (de). — Soc. anat., 1855, p. 742.
- BIMBACHER. — Centrabl. f. prakt-Augenheilk., 1884.
- BUSCH. — Berliner klinisk. wochens., 1880, n<sup>o</sup> 16.
- BULKLEY. — Boston M. et S. J. 1880.
- BUTLIN. — Médical. Transactions. Vol. XXIX et XXX, 1879.
- BROCQ ET VIDAL. France méd. T. H, 1882.
- CORNIL ET RANVIER. — France méd.
- DAUCHEZ ET LE GENDRE. — France méd., 22 et 25 déc. 1883.
- DEBOVE. — Bull. de la soc. anat., 1872.
- DEMANGE. — Th. de Paris, 1874.
- DURET. — Archiv. de phys., 1873.
- ENGELSTEDT. — Nordiskt.-Med. arkiv. Bd. VII.
- GAIRDNER (James) et J. COATS. — Transact. of the path. soc. of London, XXX, 1879.
- GALLIARD. — Ann. dermat. Paris, 1882.
- GROSS. — Phil. med. Times, 1880, XI.
- GUSSENBAUER. — Archiv. f. path. anat. und. phys., T. LXIII.
- HALLÉ. — Soc. anat., 9 nov. 1883.
- HALLOPEAU. — Revue des sciences médicales 1885.
- HARDAWAY (W. A.). — Journ. of cut. and. ven. diseases, janvier, 1883, et octobre 1884.



- HÉNOQUE. — Dict. des sc. méd. (art. sarcome).  
HEURTAUX. — Dict. de méd. et de chir. pratiq. (art. sarcome).  
HEURTAUX. — Bull. de la soc. de chir. 20 janvier 1875.  
HOLDEN (Luther). — St-Barthol, hosp. rep. 1878.  
HUGUENIN. — Soc. sc. méd. de Zurich, nov. 1873.  
JARRY. — Soc. anat. 25 fév. 1881.  
LEBERT. Phys. path. Paris, 1845.  
LE GENDRE et DAUCHEZ. — France méd., 1883.  
LEGG-WICKAM. — Trans. of the pathol. soc. of London, XXXV, 1884.  
LUDLOW. — Boston med. and. surgical journ. fév. 1885.  
KAPOSI. — Wiener medic. Woch. 1885.  
KOBNER. — Archiv. für dermat. und. syphil. 1869.  
KOBNER. — Berlin klin. wochenschr., 1883, n° 2 et 1883, n° 27.  
KORTE. — Deutsche klinik, n° 22, 1863.  
MILLARD. — Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1880.  
NACHTER. — Deutsch. archiv. für klin. med., 1883.  
NEPVEU. — Soc. de biol. mai 1872.  
OVION. — Soc. anat. Paris, mars 1878.  
OZENNE. — Soc. anat. Paris, mars 1880.  
PETEL. — Soc. anat., 1875.  
POUCHET. — Soc. de biol. 1881.  
PHILLIPART. — Bull. de l'Acad. de Belgique, T. XIV, 1880.  
REY (F.). — Soc. anat., 1872.  
RINDFLEISCH. — Histol. path., 1873.  
RECKLINGHAUSEN. — Berlin, 1882.  
SHATTUCK. — Journal of the american med. assoc., 1885.  
TAYLOR. — Arch. of dermat. of New-York, 1875.  
THOMSON (de Cincinnati) et ROTACKER. — Med. News. 1885.  
VIDAL. — Soc. de biolog., 1875.  
VIDAL et BROCC. — France méd. T. II, 1885.  
VIRCHOW. — Pathol. des tumeurs, T. II.  
WEBBER. — Boston. med. and surg. journ. janv. 1873.  
WIGGLESWORTH (Edw.). — Archiv. of derm. of New-York, 1876.



## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
Du sarcome en général.....	9
De la sarcomatose cutanée généralisée.....	19
Fréquence.....	19
Historique.....	20
Division du sujet.....	24
CHAPITRE I <sup>er</sup> . — Sarcome non mélanique généralisé primitif...	30
Histoire clinique. Evolution.....	41
«        «        Terminaisons.....	46
«        «        Généralisation viscérale.....	47
«        «        Durée.....	49
«        «        Pronostic.....	50
«        «        Étiologie.....	52
«        «        Pathogénie.....	54
Anatomie pathologique.....	56
Traitement.....	87
CHAPITRE II. — Rapports du mycosis fongoïde avec la sarcomatose cutanée généralisée primitive.....	92
CHAPITRE III. — Sarcome non mélanique généralisé secondaire (sarcomatose cutanée secondaire).....	106
1 <sup>o</sup> Sarcome localisé primitif de la peau, possibilité d'une généralisation cutanée, viscérale.....	106
2 <sup>o</sup> Sarcomatose cutanée consécutive à un sarcome viscéral.....	112
CHAPITRE IV. — Sarcomes mélaniques primitifs de la peau....	120
Étiologie.....	122
Mode de début.....	124
Siège de la tumeur initiale.....	124
Généralisation.....	126
Diagnostic.....	138
Anatomie pathologique.....	139
OBSERVATIONS.....	145
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	289











## EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE

### FIGURE I.

Coupe de la peau pratiquée en un point paraissant sain à l'œil nu (voyez obs. XVIII).

(60 grossissements.)

- a. — Agglomérat sarcomateux en voie de développement autour d'une glande sébacée et d'un follicule pileux.
- b. — Glomérule sudoripare autour duquel se montrent de nombreuses cellules rondes.
- c. c. — Agglomérats sarcomateux développés le long d'un conduit de glande sudoripare.
- d. d. — Agglomérats sarcomateux naissant dans le derme.

### FIGURE II.

Coupe d'un noyau sarcomateux du volume d'un pois. — Vue d'un agglomérat néoplasique situé dans l'hypoderme (obs. XVIII).

(80 grossissements.)

- a. — Éléments néoplasiques.
- b. b. — Vésicules adipeuses.
- c. c. — Capillaires ectasiés et remplis de globules sanguins.
- d. — Tissu conjonctif.

### FIGURE III.

Coupe d'un noyau sarcomateux en voie de guérison (obs. XVIII).

(60 grossissements.)

- a. — Agglomérat sarcomateux.
- b. — Grains pigmentaires contenus dans les éléments néoplasiques ou dans leurs interstices.
- c. — Artériole dont l'adventice renferme des grains pigmentaires.
- d. — Tissu conjonctif.
- e. e. — Cellules rondes et grains pigmentaires placés dans les fentes interfasciculaires du tissu conjonctif.



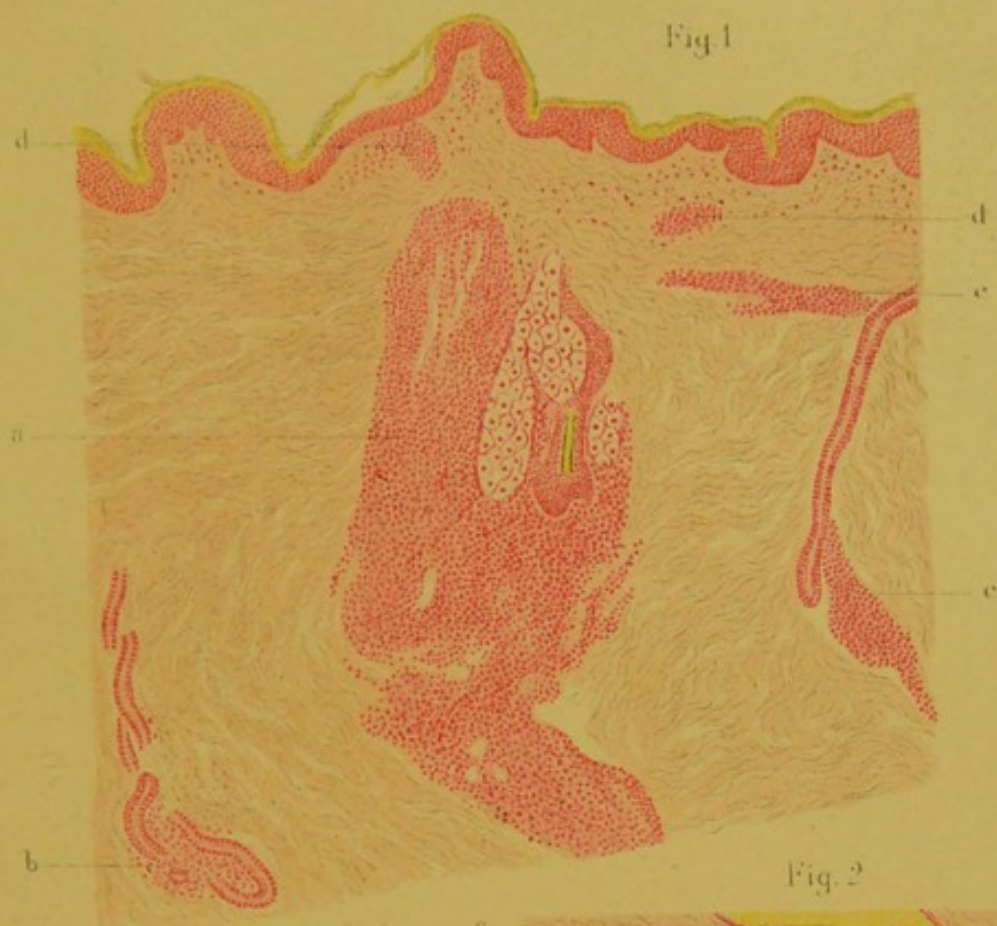


Fig. 2



Fig. 3

