

La biopsie : son utilité en clinique ... / par M. David.

Contributors

David, M.
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : Bonvalot-Jouve, 1907.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/hyrdx9dy>

License and attribution

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
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mai 1907, à 1 heure

PAR

M. DAVID

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

LA BIOPSIE

SON UTILITÉ EN CLINIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { *MM. DEBOVE, professeur*
RENON, agrégé
JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

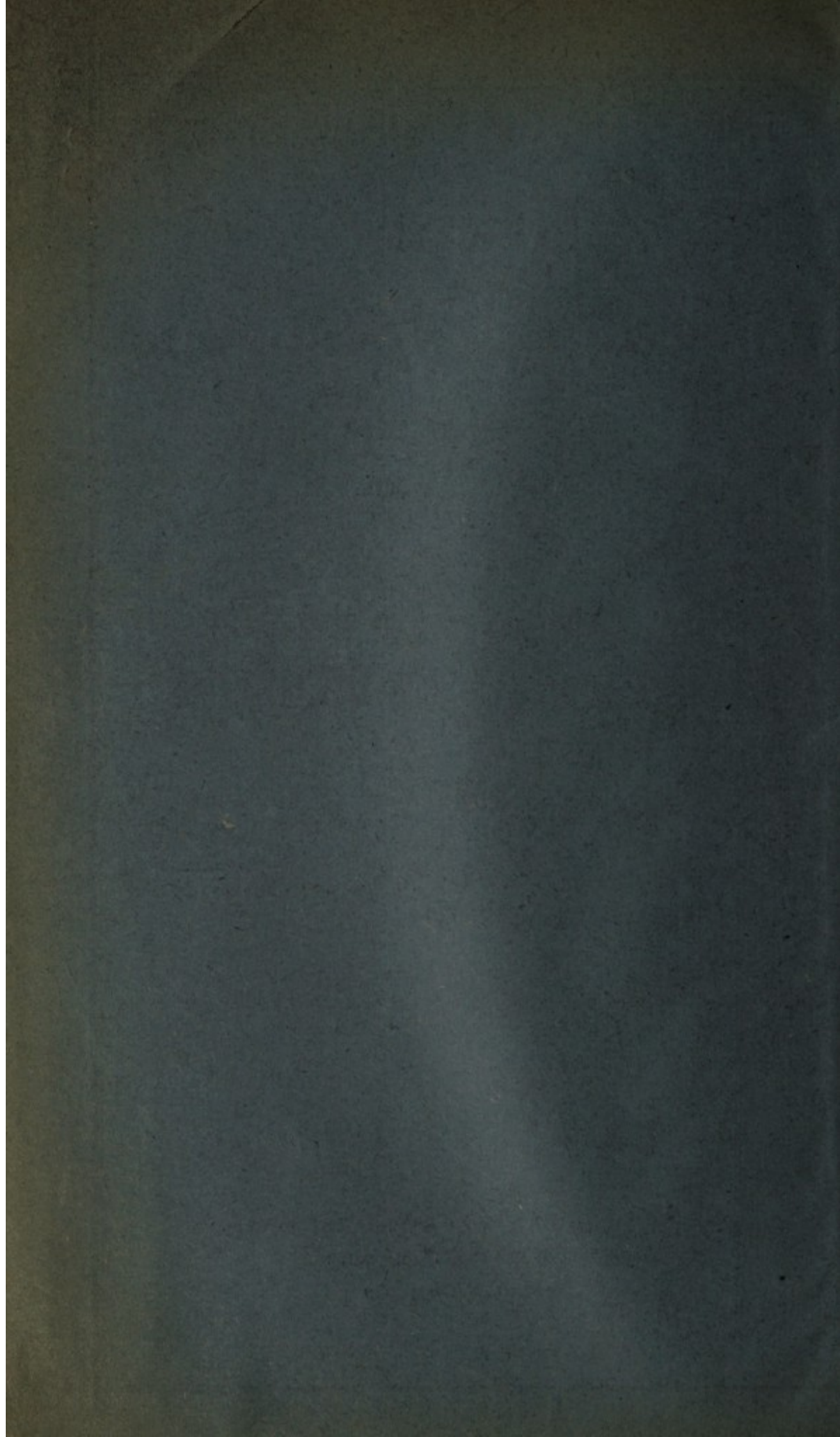
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

THE HONORABLE BY APPOINTMENT

SECRETARY OF THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

255

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mai 1907, à 1 heure

PAR

M. DAVID

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

LA BIOPSIE

SON UTILITÉ EN CLINIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { *MM. DEBOVE, professeur*
RENON, agrégé
JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N...
	PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MEPY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1° Médecine

M. BARIÉ

Médecin de l'hôpital Laënnec

M. CAUSSADE

Médecin de l'hôpital Tenon

M. ACHARD

Agrégé, Médecin de l'hôpital Lariboisière

2° Chirurgie et Accouchements

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

Chirurgien de l'hôpital Necker.

M. MAUCLAIRE

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

M. MARION

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

M. BAR.

Agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.

M. BRINDEAU

Agrégé, accoucheur des hôpitaux.

3^e Spécialités

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. JEANSELME

Agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

M. MILIAN

Médecin des hôpitaux.

M. CASTEX

Chargé du cours d'oto-rhino laryngologie.

M. LERMOYEZ

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Antoine.

M. BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

LA BIOPSIE

SON UTILITÉ EN CLINIQUE

INTRODUCTION

« Depuis longtemps déjà, le célèbre secrétaire
« de l'Académie royale de chirurgie, Antoine Louis,
« avait émis cette opinion que, de toutes les notions
« dont la réunion compose la science médicale, la
« plus difficile et la plus importante à acquérir est
« celle du diagnostic. Elle est la plus difficile, parce
« qu'elle demande une grande expérience, une con-
« naissance profonde, non seulement des sciences
« accessoires mais encore de toute la pathologie.

« Elle est la plus importante, parce que c'est elle
« qui dicte les principales indications thérapeuti-
« ques, et c'est elle encore qui guide la main du
« chirurgien ou l'arrête pour lui éviter des mécomp-
« tes et des regrets. »

C'est dans ces termes que P.-C. Huguier s'expri-

mait à la première page d'un de ses plus remarquables mémoires.

Le diagnostic, en effet, est la base de la médecine.

Sans lui, aucune indication précise du traitement ne peut être nettement formulée ; il est impossible d'acquérir aucune certitude sur les résultats thérapeutiques ; les observations cliniques sont frappées de stérilité ; l'expérimentation, les investigations histologiques et bactériologiques compromises.

Le temps n'est plus, avec les progrès de la chirurgie, où des erreurs parfois considérables pouvaient être impunément commises, parce qu'elles n'entraînaient le plus souvent aucun dommage pour le malade soumis à un traitement purement médical ou à une expectation plus ou moins déguisée. L'intervention active, parfois grave, souvent sérieuse, s'impose, de nos jours, dans un certain nombre de cas, et elle peut être suivie des plus défavorables résultats, si le diagnostic a été tardif ou erroné.

Combien de malheureux ont vu leur nez disparaître petit à petit pour une ulcération que leur médecin s'obstinait à traiter par le mercure ?

Combien d'autres ont subi l'ablation de la langue pour une tumeur, que leur chirurgien avait diagnostiquée de cancer, et qui n'étaient ni plus ni moins que des simples vérolés !

.

Tous ces méfaits étaient dus à ce que le diagnostic n'était pas précis.

M. Dieulafoy, dans une leçon d'ouverture des cli-

niques de l'Hôtel-Dieu, montre que la clinique en recourant aux lumières que lui apporte le laboratoire, ne cesse pas d'être de la clinique.

« C'est de la clinique que nous faisons tous les jours quand nous pratiquons l'examen du sang, des urines, des humeurs, et quand nous mettons au service du diagnostic le thermomètre, le microscope, le laryngoscope, l'ophtalmoscope, d'autres moyens de contrôle et d'analyse.

Enfin, et c'est toujours de la clinique que nous faisons quand pour fixer un diagnostic nous avons recours aux recherches bactériologiques et expérimentales.

La clinique prend son bien là où elle le trouve ; tous les modes d'investigation accroissent son patrimoine ; son domaine s'étend tous les jours. Il serait faux de dire, par conséquent, qu'il y a une ancienne médecine et une médecine nouvelle.

Il en est de la médecine comme de toute chose : elle poursuit son évolution, elle marche vers le progrès.

Tout ceci, pour en arriver à conclure qu'on ne peut être clinicien dans le sens vrai du mot, qu'en faisant marcher de pair l'étude du malade et les travaux du laboratoire (1).

Avant les études histologiques appliquées à l'examen clinique des diverses affections utérines, l'étude des signes fonctionnels occupait une grande

1. Clinique de M. Dieulafoy, 1896-1897.

place en gynécologie. Elle servait à masquer la pauvreté de l'observation directe et compensait la qualité par la quantité.

En fin de compte, le diagnostic aboutissait à une hypothèse étroite et confuse, et comme tout se tient en nosographie, l'étiologie se surchargeait de causes banales et occasionnelles, et la thérapeutique, dirigée sur le symptôme transformé en entité morbide s'épuisait en efforts inutiles.

Au début d'un processus inflammatoire ou néoplasique, alors que les symptômes objectifs manquent ou sont insuffisamment esquissés, la clinique livrée à elle-même ne pouvant déterminer, même d'une façon imparfaite le plus ou moins de malignité de la maladie, devrait s'adresser au microscope pour en préciser la nature ; c'est à lui de décider l'intervention et comme il prétend pénétrer dans l'intimité des tissus, surprendre sur le fait l'évolution des éléments, c'est à lui de donner une réponse immédiate, nette et décisive, c'est lui, à peu près, le maître sur le terrain des diagnostics précoces dans beaucoup d'affections des organes accessibles.

Pour enlever un utérus, par exemple, il suffit, de le soupçonner de cancer ; souvent il ne s'agit que d'inflammation pure (métrite interne à écoulement sanguineux et hémorragique chez une vieille femme), polypes muqueux, ectropion du col qui rappelle parfois d'autant plus l'épithélioma qu'il est plus récent, ou bien de petits fibromes sous-muqueux énucléables.

Il eût été facile, en usant des moyens dont la cli-

nique s'est enrichie (curage explorateur suivi d'examen histologique) de préciser l'existence de l'un ou l'autre de ces états morbides ; mais tout cela demande trop de temps et il est bien plus expéditif d'enlever un organe qui, en sa qualité d'organe reproducteur, semble pourtant avoir quelques droits à vivre.

Aussi, dit M. Doléris, est-on en droit d'éprouver une certaine méfiance à l'égard de ceux qui professent un dédain superbe pour le diagnostic « avant la lettre » et qui estiment que le couteau doit servir à résoudre toutes les difficultés. Il faut réagir, dit-il, contre des tendances aussi fâcheuses et proclamer la nécessité de mettre en œuvre les multiples moyens usités dans la science moderne pour serrer le diagnostic d'aussi près que possible et pour le formuler avant l'opération.

Parmi les procédés actifs au diagnostic intra-utérin le curettage explorateur et l'examen histologique des parcelles enlevées doit compter comme le plus instructif et le plus rapide ; lui seul permet d'apprécier la cause intime, la modalité histologique, le degré des lésions inflammatoires et de les distinguer prématurément du néoplasme.

« La précision du diagnostic et l'opportunité du traitement sont les seuls garants du succès dans la « pratique » (1). Et pour en arriver là, il faut, comme le dit M. Dieulafoy, s'adresser aux travaux de labo-

1. Courty. *Traité de Gynécologie*.

ratoire, parmi lesquels, le plus indispensable, c'est l'examen histologique, sur le vivant, des différentes productions pathologiques, des tumeurs, en un mot, ce qui constitue la biopsie.

La biopsie

La biopsie (*Béōs*, vie, et *ὄψις*, vue), nom créé par E. Besnier pour désigner cette petite opération, est des plus heureusement choisi. Elle consiste à exciser à un malade une lésion éruptive, un fragment de tumeur ou une parcelle de muqueuse en vue d'établir le diagnostic histologique de la maladie dont il est atteint.

Pratiquer une biopsie, c'est ajouter la notion de l'anatomie pathologique de la maladie qu'on observe à celle de sa symptomatologie, et ce moyen d'investigation est très précieux lorsque l'insuffisance ou le peu de netteté des signes objectifs et des signes rationnels laissent le diagnostic clinique en suspens ; ce moyen peut devenir indispensable lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic de certaines affections que l'examen direct est incapable de différencier ; et le chirurgien qui a fait une hystérectomie ou une amputation de langue ou de pénis d'un malade, sans avoir préalablement assuré son diagnostic par un examen histologique d'une parcelle de l'organe malade qui est supposé accessible à ce moyen d'investigation, a commis une mauvaise action pour ne pas dire un crime.

Elle a rendu des services immenses au praticien, qui lui donnant le diagnostic ferme, précis et incontestable, lui a permis d'établir un pronostic et un traitement approprié ; elle a permis enfin, lorsqu'on l'a appliquée à des cas ne paraissant pas rentrer dans les cadres ordinaires, de découvrir et de décrire d'une façon complète un certain nombre de maladies nouvelles qui ont aujourd'hui leur place légitime en nosographie médicale.

La plupart du temps les inconvénients légers qu'elle présente sont amplement rachetés par la valeur probante des renseignements qu'elle fournit ; et il y a des cas, véritablement nombreux en pratique, où la biopsie s'impose comme un devoir du médecin vis-à-vis de son malade.

Mais, une question se pose :

Est-on autorisé à exciser un lambeau de peau ou de muqueuse à un patient qui vient consulter ? Est-ce que la biopsie est légitime ?

Pour répondre à cette question, il suffit, comme le dit M. Darier, de mettre en balance les avantages et les inconvénients de la méthode.

Les avantages, comme nous le disions plus haut, c'est de permettre au praticien d'arriver à un diagnostic précis.

Quant aux inconvénients, ils sont de si petite importance !

L'appréhension, généralement irréfléchie du patient, est facilement surmontée par quelques raisonnements présentés avec tact. M. Darier qui, dans

sa vaste pratique a fait plus de 500 biopsies, n'a essuyé que deux ou trois refus, et jamais, dit-il, pour une deuxième biopsie sur le même sujet.

La douleur de l'opération ; nous dirons à propos du manuel opératoire, comment on y obvie ; elle est nulle ou minime quand on la pratique sur l'utérus.

L'hémorragie qui peut survenir des fois est plutôt déplaisante ou gênante, mais jamais dangereuse ; pour quelques praticiens elle serait même d'une certaine utilité, si elle se produit, en vue du diagnostic de cancer.

Quoi qu'il en soit, on n'a jamais cité d'accidents à la suite d'une hémorragie post-biopsique.

Les accidents infectieux consécutifs : suppuration lymphangite, érysipèle, sont bien facilement évités par l'asepsie opératoire, qui est de rigueur, et des pansements fort simples.

La cicatrice persistante ne devrait pas entrer en ligne de compte si l'on n'appliquait la biopsie qu'à des cas sérieux.

Certains auteurs posent leur « veto » à la pratique de la biopsie, parce que, disent-ils, cette petite opération, insignifiante en apparence, peut transformer en tumeur maligne, une tumeur bénigne ; la leucoplasie linguale, par exemple, pourrait se transformer en épithélioma sous l'action de la biopsie. Le fait ne paraît pas invraisemblable, car on sait très bien que l'irritation répétée d'une tumeur peut hâter sa dégénérescence. Mais, est-on en droit par ce seul fait

bien rare, du reste, de la dégénérescence possible d'une tumeur, de renoncer à une opération, qui par elle-même est si simple et qui peut nous donner la clef du diagnostic ?

Mais le véritable obstacle à la généralisation de la biopsie réside exclusivement dans le temps et la compétence histologique qu'elle exige de la part de celui qui s'en charge.

Le temps nécessaire joue évidemment un grand rôle, et nous indiquerons plus loin les méthodes d'examen les plus expéditives en même temps que les plus sûres.

Quant à la compétence, elle tend à se répandre d'une part avec la généralisation des notions histologiques élémentaires, et d'autre part avec les progrès accomplis dans la connaissance des lésions caractéristiques des tumeurs, des dermatoses et des différentes affections. Cependant, nous ne sommes pas d'avis qu'un médecin insuffisamment instruit aux travaux de laboratoire fasse lui-même l'examen histologique jugé nécessaire, mais il pourra toujours pratiquer la biopsie et adresser la pièce à un histologiste compétent.

Voici ce que dit à ce sujet M. Le Dentu dans la préface du « *Diagnostic histologique des curettages utérins* » de Auguste Petit :

« Malgré les progrès considérables réalisés depuis quelques années dans le diagnostic des maladies de l'appareil génital de la femme, l'embarras du clinicien

est parfois encore si grand qu'il lui est impossible de conclure.

Dans ces cas particulièrement épineux, auxquels je fais allusion, il se retourne vers l'histologiste et l'appelle à son aide. Celui-ci doit se prononcer sur de petits fragments de tissus enlevés avec l'instrument tranchant ou ramenés par la curette, fragments souvent insuffisants, dilacérés, englobés dans des caillots, mêlés à des débris de muqueuse intacte. De là des réponses imprécises, évasives, ou nettement erronées, démenties par l'évolution clinique ultérieure du cas en cause.

De là aussi l'incrédulité absolue ou le scepticisme de quelques chirurgiens qui refusent toute valeur ou n'accordent qu'une valeur limitée aux indications du microscope.

Sont-ils dans le vrai, les uns ou les autres ?

Je ne le crois pas, parce que, dans plus d'une circonstance où il m'importait de connaître exactement la nature des fragments prélevés pour l'examen biopsique, l'histologie a dissipé mon incertitude ; elle m'a dicté la conduite à suivre et je n'ai jamais eu à regretter de lui avoir accordé ma confiance. Tout au contraire, je me suis senti fortifié dans ma croyance à l'exactitude ordinaire de ses renseignements, à condition qu'ils émanent d'un homme véritablement autorisé (1) ».

1. Le Dentu. In *Diagnostic histologique des curettages utérins*. par A. Pettit.

Indications de la biopsie

Toutes les fois qu'en présence d'une tumeur, d'une lésion cutanée ou d'une lésion accessible des muqueuses il est impossible de formuler un diagnostic ferme, il y a indications de faire une biopsie.

Nous allons même plus loin et nous disons : il ne faudrait jamais pratiquer une opération quelle qu'elle soit ; amputation partielle ou générale, en face d'une tumeur ou ulcération d'un organe accessible, sans avoir préalablement fait une biopsie et s'être assuré histologiquement que le seul remède est le bistouri

Une erreur de diagnostic, c'est permis, mais une opération inutile, malfaisante ou mutilante, c'est odieux.

La biopsie est indiquée surtout en dermatologie.

Tous les dermatologistes savent que malgré le soin apporté à l'examen clinique, certaines affections restent à l'heure actuelle indiagnostics, en raison de l'absence de caractères distinctifs qui leur soient propres ; que d'autres peuvent être rendues méconnaissables par le fait de circonstances régionales, de traitements préalables mal appropriés, d'une foule de conditions anormales impossibles à prévoir, qui modifient profondément l'aspect objectif des lésions. Il y a des cas, dit M. Darier, où le médecin instruit et consciencieux se doit à lui-même de dire : Je ne sais pas. C'est alors que la biopsie s'offre à lui comme un moyen de sortir d'embarras.

Comme exemple les deux observations suivantes de M. Darier :

OBSERVATION I

Une enfant de dix ans, fille d'un père syphilitique et d'une mère tuberculeuse, est atteinte d'une ulcération fongueuse d'une narine et de la sous-cloison du nez. Un traitement de deux mois par la liqueur de Van Swieten (15 gr. par jour) et par l'iodure de potassium (2 gr. par jour) reste sans effet. Les sommités médicales consultées concluent à un lupus probable, mais, avant d'intervenir, demandent confirmation du diagnostic par la biopsie. L'examen biopsique démontre qu'il s'agit d'un syphilome ulcéré. Guérison en trois semaines par les injections de calomel ; la guérison persiste depuis quatre ans (Darier).

OBSERVATION II

Une jeune femme de 23 ans porte sur le bras quatre placards érythémato-pigmentés et fortement indurés. Elle a été soumise au traitement antisiphilitique pendant dix-huit mois, puis, dans l'hypothèse d'un lupus scléreux, soumise à des scarifications et à des cautérisations hebdomadaires pendant huit mois. En plus des diagnostics émis, on pourrait songer à des plaques de morphee lépreuse, au mycosis fongöide, à l'urticaire pigmentée géante.

La biopsie montre qu'il s'agit de sclérodermie en plaque : le pronostic n'a rien de grave ; quelques séances d'électrolyse provoquent une amélioration manifeste (Darier).

Mais ce n'est évidemment pas toujours avec la même urgence que s'impose la nécessité de la biopsie. Il faut à cet égard établir deux catégories bien distinctes.

Dans un premier groupe l'indication est absolue et pressante : c'est lorsqu'il s'agit d'une tumeur ou ulcération, à caractères ambigus mais à marche envahissante, de la langue, par exemple, de l'utérus, des lèvres ou de la face en général. Ici la biopsie est obligatoire et indispensable ; il lui appartient, en effet, de décider s'il convient d'administrer le traitement spécifique, d'intervenir par des topiques ou de recourir à une opération chirurgicale, suivant qu'elle aura décidé un syphilome, une tuberculose locale ou une tumeur maligne.

Le pronostic et la thérapeutique étant liés à la précision et à la rapidité du diagnostic, on ne saurait trop se hâter de sortir de la période d'hésitation. Exemple :

OBSERVATION III

Une femme de 43 ans a vu survenir, il y a huit mois, sur la racine de son nez, un nodule induré de la grosseur d'une lentille, qui a persisté depuis et s'est ulcéré.

Malgré toutes les applications topiques qui lui ont été conseillées, la tumeur et l'ulcération s'étendent incessamment et ont actuellement l'étendue d'une pièce de 1 franc. L'aspect objectif, grâce à la forme irrégulière de l'ulcération, à l'induration de la base, au bourrelet que forment les bords, est celui

d'un cancroïde. Cette femme est très probablement syphilitique, mais les antécédents sont douteux ; elle a perdu son mari de phtisie pulmonaire, mais est indemne de tout symptôme de tuberculose.

Biopsie. Diagnostic histologique : Ulcération tuberculeuse, Traitement par les cautérisations répétées à l'acide lactique ; guérison en un mois avec cicatrice à peine apparente (Darier).

Il en est tout autrement dans le second groupe de cas. Ainsi, lorsqu'on se trouve par exemple en présence de tumeurs multiples, peut-être déplaissantes mais à coup sûr bénignes, ou d'une éruption de nature indéterminée, qui cause au malade du trouble et de l'inquiétude par sa persistance ou ses récidives, on pourra après avoir poussé l'étude clinique aussi loin que possible, proposer la biopsie comme un moyen d'éclairer la question.

Souvent, en pareil cas, le patient demande lui-même à ce qu'on mette tout en œuvre pour « savoir exactement ce qu'il a ». Dans ces conditions la biopsie est facultative.

On ne saurait établir une classification régulière des cas de diagnostic douteux dans lesquels le recours à la biopsie est obligatoire ou simplement utile.

En première ligne se place le diagnostic des épithéliomes. Le cas le plus fréquent est celui auquel nous faisons allusion à l'instant, où il s'agit d'une lésion ulcéreuse du centre de la face ou de la cavité buccale.

Il arrive qu'on soit tout à fait incertain de savoir si l'on a affaire à un épithéliome, à un ulcère tuberculeux, à une syphilide gommeuse ou tuberculo-ulcéreuse, à un chancre ou à une ulcération dentaire, parfois même l'actinomyose, le farcin, les sarcomes, etc., doivent entrer en ligne de compte. Exemple :

OBSERVATION IV

Un homme de 44 ans, syphilitique depuis vingt ans, consulte un médecin pour un nodule induré de la face interne de la joue ; celui-ci l'adresse à un chirurgien des hôpitaux. A la suite de palpations répétées le nodule s'enflamme et devient le siège d'un abcès.

En raison des antécédents spécifiques, le chirurgien pense à une gomme syphilitique et prescrit le traitement mixte ; l'abcès s'ouvre, la tumeur paraît diminuer, on insiste sur le traitement. Pendant deux ans le patient voit une série de médecins ; la plupart conseillent de poursuivre le traitement, et au bout de ce temps, tumeur polylobulée adhérente au maxillaire, du volume d'un œuf de poule, ouverte à la fois du côté de la peau et du côté de la muqueuse. Un dermatologiste enfin réclame une biopsie parce qu'il soupçonne de l'actinomyose. On trouve un épithéliome lobulé, actuellement inopérable.

Biopsie au début, cet homme aurait pu être débarrassé au prix d'une opération des plus bénignes (Darier).

Les épithéliomes superficiels et bénins sont quel-

quefois très difficiles à distinguer du lupus tuberculeux, de la tuberculose verruqueuse, du lupus érythémateux crétacé.

Il est fréquent, dans les affections dites précancéreuses, telles que le kératome sénile, le xeroderma pigmentosum, la leucoplasie, que l'on soit incertain de savoir si l'altération épithéliale est ou non devenue épithéliomateuse. M. Pichevin a pu ainsi suivre grâce à des biopsies répétées sur le même individu, tous les stades de la transformation de la leucoplasie en épithélioma.

On conçoit donc facilement quelle est l'importance de ce fait ; l'épithélioma est presque toujours aisément reconnaissable sur les coupes microscopiques, en sorte que la question posée peut être résolue ; d'autre part, sa solution a une importance de premier ordre pour le malade. L'épithéliome étant reconnu, il faut aussitôt le détruire complètement ou l'exciser largement.

Nous étudierons un peu plus longuement ces différentes affections.

A) *Tuberculose*. — Les variétés si nombreuses de la tuberculose cutanée fournissent de fréquentes occasions de recourir avec fruit à la biopsie. Les lupus des variétés végétantes et ulcéreuses, qui peuvent ressembler à des tumeurs épithéliales, deviennent parfois le point de départ d'épithéliomes.

Ils peuvent être confondus d'autre part avec des sarcomes et surtout des lymphosarcomes, avec

des placards mycosiques, avec des tubercules lépreux, etc.

La difficulté de distinguer cliniquement certains lupus et les ulcères tuberculeux, d'avec des syphili-
des tertiaires, est une des plus classiques, mais là où
la biopsie a rendu des services immenses c'est dans
les tuberculides.

Si l'on examine l'état actuel de la question des ma-
nifestations cutanées de la tuberculose, tel qu'il appa-
rait à travers les travaux de ces dernières années,
on s'aperçoit que le domaine de la tuberculose cuta-
née est allé sans cesse en s'accroissant, et cela d'une
manière considérable grâce aux travaux anatomo-
pathologiques.

Habitué à ne voir dans la tuberculose qu'une
maladie grave, à évolution destructive, on enfermait,
il y a quelques années encore, ses manifestations
cutanées dans le cadre étroit des gommes tubercu-
leuses, de la tuberculose ulcéreuse aiguë du lupus de
Willan et des lésions papillomateuses, type Riehl
et Paltauf, ou tubercule anatomique. Il est curieux
de voir combien étroitement la conception de la
tuberculose cutanée marchait de pair avec la con-
ception de la tuberculose viscérale. Il y avait une
sorte de schéma général anatomo-pathologique de
« la lésion tuberculeuse » qui semblait s'être imposée à
l'esprit, et les dermatologistes, comme les cliniciens,
ne cherchaient la tuberculose que dans la lésion
qui détruit et qui ronge. Il semble cependant que,
plus facilement que d'autres, les dermatologistes

eussent pu servir en quelque sorte de précurseurs dans l'étude de la tuberculose. N'avaient-ils pas les lésions sous les yeux, avec la possibilité de les étudier, de les exciser, de les biopsier pour l'inoculation ou pour l'examen histologique ?

Mais, l'esprit, par discipline intellectuelle et par tendance à la simplification, s'en tenait au schéma généralement adopté, et n'admettait pas qu'on fit rentrer dans le cadre de la tuberculose tégumentaire, toute lésion qui ne réalisait pas ce schéma. C'est après beaucoup de discussions inutiles et avec grande difficulté que l'on admet la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum par exemple uniquement parce qu'il guérit spontanément. L'examen histologique cependant en faisait une lésion manifestement tuberculeuse, contenant des cellules géantes et des bacilles.

Avec la fréquence des études anatomo-pathologiques l'attention des dermatologistes, de tous pays commencèrent à se porter sur une série de dermatoses qui furent jusqu'ici négligées ou rangées dans des chapitres divers, tels : l'acné des cachectiques, l'acné scrofulosorum, la folliculite disséminée ou groupée, l'acnitis, l'hydrosadeinte destruens ou suppurative, le granulome innominé ou le lupus érythémateux disséminé de Boeck, etc., et qui doivent être rattachés à la tuberculose.

Beaucoup de dermatologistes, comme Hallopeau (Congrès de Londres de 1896) puis Boeck, Colcott Pox, Campana, Riehl, Leredde (Congrès de derma-

tologie 1900) firent plusieurs tentatives d'introduire une classification précise dans le groupe des tuberculides basées sur les données cliniques.

Mais si la clinique est impuissante à établir une classification des tuberculides, l'anatomie pathologique permet de les diviser et de les grouper, et elle vient de plus en plus se substituer à la clinique.

Déjà au milieu du siècle dernier, Bazin proclame au nom seul de la clinique, la nature scrofuleuse de *l'érythème induré* ; puis, on oublie la description de Bazin et les lésions d'érythème induré sont considérées comme de nature syphilitique.

Hutchinson avoue qu'avant d'avoir son attention attirée sur l'érythème induré, il a toujours fait le diagnostic de syphilis ; c'est l'erreur qu'il voit encore commettre très souvent.

Il est bien certain que si la maladie de Bazin a passé si longtemps inaperçue en Allemagne c'est que ses manifestations ont été confondues avec des syphilides.

La théorie des tuberculides fait reprendre, sous un jour nouveau, l'étude de cette dermatose et en fait faire un type de tuberculide, et si dans cette affection la constatation de bacilles fait défaut, mais l'histologie nous fournit des résultats probants.

Thibierge et Ravaut, Johnston, Mantegazza, Philipson, Harthung et Alexander ont trouvé des lésions de structure franchement tuberculeuse : plasmazellen, cellules épithélioïdes, cellules géantes, îlots de nécrose, altérations vasculaires.

Ces altérations exigent, pour pouvoir être constatées, des biopsies faites profondément, jusqu'à l'hypoderme.

C'est la façon souvent trop superficielle de faire des biopsies qui a empêché de les constater plus souvent et qui a donné aux examens histologiques des tuberculides des résultats parfois contradictoires en apparence, les auteurs ayant étudié des étages différents de la peau.

Dans le cas des tuberculides comme pour les autres dermatoses où la biopsie est indiquée, elle doit être faite jusqu'à l'hypoderme.

Dans les tuberculoses cutanées franches, la présence des cellules géantes et l'inoculation positive sont constantes, parce que les lésions sont superficielles ; une biopsie même pas trop profonde permet de trouver ici l'élément caractéristique de leur nature.

Au Congrès allemand de dermatologie de 1892, Jacobi annonça que les papules qui constituent le *lichen scrofulæus* ont la structure de tubercules miliaires, qu'il avait pu colorer les bacilles et que l'affection devait être tenue pour une manifestation tuberculeuse. Cette manière de voir est approuvée par les examens histologiques de Darier, de Leredde, de Jadasohn.

Ils ont trouvé dans cette affection des amas cellulaires formés de leucocytes, de plasmazellen, de cellules épithélioïdes, et de cellules géantes ; on trouve même en certains points de la caséification.

Leredde et Tenneson trouvent l'élément tuberculeux, des cellules géantes, dans un cas publié sous le nom de *granulome innominé*.

Hallopeau et Bureau ont trouvé des amas nodulaires de plasmazellen et de cellules épithélioïdes dans un cas de *folliclis*.

Andry put trouver dans trois cas de *lupus érythémateux* des cellules géantes. Gastou les a trouvées dans le *lupus pernio*.

Tous les auteurs sont d'accord pour considérer la *tuberculose de la vulve* comme une affection rare ; on la trouve brièvement signalée dans la plupart des traités classiques. Gebhard, dans son excellent *Manuel d'anatomie pathologique gynécologique*, dit textuellement que « la tuberculose vulvaire est une lésion d'une extrême rareté ».

Tout ceci est dû à ce que les cliniciens ne voulaient pas demander l'avis de l'histologiste dans les diverses affections qu'ils rencontraient. Depuis quelque temps cependant, les observations paraissent devoir se multiplier grâce aux recherches histologistes portant sur des fragments prélevés en divers points de la tumeur. Les cliniciens se sont convaincus que là où ils avaient fait un diagnostic d'épithélioma, où qu'ils restaient indécis, l'histologiste leur disait que c'était de la tuberculose. C'est ainsi que cette affection paraît devoir acquérir une place de plus en plus importante dans le cadre de ces néoplasies vulvaires naguère réunies sous le nom générique d'*Esthiomène de la vulve*.

Certains mots font fortune parce qu'ils n'ont pas de signification précise. Il en a été ainsi de cette dénomination d'esthiomène vulvaire. On pensait jadis qu'il s'agissait là d'une entité morbide bien caractérisée. Nous savons aujourd'hui qu'à ce mot d'esthiomène ne correspond aucun substratum anatomique nettement défini, et qu'il sert à désigner des lésions hypertrophiques et ulcéreuses très diverses, et qui, d'après la façon dont elles se comportent au niveau de la vulve, peuvent être d'un diagnostic plus délicat que partout ailleurs.

On a isolé parmi les esthiomènes, l'épithélioma, la tuberculose ulcérée, les lymphangiectasies, les syphilides tertiaires ; on peut y différencier encore d'autres affections plus rares, l'actinomyose, le molluscum contagiosum hypertrophique et ulcéré, certaines formes de chancre simple, etc.

M. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, rapporte une observation personnelle où l'examen histologique permet de reconnaître des follicules tuberculeux absolument nets dans un cas diagnostiqué cliniquement sous le nom d'esthiomène.

M. Vercher dit avec juste raison, que les diverses affections qui se développent au niveau de la vulve présentent souvent des caractères macroscopiques à peu près identiques, sans doute en raison de la structure anatomique de cette région. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour faire de tout cela un seul état morbide, pour considérer comme identiques, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, des

lésions très différentes qui n'ont qu'un caractère commun, l'hypertrophie associée ou non à des ulcérations plus ou moins étendues.

B) *Endométrite*. — Lorsque la femme a dépassé la ménopause sans avoir présenté pendant la période d'activité sexuelle de phénomènes inflammatoires du côté de la matrice ; on suppose généralement qu'elle est peu exposée désormais aux accidents métritiques. Or, il existe un certain nombre de cas où le diagnostic d'endométrite sénile n'a été posé que par hasard et avec des réserves que seules la marche de la maladie ou l'autopsie ont pu dissiper.

En 1879, Mathews Duncan (1) publia une observation d'endométrite. Il s'agissait d'une femme stérile âgée de soixante ans qui avait été mariée quatorze ans. Trois ans avant sa mort elle commença à souffrir du bas-ventre et à perdre abondamment un liquide tantôt clair, tantôt purulent, tantôt mêlé de sang. On pensa à une tumeur maligne ulcérée. La malade succomba à des symptômes de septicémie. L'autopsie permit de constater que la cavité utérine, très agrandie, contenait une matière épaisse, fétide, couleur pourpre foncé et que la paroi de l'utérus était très amincie. La muqueuse était réduite à quelques lambeaux sphacelés.

Au microscope on voyait les fibres musculaires gonflées, en partie détruites, entourées de cellules

1. Mathews Duncan. *Trans. of obst. Soc. Lond.*, t. XXI, p. 54, 1879.

rondes. Sur le bord libre de la coupe, une ou deux cellules cylindriques, vestiges de la muqueuse. Pour s'assurer de la nature des cellules rondes et les isoler on fit macérer quelques fragments de l'utérus dans la glycérine, on vit alors qu'il s'agissait bien de cellules de pus et non de cellules épithéliales.

La malade d'Harrocks (1), âgée de 53 ans, présentait des hémorragies et un écoulement infect, survenus après la ménopause. Elle mourut de septicémie, après exploration de la cavité utérine. Diagnostic : *Cancer diffus de la muqueuse utérine.*

A l'autopsie, on trouve la totalité de la muqueuse uniformément épaissie, injectée et granuleuse.

Nulle part la paroi musculaire ne paraissait atteinte. Au microscope, les glandes étaient proliférées, les espaces interglandulaires remplis de nombreuses petites cellules, comme on en rencontre dans les processus inflammatoires chroniques.

De son côté, Galabin (2) a enlevé l'utérus chez une femme de 47 ans, qui fut prise d'hémorragies quelque temps après la ménopause : elle aurait eu en outre au début un écoulement fétide qui ne fut pas constaté à l'hôpital.

Comme l'introduction de l'hystéromètre, conduit avec la plus grande prudence, déterminait une

1. Harrocks. *Specimen of chronic endometritis, with microscopical sections* (Trans. obst. soc. London, 1887, XXIX, p. 298).

2. Galabin. *Two uteri removed by vaginal extirpation. Ibid.*, p. 300.

hémorragie abondante, on crut avoir affaire à un *cancer du corps*. L'hystérectomie fut pratiquée avec succès. L'utérus était énorme : sa cavité mesurait onze centimètres et demi et était tapissée d'une muqueuse tomenteuse. Le col était indemne. A la coupe on trouve une prolifération glandulaire irrégulière, une paroi musculaire non infiltrée.

Instruit par ses devanciers, Hermann (1) posa un diagnostic exact, mais supposant avec eux que l'endométrite sénile tend à devenir maligne, pratiqua aussi l'hystérectomie. Il s'agissait d'une femme de 65 ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu neuf enfants et une ménopause régulière à 50 ans, qui, dans le cours de l'année 1889, fut prise d'écoulement sanguinolent et fétide qui ne cessa plus et s'accompagna d'un état cachectique. Le vagin était très enflammé et saignait facilement. L'utérus enlevé ne dépassait pas 7 centimètres. La muqueuse lisse présentait un petit polype de trois millimètres de longueur. Des coupes pratiquées à la base du polype montrèrent un tissu infiltré de cellules rondes des glandes très développées mais dont l'épithélium cylindrique n'avait aucune tendance à changer de caractère. Le tissu sous-muqueux présentait de nombreuses glandes ; il n'y avait nulle part de végétations épithéliales. Le tissu musculaire était sain. Il s'agissait donc d'une métrite.

1. Hermann. *Specimens from a case of purulent senile endometritis*. *Ibid.* 1891, p. 196-198.

Pour arriver à recueillir des données exactes sur la nature spéciale de l'endométrite, on fera bien d'arracher, à l'aide de la curette tranchante, un fragment de la muqueuse malade, et d'en faire l'examen microscopique.

Dans ce but, on rend d'abord le canal cervical accessible en introduisant des sondes de plus en plus grosses, puis on désinfecte la cavité utérine à l'aide d'une irrigation à l'acide phénique ou au sublimé que l'on fait passer à travers le cathéter utérin. On introduit alors dans l'utérus une petite cuiller à bords tranchants et on enlève en raclant un fragment de la muqueuse.

L'examen microscopique permet alors de découvrir en présence de quelle variété d'endométrite l'on se trouve.

Comme le processus morbide est généralement étendu à toute la surface de la muqueuse utérine, il n'est pas à craindre, lorsque la muqueuse est malade, que l'on n'arrache un lambeau de muqueuse saine.

Assurément, dans un nombre considérable de cas, un clinicien exercé, en se basant sur l'ensemble des symptômes et des signes que la malade présente, en pratiquant avec soin l'examen direct, arrive, sans difficulté, à poser un diagnostic ferme.

Mais, parfois il se peut que le diagnostic soit hésitant, qu'il désire être fixé sur la nature de l'altération utérine qui demeure absolument inconnue. Malgré les renseignements fournis par la patiente, malgré l'étude approfondie des symptômes, malgré la mise

en œuvre de procédés multiples qui permettent un examen direct aussi complet que possible, on en est réduit à des hypothèses.

Néanmoins il faut de toute nécessité prendre un parti, parfois s'abstenir ou se résoudre à une intervention opératoire dont l'importance et la gravité varient singulièrement suivant le diagnostic auquel on s'est arrêté.

Dans ces conditions, on doit pratiquer l'examen histologique de la muqueuse utérine, et dans la très grande majorité des cas, cette pratique fournira un diagnostic rigoureux.

Si cette méthode est, en France, relativement peu usitée, ce fait est imputable bien plus aux difficultés qui sont inhérentes à celle-ci qu'à ses imperfections.

C) *Cancer*. — Il est rare que les investigations cliniques, interrogatoire, palper, toucher, fournissent des renseignements assez significatifs pour imposer le diagnostic de cancer du corps utérin : le syndrome classique, hémorragies, douleurs sous forme de crises, gros utérus, est exceptionnellement réalisé. Si d'autre part il fallait attendre les symptômes caractéristiques, la fétidité des écoulements, la cachexie, les bosselures de la surface utérine, l'apparition de végétations néoplasiques dans le col, l'élimination de fragment cancéreux, on aurait grande chance de ne reconnaître la nature de l'affection qu'à une période très voisine de sa terminaison fatale, en tous cas

toujours trop avancée pour le succès de l'intervention chirurgicale.

C'est tout au plus si le cancer primitif du corps utérin, dont la fréquence est plus grande qu'on se l'imagine d'ordinaire, peut être suspecté dans certaines conditions ; le plus souvent il ne provoque qu'une symptomatologie banale, qui entretient trop longtemps malades, médecins et chirurgiens, dans une quiétude redoutable.

Autrement dit, rarement on l'affirme, quelquefois on y songe, presque toujours rien n'en fait naître l'idée.

Toute femme atteinte de pertes ménorragiques, ou métrorragiques, quel que soit son âge, doit être touchée ; mais très souvent le toucher ne donne pas des renseignements précis, surtout s'il s'agit de cancer primitif du corps utérin ; il faut se rendre compte de l'état de la muqueuse utérine, par un curettage à fin d'examen histologique.

Il ne suffit pas de dire que toute femme chez laquelle on suspecte le cancer doit subir un curettage explorateur, le « Probe curettement » : c'est encore là une formule trop restreinte, qui laisserait échapper les cas où le cancer à son début ne peut être suspecté.

Il faut donc dire : toute femme dont les accidents génitaux ne reconnaissent pas une cause déterminée (générale, annexielle, utérine, vaginale, de voisinage), et ne sont pas atténués par la thérapeutique habituelle, le repos, les injections chaudes, etc., est

justiciable d'un curettage suivi d'examen histologique.

Cette formule paraîtra peut-être excessive. Doit-on, pour quelques pertes — rebelles, il est vrai, mais à peine gênantes — imposer à la malade les ennuis de la petite intervention qu'est le curettage intérieur ?

Lorsqu'un organe, chirurgicalement accessible, présente l'apparence d'être le siège d'une tumeur dont la nature est douteuse, les chirurgiens estiment à l'heure actuelle, et à juste raison, qu'une intervention exploratrice est absolument justifiée et même indiquée. On ne recule pas devant une néphrotomie en présence d'hématémèses suspectes.

M. Quénu (1) rapporte des cas où il jugea légitime d'ouvrir une tumeur du sein, de fendre un testicule. On ne compte plus les laparotomies pratiquées dans un but analogue. Plus favorisé que bien d'autres organes, l'utérus est en communication directe avec le monde extérieur par un canal facilement accessible qu'il suffit de dilater, pour pouvoir au seul prix d'un curettage et d'un examen histologique, reconnaître la dégénérescence maligne presque dès son apparition (2).

On est donc pleinement autorisé à profiter de ces conditions relativement favorables au diagnostic pré-

1. Quénu. « De l'incision exploratrice dans les tumeurs douteuses ». *Presse méd.*, 26 juin 1901, p. 297.

2. Wiener. *Am. J. off. obstetr.*, 1899. Vol. 40, p. 792.

coce, et mieux vaut faire un curettage inutile que méconnaître un cancer.

Le curettage ne présente d'ailleurs aucun danger, à condition qu'il soit pratiqué dans les conditions d'asepsie nécessaire à toute intervention, petite ou grande ; il détermine parfois, en pareil cas, une hémorragie assez abondante, que certains considèrent déjà comme un élément de diagnostic ; il suffit d'un tamponnement à la gaze iodoformée ou stérilisée pour s'en rendre facilement maître.

L'examen microscopique de débris spontanément issus de l'utérus, peut également trancher le diagnostic, à condition toutefois que ces fragments n'aient pas subi un tel degré de sphacèle que toute détermination histologique y soit devenue impossible.

Les services que le microscope peut rendre à la clinique dans ces conditions sont incontestables et incontestés, il apporte un contrôle scientifique indiscutable à un diagnostic qui n'était encore que probable.

Mais on est en droit de lui demander beaucoup plus ; s'il fallait compter sur l'examen d'une masse néoplasique, d'un fragment de tumeur, on devrait renoncer au diagnostic précoce, à cette période essentiellement favorable où l'affection encore à son début simule une métrite hémorragique vulgaire, non seulement par ses phénomènes cliniques, mais encore à l'examen intra-utérin le plus complet.

En 1888, Cornil et Brault terminaient une note insé-

rée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1).
« En résumé, nous pouvons dire que le diagnostic histologique est facile à établir quand on dispose d'un utérus entier. Si l'on n'a, au contraire, à sa disposition que des fragments de muqueuse obtenus par râclage, il ne faudra conclure à la non-existence d'un épithélioma que si les glandes peuvent être examinées jusque dans la profondeur ».

Tant que les méthodes histologiques en usage n'ont permis de compter pour le diagnostic du cancer que sur l'hétérotopie des éléments cellulaires, cette proposition est restée vraie.

Mais il est démontré aujourd'hui que la caractéristique initiale de la dégénérescence maligne doit être cherchée, bien moins dans le mode de groupement, la topographie des éléments cellulaires, que dans les modifications de leur structure intime, modifications qui portent sur le noyau et la cellule elle-même.

La cellule cancéreuse, quelle que soit sa situation, porte en elle-même des caractères distinctifs suffisants, *quand on sait les mettre en lumière*.

Il n'est donc pas nécessaire d'avoir tout l'utérus en main ; il n'est pas indispensable non plus de disposer de fragments épais comprenant toute la muqueuse et les couches musculaires sous-jacentes ; l'histologiste peut se contenter de débris muqueux, tels qu'en fournit le curetage. S'appuyant sur les notions

1. Sur les lésions de l'endométrite chronique. Soc. anat., 1888, p. 57.

exposées plus haut, sur la connaissance des altérations cellulaires et nucléaires caractéristiques du cancer il pourra distinguer d'une façon certaine la dégénérescence maligne, à sa phase toute initiale, des hypertrophies glandulaires de la métrite et de l'adénome.

Dans toutes les ulcérations ou tumeurs suspectes des lèvres, de la langue, du voile, de la gorge, et de tous les autres organes accessibles, il ne faut jamais instituer un traitement avant d'avoir le diagnostic net et précis que seul l'examen histologique peut donner.

C'est à la langue et aux lèvres surtout que peuvent apparaître les tumeurs d'apparence maligne, mais qui en réalité sont curables, comme les syphilomes, les tubercules et certaines tumeurs parasitaires. Le diagnostic de ces affections est souvent difficile et pourtant il est très important qu'il soit fait. En effet, s'il s'agit d'un cancer, il faut opérer au plus tôt et d'une façon aussi complète que possible, tandis que les tumeurs bénignes peuvent être guéries par des opérations légères ou même simplement par des médicaments internes.

Pour assurer le diagnostic d'une façon certaine il faut enlever des fragments de la tumeur suspecte pour les examiner. On ne doit pas se contenter ordinairement d'un seul examen, il faut en faire plusieurs et chercher à prendre le fragment non pas seulement à la surface de la tumeur, mais dans l'extrémité des tissus.

Quelquefois le diagnostic clinique est en contradiction avec le diagnostic histologique, mais ces cas sont d'abord rares, et puis il faut se rappeler qu'il existe des hybrides.

Ainsi : nombre d'auteurs ont trouvé une relation entre l'épithélioma et le lupus, le premier se développant sur une base primitivement lupeuse.

Ce fait a été signalé plusieurs fois par Devergie (1), Bardleben (2), O. Weber (3), Esmarch (cas publié par Wurck) (4), Thiersch (5), Heine (6), Lewin (7), Lang (8), R. Volkmann (9) et Busch (10).

A côté des petits éléments cellulaires du lupus, prédominent les espaces alvéolaires, peuplés de grandes cellules épithéliales du cancer arrondies ou fusiformes et complètement développées.

Hébra a publié plusieurs observations de développement du cancer sur une base lupeuse (11).

De même, on trouve une relation entre l'épithélioma et la syphilis ; on rencontre souvent un cancer

-
1. *Traité des mal. de la peau*. Paris 1863.
 2. *Chirurgie B.* 2. 1869.
 3. *Chir. Erfahr. u. Unters.* Berlin 1859.
 4. *De exemplis nonnullis carcinomatis epithelialis exosti in acative post luprum exedentum relictis*. Kiel 1867.
 5. *Preparaten Sammlung*.
 6. *Congrès des chir. in Berlin* 1872.
 7. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1874, n° 26.
 8. *Virchow Archiv.* B. 54.
 9. *Sammlung Klin. Vorträge*, n° 13.
 10. *Langenbeck's Archiv.* B. XV.
 11. *Wiener med. Wochensch.*, 1867, n° 3.

greffé sur un noyau spécifique : les cas de cancer de la langue évoluant sur une ulcération syphilitique ne sont pas rares.

La leucoplasie linguale est pour la plupart des dermatologistes une lésion para-syphilitique ; elle est dans un grand nombre de cas la base d'une dégénérescence épithéliomateuse ultérieure ; et M. Pichevin, comme nous l'avons dit plus haut, a pu suivre par des examens histologiques répétés la transformation de la leucoplasie en cancer sur le même individu.

On peut trouver aussi assez souvent des lésions hybrides de tuberculose et de syphilis, les syphilo-tuberculoses de M. Fournier ne sont pas rares.

Ces lésions se voient surtout dans les affections du larynx. La tuberculose laryngée se greffe facilement sur un larynx syphilitique et constitue alors des lésions qui n'ont les caractères ni de la bacilliose ni de la spécificité, ou bien qui présentent des caractères morphologiques attenant à ces deux lésions.

C) *Syphilis*. — La syphilis crée des lésions si extraordinairement polymorphes et disparates, qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle puisse simuler presque toutes les dermatoses, tumeurs, ulcères, etc. En regard, les affections à caractères syphiloïdes sont innombrables. Aussi la biopsie a-t-elle ici un large champ d'intervention inutile.

Le chancre syphilitique, les lésions secondaires et tertiaires, ont une anatomie pathologique qui paraît

de plus en plus pathognomonique à mesure qu'on l'a étudiée de plus près.

En tout cas, leur différenciation histologique d'avec les tuberculomes et tuberculides, d'avec les lépromes, d'avec les lésions du mycosis fongoïde, d'avec les diverses espèces de sarcome et de tumeurs, est presque toujours possible et même aisément réalisable ; leur diagnostic d'avec les épithéliomes est véritablement élémentaire.

On est amené souvent pour trancher le diagnostic entre syphilis et cancer à instituer un traitement d'épreuve.

Cette pratique a été sévèrement jugée, car appliquée sans modération, elle peut conduire à des résultats désastreux.

Trélat, faisant allusion à cette habitude très répandue d'instituer un traitement d'attente, destiné à faire ou à corroborer le diagnostic, disait que « neuf fois sur dix, le malade qui consulte un médecin pour un cancer de la langue, en reçoit un mauvais conseil », et de toutes ses forces il appuyait les conclusions de Verneuil, qui était venu porter plainte à la Société de chirurgie contre les praticiens obstinés dans la routine, persistant quand même à prescrire en pareil cas le mercure et l'iodure de potassium.

Nous pouvons changer la phrase de Trélat et dire que le malade qui consulte un chirurgien pour une gomme (syphilitique) de la langue ne reçoit pas toujours un meilleur conseil, et nous avons à l'esprit le fait curieux suivant que nous avons pu examiner

avec notre maître, M. Caussade et M. Milhit, interne des hôpitaux : Un chirurgien d'un hôpital excentrique pratiqua l'ablation d'une langue pour un cancer au début. A l'examen histologique nous trouvâmes une simple infiltration péri et endo-vasculaire et pas trace de dégénérescence cancéreuse. Il s'agissait tout simplement d'une gomme syphilitique de la langue qui aurait pu guérir par trois injections de calomel. Et ces faits ne sont pas rares.

Depuis longtemps les effets funestes de ce médicament avaient été signalés, en particulier, par Th. Auger dans son classique et remarquable travail.

L'iodure, en effet, donnerait une sorte de coup de fouet à la maladie (cancer) et en recevrait la marche plus rapide et plus grave.

Le mercure agit d'une façon tout aussi nuisible et détermine avec la plus grande facilité des stomatites, qui aggravent tous les symptômes pénibles du néoplasme et qui ne rétrocedent qu'avec lenteur et difficulté.

Trélat parlant des cas douteux de cancer ou syphilis où l'on essaie d'abord le traitement d'épreuve, disait : l'important était de saisir l'*occasio præceps*, d'opérer en temps opportun, sans hésitation, sans retard, sans gaspiller en traitement d'attente et dépenser un temps irréparable, sans attendre l'envahissement ganglionnaire : « Cette redoutable affection est curable (le cancer) quand elle est peu
« étendue et bien limitée, c'est-à-dire, à ses débuts.

« Elle est curable par une opération facile et

« inoffensive. Plus tard, et ce plus tard vient rapide-
« ment, lorsque les vaisseaux et les ganglions lym-
« phatiques sont pris, tout est impuissant. Voilà les
« deux termes du problème. Entre eux on introduit
« des considérations dilatoires, on parle de difficulté
« ou d'erreurs de diagnostic de certains cas rares où
« les médicaments internes auraient réussi. Et c'est
« par ces insuffisances ou ces raretés qu'on voile l'ef-
« frayante netteté des indications thérapeutiques
« dans l'immense majorité de cas (1).

La lèpre entre de plus en plus fréquemment en ligne de compte, dans les cas de diagnostic embarrassant, depuis que les communications faciles nous ont mis plus fréquemment en rapport avec les pays exotiques où cette maladie exerce des ravages, et depuis que l'on connaît des foyers indigènes.

Son pronostic si sombre, qu'atténuent à peine les ressources du traitement, oblige le médecin à ne formuler un diagnostic si redouté qu'en cas de certitude absolue : Le plus souvent, aux périodes initiales tout au moins la constatation formelle du bacille de Hansen est exigible pour donner cette certitude.

Les recherches récentes de M. Jeanselme ont prouvé que souvent on peut le déceler d'une façon précoce dans le mucus des fosses nasales ; en cas d'échec de ce côté, et lorsque existent sur le malade des tubercules ou même de simples macules, il est non seulement légitime, mais indispensable, de

1. Trélat. Cliniques chirurgicales, 1891.

poursuivre ses investigations jusque dans une pièce biopsique.

M. Darier a montré qu'à l'aide de méthodes rigoureuses, on peut découvrir le bacille de la lèpre, même dans les macules érythémateuses ou pigmentaires initiales.

On peut ajouter, que l'analyse histologique, faite à ce point de vue, s'impose vis-à-vis de toute éruption douteuse survenant sur un sujet ayant habité un pays lépreux.

Le mycosis fongoïde est une autre de ces maladies dont le triste pronostic exige qu'on s'entoure de toutes les garanties avant d'en prononcer le nom.

La structure spéciale des tumeurs mycosique, qui est celle de lymphadénome, les caractérise nettement. Mais c'est en face des manifestations initiales, qu'elles aient l'aspect de placards eczématiformes ou lichénoïdes, ou qu'elles affectent la forme de l'érythrodermie mycosique que la biopsie peut rendre des services inappréciables, en permettant une certitude là où la clinique ne conduit qu'à des probabilités. L'infiltration uniforme et limitée du corps papillaire, dans lequel il est possible déjà de découvrir un réseau de tissu adénoïde ; d'autre part, la présence dans l'épiderme de minuscules abcès miliaires, très spéciaux à cette maladie ; parfois la dégénérescence hyaline des vaisseaux et des altérations cellulaires particulières différencient, dans la majorité des cas, les éruptions prémycosiques et notamment l'érythrodermie des autres éruptions analogues.

Les sarcomes et leurs variétés, lymphosarcomes, angiosarcomes, fibrosarcomes, sont des tumeurs qu'il est souvent impossible de diagnostiquer avec précision sans le secours du microscope ; d'autre part, il y a urgence à les reconnaître aussitôt que possible, afin d'en pratiquer l'ablation chirurgicale. S'il s'agissait, au contraire, de tumeurs mycosiques l'opération ne serait pas justifiée.

L'actinomycose, le farcin et la morve, le rhinosclérome, etc., forment un groupe de maladies, rare en France, dont l'élément pathogène, le parasite, est relativement facile à découvrir et plus caractéristique que n'est l'anatomie pathologique des lésions. La biopsie pourra néanmoins être appelée à fournir un appoint au diagnostic.

A propos de l'actinomycose voilà ce que disait M. Milian à la Société de dermatologie et syphiligraphie en réponse à MM. Hudelo, Gastou et Lebar, qui avaient présenté à une séance antérieure un malade atteint de lymphangite tuberculeuse.

Actinomycose prise pour de la lymphangite tuberculeuse
(Milian. Soc. de dermat. et syphiligraphie. Janvier 1905).

MM. Hudelo, Gaston et Lebar ont présenté à la dernière séance de la Société de dermatologie un malade atteint d'une lésion du pied qu'ils ont considérée comme étant une angiodermite d'origine probablement tuberculeuse.

Leur conclusion était celle-ci : « En raison de la longue durée de l'affection, de la lenteur de l'évolution, du processus suivi par la plupart des lésions et qui a abouti au

ramollissement, à la suppuration, puis à la cicatrisation spontanée, la tuberculose doit être invoquée comme facteur-pathogénique direct, la syphilis étant éliminée immédiatement, nos recherches ne nous permettent point de penser ni à l'actinomyose, ni aux lésions exotiques du pied (pied de Madura, etc.).

MM. Hallopeau et Darier ont également supposé, en voyant ce malade à la séance, qu'il devait s'agir de lymphangite tuberculeuse.

J'ai examiné ce malade, il y a après de deux ans, le 19 février 1903, dans le service du Dr Reynier, à la demande du regretté Dr Bouglé, chirurgien des hôpitaux, assistant du service. Je n'ai pas, à cette époque, formulé de diagnostic clinique, mais mon ami Bouglé fit, à ma demande, l'excision de deux points de la région malade et je pus pratiquer un examen histologique complet.

Vous pouvez voir sur les coupes que j'apporte aujourd'hui qu'il s'agit d'actinomyose sans la moindre hésitation. C'est sur mon examen histologique et non sur une impression que Bouglé avait proposé au malade un traitement chirurgical approprié. Je n'ai pas publié l'observation par suite de la mort de Bouglé et du départ de l'interne de service, M. Bourlot. Je suis heureux que le moulage de M. Danlos, inscrit au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 2037 dans la vitrine des diagnostics indéterminés, et l'observation de M. Hudelo, puissent recevoir, de par cet examen histologique, un diagnostic positif.

On se demandera peut-être pourquoi je tranche la difficulté, sans aucune hésitation, quand d'excellents observateurs et histologistes sont restés dans le doute.

C'est justement sur ce point que je veux insister, car ce n'est certes pas la compétence des auteurs ni celle de mon ami Gastou, en particulier, qui a fait l'examen biopsique, qu'il faut incriminer.

Qu'il s'agisse de psoriasis, de tuberculose, d'épithélioma, de syphilis, etc., les biopsies des dermatologistes sont toujours faites de la même façon, avec un fin couteau de Graëfe, qui prélève un petit fragment de tégument par transfixion.

De cette manière, les coupes fournissent une préparation dans laquelle la hauteur de derme prélevée n'a guère plus d'étendue que la hauteur de l'épiderme ; on se condamne à faire des biopsies ayant une très médiane profondeur. Cela est très suffisant quand il s'agit de lésions superficielles, comme le psoriasis, ou partant de la surface vers la profondeur, comme l'épithélioma, mais cela ne l'est plus du tout quand il s'agit de lésions dermiques, ou même hypodermiques comme celles de la syphilis, de la tuberculose et de l'actinomycose.

Dans un certain nombre de cas, ceux, par exemple où les lésions siègent au sommet des papilles, on peut bien rencontrer les lésions anatomiques caractéristiques, mais très souvent, cela est impossible à cause de la situation profonde.

Cela est particulièrement vrai pour l'actinomycose où le champignon est souvent situé loin de l'épiderme et plus particulièrement pour le malade qui est l'objet de cette discussion, où la peau est dure et adhérente.

Il faut donc, de toute nécessité, dans de pareilles déterminations, faire des biopsies profondes allant jusqu'à, et y compris l'hypoderme, si l'on veut avoir autre chose que des

lésions banales d'inflammation superficielle. Et c'est précisément parce que Bouglé enleva chirurgicalement une portion étendue et profonde de tissu malade, que j'ai pu, avec la plus grande facilité, déceler le champignon de l'actinomycose et des grains.

A l'œil nu, sur nos coupes, on constate que les grains actinomycosiques sont à 5 millimètres de la surface tégumentaire, et comme le grain a lui-même 2 à 3 millimètres de hauteur, on voit que la biopsie aurait dû porter au moins à 7 ou 8 millimètres de profondeur. On comprend, dès lors, que la biopsie dermatologique de M. Gastou, qui mesure 2 à 3 millimètres de hauteur, n'ait pu fournir aucun renseignement étiologique. L'excision chirurgicale de Bouglé, qui mesure environ 2 centimètres de large sur 12 millimètres de hauteur, fournissait, au contraire, un large champ d'observation. C'est à cette circonstance que j'ai dû de pouvoir apporter, en quelques jours, un diagnostic histologique précis et certain, alors, que depuis des années, on discute sur la nature des lésions.

Et puisqu'il s'agit, chez cet homme, d'actinomycose, il est de toute nécessité de le mettre à l'iodure de potassium intus et à la teinture d'iode, ou mieux à la solution iodo-iodurée dans le pertuis.

Au cas de résultat insuffisant, la radiothérapie pourrait certainement avoir également une action très favorable.

Enfin, en dernier ressort, pourrait intervenir l'action chirurgicale, non pas sous la forme un peu trop radicale d'une amputation comme le voulait Bouglé, mais sous la forme de large curettage au thermocautère, qui donne de très bons résultats dans les diverses lymphangites chroniques.

Enfin, la biopsie est facultative dans les affections à tumeurs multiples, bénignes. S'il reste un doute sur leur nature dans l'esprit du médecin, il sera souvent bien venu de proposer la biopsie. Tels sont les *nævi*, les *adénomes sébacés*, les *hydradénomes*, les *lipomes*, les *fibromes*, les *myomes*, les *angiokératomes*, etc. On peut en rapprocher l'*urticaire pigmentée*, les *xanthomes*, la *ladrerie*, etc.

Avant de se résoudre à déconseiller tout traitement interne et à procéder à la destruction de ces divers néoplasmes, lorsqu'elle est réclamée, il est naturel qu'on tienne à être absolument fixé sur leur constitution histologique.

Manuel opératoire

Supposons le malade consentant, il y a lieu, avant tout de faire choix de l'élément éruptif, de la portion de tumeur, d'ulcère ou de muqueuse que l'on va exciser.

Le choix de la pièce est un point délicat et très important pour la réussite de cette petite opération ; il exige de l'expérience dermatologique et une notion aussi claire que possible de ce que l'on veut chercher : de lui dépend essentiellement le succès de l'étude histologique que l'on pratiquera.

En dermatologie, cependant, les choses paraissent plus faciles qu'en gynécologie.

La situation du dermatologiste est privilégiée, puisqu'il voit se développer et évoluer sous ses yeux les processus qu'il étudie ; le gynécologiste doit avoir l'attention fixée sur la possibilité d'une affection de

l'utérus par exemple, masquée par un trouble fonctionnel des foies banal.

On voit souvent des femmes qui viennent consulter pour des métrorragies, qui ne présentent rien qui puisse mettre sur la voie du diagnostic, et qui ont cependant un cancer du corps utérin qui est révélé par la biopsie.

Les cas des malades ayant un cancer du col de l'utérus diagnostiqué cliniquement, et qui histologiquement n'ont que de la métrite sénile, et qui guérissent sans opération, ne sont pas rares.

Pour le corps de l'utérus on fait un curage explorateur ; pour le col le même procédé ou l'excision exploratrice. Pratiqué à l'aide de la curette de Récamier ou celle de M. Pozzi, au cours de la dilatation par la laminaire ou l'éponge iodoformée (Procédé Parak-Dolérís), il est d'une grande facilité et d'une parfaite innocuité.

L'excision exploratrice est applicable partout ailleurs ; elle permet d'enlever des fragments plus gros que le râclage. M. de Sinéty s'en montre partisan enthousiaste ; il déclare que « rien qu'à la vue
« des figures publiées par Ruge et Veit, n'importe
« qui au courant de l'histo-pathologie peut faire un
« diagnostic. Par contre, il accorde peu de confiance
« au râclage qui ne peut, la plupart du temps, d'après
« lui, fournir des renseignements suffisants ».

Cette affirmation ne paraît plus de mise devant les récents progrès effectués au point de vue histopathologique dans la plupart des lésions utérines, tel-

les les endométrites, en ce qui concerne particulièrement leur différenciation d'avec l'épithélioma, peu importe l'extension et la diffusion des lésions ; tout l'intérêt est concentré dans l'examen minutieux de la paroi de la glande et de son contenu et pour peu que l'examen porte sur une parcelle si minime qu'elle soit d'épithélioma, le diagnostic peut être aussi sûrement donné que d'après une coupe provenant d'une excision.

Il faut évidemment tomber sur cette parcelle utile, et l'erreur à laquelle expose le râclage, beaucoup plus que l'excision, c'est de mettre sous les yeux de l'observateur le débris d'un tissu inflammatoire limitrophe d'un néoplasme, celui-ci encore au début, réduit à un simple nodule, ayant échappé à l'action de la curette. Pour être plus sûr, on passera la curette dans deux ou trois régions de l'utérus, et ramener les produits ainsi râclés à la vulve ; si l'on est en présence d'une tumeur on taillera dans sa région la plus caractéristique ; s'il s'agit d'un ulcère, on prendra le bord en même temps qu'une petite étendue du fond ; s'il s'agit d'éléments éruptifs, on préférera les plus récents parmi les plus typiques.

Les dimensions du fragment à prélever sont très variables, selon les conditions particulières du cas ; dans la règle, on doit se montrer aussi discret que possible.

Une pièce du volume d'un grain de chènevis, d'un grain de blé ou d'une lentille, est habituellement très suffisante.

Le choix arrêté, il est bien évident que n'importe quel procédé d'extirpation est valable, pourvu qu'il fournisse une pièce non écrasée ou déchirée.

A ce point de vue l'emploi de la curette tranchante et celui des ciseaux ne sont pas recommandables, parce que ces instruments compriment les éléments, refoulent le sang dans les capillaires et produisent des délabrements dans les tissus délicats; on n'y aura recours que d'une façon exceptionnelle où l'on ne pourra pas faire autrement.

On pourrait en revanche opérer méthodiquement, selon les principes chirurgicaux, avec désinfection du champ et des instruments, avec anesthésie générale ou locale, incision en fuseau au bistouri, puis hémostase et suture consécutives. Ce mode de faire s'impose dans certaines circonstances, au cuir chevelu par exemple, ou pour les pièces étendues; le plus souvent il est trop compliqué, trop long et effraie les malades par son appareil.

En pratique, le procédé suivant, très simple et expéditif, donne d'excellents résultats et est applicable à l'immense majorité des cas.

Comme instruments on se servira d'un couteau de de Graefe, d'une petite pince à disséquer, et de ciseaux histologiques, droits ou courbes, à pointes émoussées; ces instruments doivent être aseptisés d'avance.

On commence par se laver les mains avec grand soin, puis on désinfecte la région où l'on va opérer en la frictionnant avec une boulette d'ouate imbibée

d'éther, d'alcool, ou d'une solution alcoolique de sublimé à 1/500.

L'anesthésie, si le malade est timoré, sera obtenu au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle, ou d'un coup de pinceau imbibé de chlorure de méthyle. L'inconvénient de ces liquides est que la congélation qu'ils produisent ne permet plus de bien distinguer l'élément choisi pour l'excision. On y parera en le marquant préalablement à l'encre, ou encore en attendant pour opérer l'instant précis où la teinte blanche disparaît ; à ce moment l'anesthésie n'est plus absolue, mais la douleur des incisions est noyée dans une sensation vague d'endolorissement, dans une sorte de « stupéfaction de la sensibilité ».

Les injections intra-dermiques de cocaïne, qui réalisent l'anesthésie locale idéale, sont à rejeter complètement pour le but que nous poursuivons, en raison de l'œdème locale qu'elles produisent, de l'hémorragie interstitielle que provoque l'aiguille et de l'altération causée dans les tissus par leur contact avec un liquide aqueux. Mais sur les ulcérations, les érosions et sur les muqueuses, l'application d'un flocon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne au 1/10, ou de chlorhydrate de cocaïne en nature, pourra donner lieu en quelques minutes à une anesthésie très appréciable.

En fait, on peut presque toujours se passer de l'anesthésie locale pour une opération si infiniment brève ; on se souviendra que le meilleur analgésique c'est le tranchant irréprochable des instruments.

Pour procéder à l'excision proprement dite, on peut procéder de la manière suivante : On soulève la région choisie en faisant un pli, qu'on pince entre le pouce et l'index de la main gauche ; on fait la transfixion de ce pli, à la profondeur voulue, au moyen du couteau de de Graëfe tenu de la main droite et plongé au-dessous de l'élément à exciser, ou même un peu en arrière de cet élément ; on conduit le couteau de façon à détacher un volet portant cet élément ; on saisit ce volet à son extrémité avec la pince fine et on le détache à sa base par un ou deux coups de ciseaux. Toute cette petite manœuvre dure tout au plus quelques secondes ; la pièce est aussitôt plongée dans le liquide fixateur.

L'hémorragie, si l'excision est discrète, sera insignifiante, un peu plus abondante cependant si l'on a employé un anesthésique.

Il faut la tarir rapidement si l'on veut, sans tarder, pouvoir panser et renvoyer son malade.

En cas d'hémorragie utérine, l'antipyrine a donné de très bons résultats, en tout cas on fera un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

M. Darier emploie comme hémostatique une poudre fine de bois de genévrier, stérilisée à l'autoclave et imbibée de vapeurs de créosote ; la gélatine présente l'inconvénient qu'il faut la ramollir à la chaleur.

Presque jamais, il n'y a lieu de faire de sutures, douloureuses et exigeant l'ablation des fils six ou huit jours plus tard.

On les réservera pour les biopsies profondes et étendues, et alors que la section a porté en tissus sains, ce qui est en somme rare.

Dans une note sur la biopsie que M. Audry a présenté à la Société de dermatologie il conseille de faire des excisions profondes, atteignant l'hypoderme, plutôt que des sections portant dans l'épaisseur du chorion ; les fils de suture doivent passer au-dessous du fond de la plaie. Sans ces précautions la perte de substance, quoique aseptique, guérit plus lentement et la cicatrice est plus apparente.

Quant au pansement, il sera aussi simple et aussi peu embarrassant que possible : un flocon d'ouate ou un peu de gaze iodoformée, maintenus avec du collodion, suffisent parfaitement. Lorsque le pansement tombe, la minuscule plaie a guéri par première intention.

Quelques difficultés régionales méritent d'être signalées. A la paume des mains, à la plante des pieds, sur le cuir chevelu, en un mot là où la peau est épaisse et peu mobile, si l'on veut exciser le derme dans toute son épaisseur, on devra procéder chirurgicalement par une incision en fuseau et faire des sutures, on opèrerait de même sur le bord calleux d'un ulcère de jambe par exemple ou d'une tumeur dure, mais, dans ce cas, sans faire de sutures.

Pour des biopsies dans l'arrière-bouche, il faut des instruments sur manche plus long, à l'aide de la

petite pince à morcellement de Ruault ou la pince de Luc.

L'anesthésie par application directe de cocaïne est commode pour la cavité buccale ; l'hémorragie, souvent assez prononcée, à la langue par exemple, ne peut être arrêtée que par compression prolongée ; les pansements sont remplacés par des « bains de bouche » à l'eau boriquée. M. Darier, dans *La pratique dermatologique* dit, n'avoir jamais vu des biopsies personnelles, ou celles de ses collègues à l'hôpital Saint-Louis, donner lieu à des accidents septiques, tels que suppuration, lymphangite, érysipèle, etc., malgré une antisepsie et des pansements en réalité sommaires.

Technique histologique

Sur ce chapitre nous serons brefs, car tout praticien peut et doit faire la biopsie dans les cas où elle s'impose, mais tout praticien ne peut et surtout ne doit pas examiner la pièce biopsiée s'il n'a pas des connaissances très précises en anatomie microscopique, car une erreur d'interprétation de la coupe sous le microscope peut conduire à des pires excès et à des faits regrettables.

Nous conseillons donc à ces praticiens de plonger immédiatement la parcelle biopsiée dans un flacon renfermant de l'alcool à 90 degrés, et d'envoyer le tout à un histologiste compétent.

Toutefois nous donnerons en quelques mots la

marche la plus facile, la plus simple et la plus rapide à suivre. Une des conditions essentielles de la biopsie c'est que l'examen de la coupe puisse se faire le plus tôt possible.

Toutes les méthodes de technique histologique sont utilisables ; la faute à ne pas commettre, c'est d'en adopter une seule et de vouloir l'appliquer uniformément à tous les cas. En principe on doit savoir ce qu'on veut chercher ou faire une hypothèse sur ce que l'on a à trouver, et employer des réactifs en conséquence. Se servir par exemple d'alcool pour fixer, et de paraffine ou de celloïdine pour inclure, lorsqu'on examine un tubercule xanthomateux, c'est manquer le but, puisqu'on aura dissous et fait disparaître la graisse que l'on doit chercher.

On choisira donc le fixateur (l'acide osmique, le liquide de Flemming, le sublimé, le liquide de Muller, etc.), dans lequel il faut que la pièce soit aussitôt immergée, suivant les conditions du cas particulier.

Dans la grande majorité des cas, comme nous le disions plus haut, on donnera la préférence à l'alcool à 90 degrés.

L'alcool présente cet avantage, que quelques heures après l'opération on peut, sur la pièce déjà dure, maintenue entre deux fragments de moelle de sureau, pratiquer une ou deux coupes à main levée qui, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine, permettent souvent un diagnostic tout à fait rapide. Rien n'empêche, s'il subsiste un doute,

de procéder à l'inclusion de la pièce par les méthodes usuelles :

L'inclusion se fait :

- 1° Dans la gomme ;
- 2° Dans la celloïdine ;
- 3° Dans la paraffine.

Ce dernier procédé est le plus employé, et il jouit d'une grande faveur, très justifiée d'ailleurs ; il permet d'obtenir rapidement, à l'aide du « rocking microtom » des coupes très minces, en série, qu'on peut coller sur les lames porte-objet au moyen de glycérine albumineuse et qui sont ainsi très maniables.

Il faut quelques précautions pour inclure les fragments de peau dans la paraffine, et il importe surtout de restreindre, autant que possible, le temps de chauffage. On réussit régulièrement en procédant comme suit :

De l'alcool absolu, passer la pièce dans l'éther paraffiné, à l'étuve à 37 degrés, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures ; puis de là dans la paraffine pure à l'étuve à 57 degrés, pendant une ou deux heures ; couler et monter.

On peut aussi, plus simplement, la plonger au sortir de l'alcool absolu dans du xylol, pendant une demi heure à une heure, puis dans la paraffine à l'étuve à 57 degrés, pendant quatre ou cinq heures. Il s'agit enfin de colorer les coupes avant de les monter en préparations, comme colorants on peut

employer l'hématoxyline ou hématéine, avec l'éosine, la thyonine phéniquée, etc.

L'important est de faire des colorations intelligentes et non aveugles, de savoir ce qu'on peut chercher et quels sont les réactifs capables de résoudre la question.

OBSERVATION V

Chancre syphilitique de la langue pris pour un cancer.

Opération

A. D..., inspecteur d'assurance, 35 ans, vient à la consultation à Saint-Louis, le 19 juin 1903.

En fin février, après les rapports extra-conjugaux dont le malade ne peut préciser la date, s'est développé sur l'extrémité antérieure du bord gauche de la langue une ulcération rouge foncée, assez douloureuse. Presqu'en même temps se sont développés aussi des ganglions sous-maxillaires et bilatéraux, ainsi que des ganglions rétromentonniens. Ces derniers étaient particulièrement volumineux et très durs.

Le 14 avril, on procède à l'ablation de cette ulcération et de la lèvre au thermocautère. La pièce fut envoyée au laboratoire de l'Hôtel-Dieu de Paris, par le chirurgien de province qui avait pratiqué l'opération.

Là, l'hypothèse de néoplasme fut éliminée et l'on fit le diagnostic histologique de chancre syphilitique très probable.

Par contre, un autre histologiste fit le diagnostic d'épithélioma, après examen de la plaie post-opératoire, et un autre médecin, celui d'ulcération d'origine dentaire.

Etant donné le premier diagnostic de l'Hôtel-Dieu, on a mis le malade au traitement mercuriel. Le sujet n'a pas eu de roséole, mais des petits boutons, que les médecins, qui l'ont examinée, ont qualifié d'acné.

Depuis deux mois, mal de gorge, chute des cheveux.

Etat actuel. — Bouche :

1° A l'extrémité du bord gauche de la langue, cicatrice arrondie à fond un peu irrégulier, consécutive à l'opération. Elle est sous-tendue par une base très indurée et sa coloration est d'un rouge très foncé ;

2° On trouve des ganglions sous-maxillaires plus marqués à gauche et des ganglions rétro-mentonniers très durs. Les masses ganglionnaires sont en voie de régression et ont beaucoup diminué depuis quelques semaines ;

3° Il existe en ce moment des plaques muqueuses sur les deux amygdales, principalement sur celle du côté gauche, un amas de papules sur la face supérieure de la langue en avant du V lingual, un autre sur la lèvre inférieure, et un dernier médian.

Peau :

Quelques lésions d'acné.

Organes génitaux. — Pas de trace de chancre ancien. Pas d'adénopathie inguinale. Syphilides papulo-érosives des bourses et de l'angle péno-scrotal. Rien à l'anus. Légère alopecie en clairière.

Diagnostic. — Il s'agit évidemment d'un *chancre syphilitique lingual pris pour un épithélioma et extirpé pour tel* (Thèse Carivenc, 1905).

OBSERVATION VI

De Koerte (1876)

Ueber das tub. Zungengeschwier Deutsche Zeitschr. f. chir.
Leipzig, 1876, t. VI, p. 417.

Malade âgé de 53 ans. Au début, aucune trace de tuberculose pulmonaire.

Face inférieure de la langue : ulcération ovale, bords irréguliers, taillés à pic, fond dur, sensible, granuleux, couvert de mucus jaunâtre. Pas de semis de points jaunâtres.

Retentissement sur le ganglion sous-maxillaire gauche.

Début quatre mois auparavant, marche progressive.

Lücke ayant diagnostiqué un carcinome, a fait l'amputation partielle de la langue à l'anse galvano-caustique.

Cicatrisation rapide, mais tuberculose pulmonaire confirmée à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VII (de Valin).

Soc. méd. des hôpitaux (23 juin 1876).

Tuberculose linguale prise pour la syphilis.

M. X..., âgé de 43 ans, avait toujours eu une bonne santé jusqu'en ces dernières années ; en 1872, il eut, dit-il, une inflammation de poitrine avec crachements de sang, qui paraît avoir été une poussée tuberculeuse des poumons. Sa santé se rétablit, et au mois de novembre 1875 il vint demander des soins à l'un de nos collègues pour une ulcération siégeant au pilier droit du voile du palais.

L'ulcération avait la dimension d'une pièce de 50 centi-

mes ; le fond était grisâtre, les bords étaient minces, d'un rouge vif ; notre collègue pensa tout d'abord à une affection syphilitique.

Le malade avait eu un chancre quinze ans auparavant ; il avait suivi jadis un traitement mercuriel incomplet ; il n'avait jamais eu jusque-là d'accidents secondaires : notre collègue, M. le Dr Pingaud, institua un traitement anti-syphilitique, qui fut suivi exactement pendant deux mois. Mais les accidents locaux, au lieu de s'améliorer, s'aggravèrent : l'ulcère s'agrandit, de nouveaux points ulcéreux, arrondis, remplis d'une matière caséuse, se formèrent. M. Pingaud abandonna le traitement spécifique et l'idée de syphilis ; il crut à l'existence d'un lupus, de scrofulides ulcérées de la gorge. Des applications de teinture d'iode affaiblie, de chlorate de potasse, restèrent sans effet.

Au commencement de cette année, le malade eut une hémoptysie abondante ; les forces diminuèrent lentement, mais progressivement ; les signes de la tuberculisation pulmonaire s'accrochèrent de plus en plus et le 15 juin le malade entra dans mon service.

L'aspect est celui d'un phthisique au troisième degré, on entendait dans toute la poitrine des deux côtés et du sommet à la base, des craquements humides et des râles cavernuleux. L'expectoration était formée de crachats plaqués, purulents. La voix était nasonnée, la déglutition difficile, le malade rendait par le nez près de la moitié des liquides qu'il essayait d'ingérer ; depuis plusieurs semaines il ne pouvait se nourrir que de soupes, de panades et de lait ; la dysphagie était réelle, mais la douleur modérée. L'isthme du gosier était couvert d'ulcérations souillées de sanie purulente et

de détritits alimentaires ; les ulcères recouvrent les deux piliers, le voile du palais, la voûte palatine ; leur fond est grisâtre, inégal, assez profond ; les bords irréguliers, déchiquetés, sont rouges, bourgeonnants ; les ulcérations sont beaucoup plus nombreuses et profondes sur les piliers droits et la moitié droite du palais ; au niveau de l'insertion du voile du palais à la voûte palatine, il existe à droite un orifice arrondi qui, au premier abord, fait croire à une perforation du voile, mais le stylet est arrêté par l'os palatin, qui ne semble pas dénudé.

Deux ulcérations arrondies, de coloration grisâtre, existent à droite et à gauche sur les parties latérales de la langue. En même temps le malade présentait une paralysie du nerf maxillaire inférieure, qui semblait sous la dépendance des lésions graves de la gorge. Pendant la nuit, l'oppression augmenta, les bronches s'engouèrent et le malade succomba dès le matin, deux jours après être entré dans notre service.

L'examen histologique a donné la preuve qu'il ne s'agissait pas seulement d'ulcérations banales survenant au cours d'une affection cachectique ; d'ailleurs, à l'époque où l'ulcère s'est montré l'état général était satisfaisant et la tuberculisation pulmonaire était assez peu avancée pour ne pas attirer d'une façon sérieuse l'attention du malade.

OBSERVATION VIII (Guibout).

Ulcération de la langue chez un tuberculeux syphilitique.

Aggravation par le traitement spécifique

(Thèse de Périer, p. 70).

H..., 40 ans, entre le 20 avril 1883 à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde dans l'adolescence et accidents paludéens en Afrique pendant le service militaire.

Vers 1869, chancre probablement de nature syphilitique avec érosion à la face inférieure des bourses et au pourtour de l'anus.

Toux depuis six mois environ. Assez maigre. Pas d'hémoptysies. Salivation abondante depuis l'apparition des ulcérations. Sensibilité laryngienne. Submatité au sommet droit, matité plus accentuée à gauche. Sibilances disséminées dans la poitrine.

Sur la face inférieure et les bords de la langue quatre ulcérations, à bords assez réguliers, à fond grisâtre assez anfractueux.

Sur la face supérieure près le bord droit une ulcération dont les bords, renversés, boursoufflés, décollés, circonscrivent une cavité pouvant contenir un pointillé, et qui renferme des détritrus gris-jaunâtres, d'apparence bourbillonneuse.

Dans le voisinage, le tissu a une certaine dureté, mais ne présente aucun point jaune sous-muqueux.

Après quelques jours de traitement spécifique *inefficace* et qui amène plutôt un peu de glossite et de stomatite, et après constatation de l'aggravation manifestée au bout de trois semaines de traitement par l'iodure de potassium, le malade sort.

Il revient deux mois après et présente une vingtaine d'ulcérations, tant les progrès du mal avaient été considérables.

L'ulcération primitive n'a plus la même apparence, les bords sont affaissés et déchiquetés et se continuent avec un fond rougeâtre granuleux.

Les signes de tuberculose pulmonaire se sont accentués ; craquements humides au sommet gauche, expectoration muco-purulente ; enrrouement de la voix qui est voilée, dysphagie absolue pour tout aliment liquide. La nature tuberculeuse des ulcérations n'est plus douteuse un seul instant ; mais l'on voit que l'épreuve du traitement spécifique a porté un réel préjudice au malade, en précipitant l'évolution des lésions, grâce à l'irritation inflammatoire que le mercure et l'iodure de potassium ont fait naître.

OBSERVATION IX (Barth).

Tuberculose parenchymateuse de la langue prise pour des gommes syphilitiques.

(Soc. méd. des Hôpitaux, 25 novembre 1887).

Le malade que je vous présente est atteint de tuberculose parenchymateuse de la langue ; c'est un homme d'une trentaine d'années, qui est entré dans mon service pour une tuberculose pulmonaire ayant atteint le deuxième degré. Peu de temps après son admission à l'hôpital, je constatai, dans l'épaisseur de la langue, la présence d'un certain nombre de nodosités douloureuses.

Ce malade n'avait jamais eu la syphilis et de fait il ne présentait aucun stigmate de cette maladie. Je le fis voir à un de mes collègues de l'hôpital, notamment à M. Danlos, qui conclut à des gommes syphilitiques. Un traitement spécifique fut institué, mais sans amener d'autre résultat que *l'aggravation des douleurs*.

Je montrai ensuite ce malade à M. Berger, au point de vue de l'opportunité à une intervention chirurgicale. M. Berger

se prononce pour une tuberculose parenchymateuse de la langue. Je suis assez disposé pour ma part à accepter ce diagnostic. J'ai fait pratiquer la recherche des bacilles dans les crachats et dans les produits de râclage de la langue. Ceux-ci ne contiennent aucune bacille, mais les crachats en renferment un grand nombre,

Il existe actuellement deux nodosités exulcérées près du bord gauche de la langue avec production de matière caséuse ; une autre nodosité paraît en avant, à la partie inférieure on trouve en outre plusieurs groupes de granulations sus-épithéliales, les uns à l'état scléreux, les autres en voie de régression. Dans l'épaisseur même de l'organe on sent plusieurs petites tuméfactions en voie de développement.

OBSERVATION X (de Leloir)

Lupus de la langue diagnostiquée par la biopsie

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents scrofuleux et un lupus du nez. Le lupus a envahi presque tout le nez, la lèvre supérieure.

Un petit tubercule lupeux sur la lèvre inférieure.

Pas de lésions pulmonaires appréciables.

Adénopathie sous-maxillaire.

La langue présente l'aspect des *glossites lépreuses lobulées* ; la face dorsale est parsemée de tubercules, du volume d'une tête d'épingle à un pois, de coloration blafarde, à contours irréguliers ; quelques-uns présentent une légère érosion à la surface. Pas de douleurs. Mouvements de la langue conservés.

Mêmes lésions à la voûte palatine, au voile ; la luette a presque disparu. Lésions au larynx ; épiglotte bordée de nodules blanchâtres ; tubercules sur les cordes vocales.

Pour élucider le diagnostic de cette lésion rare, Leloir excisa quelques tubercules de la langue et constata au microscope les lésions caractéristiques du lupus.

Des examens bactériologiques y révélèrent la présence du bacille tuberculeux. Enfin, par des inoculations, Leloir a pu déterminer la tuberculose chez des cobayes et des lapins.

Le traitement (galvano-cautérisateur, raclage, pansements iodoformés, etc.), amena la guérison assez rapide du lupus de la face, mais le lupus de la langue fut plus rebelle et demanda trois ans pour une guérison complète.

Auparavant, pour ne laisser prise à aucune erreur, le traitement syphilitique avait été administré sans résultat.

(Congrès de Paris, 1889).

OBSERVATION II (de Bender et Daniel)

(Société anatomique, janvier 1904)

Epithélioma primitif de la vulve confondu avec un chancre mou

Henriette..., âgée de 37 ans, entre le 22 juillet 1903 dans le service de M. Faure à Cochin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, règles toujours régulières, durée de deux à trois jours, moyennement abondantes ; une seule grossesse il y a trois mois. En août 1902, après l'arrêt de ses dernières règles, la malade remarque l'existence d'une petite masse légèrement saillante au niveau de la petite lèvre gau-

che. Petite tumeur douloureuse, mais comme elle n'était que peu gênante, la malade ne se décida à consulter que quatre ou cinq mois après. On lui fit une cautérisation au nitrate d'argent qui ne détermina aucune amélioration. Huit mois après le début des accidents, la malade alla consulter un autre médecin qui lui fit des attouchements à la teinture d'iode pendant deux mois environ.

L'accouchement eut lieu le 15 mai 1903, sans aucun incident, les suites de couches ont été normales. A partir de cette époque les lésions se sont progressivement étendues et deux mois plus tard la malade entra à Saint-Louis. On fit dans le service où elle fut soignée le *diagnostic de chancre mou* parce qu'on avait trouvé à l'examen bactériologique un très grand nombre de bacilles de Ducret : pulvérisations phéniquées. Aucune amélioration.

La malade entre dans le service de gynécologie à Cochin.

Examen. — En écartant les cuisses de la malade on aperçoit au niveau de la vulve, une large surface ulcérée de forme irrégulière. Cette ulcération occupe la presque totalité de la petite lèvre gauche, la moitié supérieure de la petite lèvre droite, le clitoris et le capuchon clitoridien, le vestibule. Les grandes lèvres et les régions voisines, ainsi que l'entrée du vagin, ne présentent aucun caractère anormal. La coloration des lésions est d'un rouge jaunâtre tranchant nettement sur les tissus sains.

Au niveau de la région clitoridienne et de la petite lèvre gauche, on voit se détacher sur le fond rouge, de petits points jaunâtres, grisâtres, toute la zone ulcérée est limitée par une sorte de bourrelet saillant de deux millimètres environ sur les parties avoisinantes.

La consistance des tissus ulcérés est comparable à celle du carton mouillée. Quant à la profondeur des lésions elle varie selon les points considérés. Au niveau du clitoris et à la partie moyenne de la petite lèvre gauche, les lésions sont beaucoup plus profondes, le capuchon clitoridien est transformé en une masse végétante qui masque complètement le clitoris. La région malade n'est pas saignante au toucher ; elle ne donne naissance qu'à une sécrétion très peu abondante, il est absolument impossible de reconnaître le méat au milieu des bourgeons ulcérés qui encombrent la région clitoridienne. L'entrée du vagin est absolument normale, les parois vaginales vues au spéculum sont saines, il en est de même du col de l'utérus. En présence de ces symptômes, nous avons pensé qu'il s'agissait, non pas d'un chancre mou, mais d'un *épithélioma de la vulve*.

Pour confirmer ce diagnostic nous avons pratiqué au niveau de la région ulcérée une biopsie qui nous a donné des résultats tout à fait nets, le fragment fut prélevé au niveau de la limite de l'ulcération, en empiétant légèrement sur la partie saine : Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. L'examen nous permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

On reconnaissait très nettement, au niveau de la partie restée saine, l'épithélium qui présentait des caractères normaux. A mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, on voit les bourgeons interpapillaires s'allonger et s'hypertrophier. Enfin au niveau de la région ulcérée, on se trouve en plein tissu néoplasique. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé. On retrouve par place un petit nombre de globes épidermiques.

L'opération fut pratiquée quelques jours après par M. J.-L. Faure. La tumeur fut enlevée aussi largement que possible, et la guérison suivit rapidement.

OBSERVATION XII

Ulcération tuberculeuse de la vulve prise pour un chancre mou chez une fillette de onze mois

(Audry et Combéleran).

Noémie B..., âgée de un an, a été nourrie au sein, un peu irrégulièrement mais sans accidents. Vers le milieu de décembre 1905, la mère s'aperçut par hasard que l'enfant, alors âgée de onze mois, présentait une tuméfaction dans le pli inguinal droit. Cette tuméfaction rougit et s'ouvrit spontanément pour laisser sortir du pus. C'est le 10 janvier seulement que la mère, encore par hasard, constata sur la fillette l'existence d'une ulcération de la vulve. L'interrogatoire le plus minutieux ne permit pas de découvrir un mécanisme d'inoculation quelconque.

A l'entrée de l'enfant, on constate un état général satisfaisant. Dans le pli inguinal gauche, deux gros ganglions indolents et non ramollis. Dans le pli inguinal droit, tuméfaction volumineuse et diffuse, présentant à son sommet une ouverture circulaire à bords un peu violacés et déchiquetés. Cette ouverture conduit dans une cavité anfractueuse contenant du pus et des débris blanchâtres qui sont évidemment des masses ganglionnaires en voie d'élimination.

Sur la vulve, on découvre une ulcération qui en occupe la moitié droite ; elle s'arrête au bord de l'orifice hyménéal et du méat urétral et ne paraît pénétrer ni dans l'un ni dans

l'autre. Elle occupe une grande partie de la face interne de la petite lèvre, le reste en est tuméfié et d'un rouge violacé.

L'ulcération est souple, superficielle, bourgeonnante, irrégulière, recouverte d'un exsudat jaune ; les bords n'en sont pas creusés.

Les bords de la petite lèvre qui avoisinent la plaie ne sont pas ulcérés eux-mêmes ; ils sont semés de petites granulations d'un blanc jaune, extrêmement fines, encore recouvertes d'épiderme. Il est difficile de savoir si la lésion est douloureuse ; le fait est que l'enfant crie beaucoup si on l'examine ; mais la mère n'avait pas remarqué qu'elle parût souffrir quand on la lavait.

Rien aux poumons ni à l'anus. Appareil digestif normal.

On songe d'abord à un chancre mou, mais l'inoculation reste négative.

On en vient alors à l'*hypothèse* d'une ulcération tuberculeuse ; on excise un petit bourgeon qui, fixé, inclus et coupé, apparaît fourmillant de cellules géantes et de nodules tuberculeux.

On examine alors la mère avec soin. Rien dans ses organes génitaux ; elle se plaint seulement de maigrir et de tousser depuis quelque temps : on constate au sommet gauche des signes certains de ramollissement (matité, craquements). On lui donne un crachoir et l'on s'aperçoit qu'elle crache. Ses crachats sont une purée de bacilles.

Elle n'avait jamais songé à consulter un médecin.

Anesthésie, évidemment et nettoyage de la plaie inguinale. Excision de la petite lèvre infiltrée ; cautérisation et raclage de la plaie vulvaire.

Pour la mère, repos, etc.

Suites opératoires simples.

L'examen microscopique du fragment de la petite lèvre, montre que cette dernière était complètement infiltrée d'innombrables follicules tuberculeux, à tous degrés de développement.

Le père ne paraît pas être tuberculeux.

(Soc. de dermat. et syph., 1^{er} février 1906).

OBSERVATION XIII (de M. Piqué).

Endométrite diagnostiquée de cancer

M^{me} X..., 55 ans, a cessé d'être réglée il y a cinq ans. Depuis quelques mois elle a maigri, a complètement perdu l'appétit ; ses traits sont tirés, elle a pris une teinte jaunâtre. En même temps ont apparu des douleurs abdominales, un écoulement incessant d'un liquide épais, horriblement fétide, au point de rendre son voisinage absolument intolérable à la femme de chambre qui est auprès d'elle.

La malade est examinée par M. le Dr Piqué avec M. le Dr Josias. Le diagnostic *de cancer* de l'utérus est porté, malgré que la matrice soit petite, mobile et le col sans lésions.

Néanmoins, avant de pratiquer l'hystérectomie acceptée par la famille, on veut avoir la confirmation histologique.

La malade est transportée à la maison de santé.

Le col est dilaté à la laminaire. Au moment où l'on enlève la tige, un flot de pus sort de la matrice, entraînant des fragments de la muqueuse. L'un de ceux-ci est examiné et, comme le résultat de l'investigation est loin d'être probant, on se contente de faire un curettage minutieux. Guérison complète au bout d'un mois.

La malade a été revue deux ans après, son appétit est revenu, son teint s'est modifié, et elle n'a plus aucune douleur dans le ventre.

OBSERVATION XIV (de M. Piqué).

Endométrite prise pour cancer

M^{me} X..., de Rennes, 54 ans. La ménopause remonte à cinq ou six ans.

Elle exhale une odeur fétide due à un écoulement incessant dont elle souffre depuis quelques mois. Comme elle ne présente aucun symptôme de cachexie, M. Piqué, pensant avoir affaire à un corps fibreux sphacélé, la fait entrer à l'hôpital.

A l'examen, l'utérus est volumineux, mais vide; le col est entr'ouvert et fongueux. L'examen d'un fragment de muqueuse enlevé à la curette demeure absolument négatif au point de vue cancer. Un traitement local est entrepris (injections modificatrices, pansement à la glycérine créosotée). La malade est fortement améliorée, mais quitte l'hôpital avant sa complète guérison.

A été depuis perdue de vue.

OBSERVATION XV (de M. Maurange)

Endométrite prise pour cancer.

M^{me} L..., 65 ans, réglée à 14 ans, mariée à 20, n'a jamais eu de grossesse, n'a jamais fait de maladie. La ménopause s'est passée dans ses conditions à peu près normales, il y a quatorze ans.

Depuis trois mois environ, est apparu un écoulement muco-purulent, souvent mêlé de sang, et très fétide ; elle souffre peu, mais a maigri, a perdu des forces, et son teint présente une teinte jaunâtre caractéristique.

A l'examen, on trouve le vagin très inflammé, un utérus mobile et peut-être augmenté de volume, un col aminci et de consistance presque normale. La cavité interne, agrandie, mesure 7 centimètres et demi. Le passage de l'hystéromètre est très douloureux. Il s'écoule par le museau de tanche un pus sanieux, rosé, horriblement fétide.

Après dilatation, on détache à la cuvette une portion de muqueuse qui est examinée histologiquement au point de vue du cancer possible. Le résultat négatif permet d'entreprendre la désinfection de la cavité, qui est obtenue par un curettage soigneux suivi de tamponnement aseptique de l'endomètre à la gaze iodoformée.

La guérison est complète au bout de trois semaines.

D'après ce qu'on vient de voir, la symptomatologie n'est pas bien différente de celle du cancer. On conçoit combien il est difficile de faire le diagnostic de cette affection d'après les seules données cliniques. Pour peu que le col soit déformé, qu'une ou plusieurs cicatrices de déchirures anciennes donnent au toucher une consistance irrégulière, que la muqueuse infiltrée se laisse entamer et saigne, si enfin l'augmentation du volume de la matrice est évidente, on ne peut pas ne pas penser au cancer, et surtout au cancer du corps de l'utérus. La considération de l'état général ne contribuera

pas à lever les doutes, puisque les malades présentent l'aspect classique des cancéreux. Peut-être l'absence d'hémorragies, le peu d'importance des lésions locales permettront-ils quelques hésitations? Mais, il n'y a qu'un moyen qui puisse mettre à l'abri d'une erreur dont les conséquences peuvent être redoutables, c'est l'examen histologique. D'où le précepte de faire précéder toute décision thérapeutique d'un curettage explorateur, destiné à fournir les matériaux nécessaires à l'investigation microscopique.

OBSERVATION XVI

Cas de cancer latent du corps de l'utérus.

(Merklen et Jacomet, *Soc. anat.*, 1898, p. 180).

Une dame âgée de 58 ans, entre au mois de janvier 1898 à l'hôpital Dubois, dans le service de M. le Dr Ricard.

Elle avait été opérée un an auparavant d'un polype utérin dont l'extirpation s'était faite facilement. Mais les pertes, qui avaient motivé cette première intervention, ne cédèrent pas comme on aurait été en droit de le supposer.

Leur continuité, entrecoupée de périodes de recrudescence, ne tarda pas à inquiéter la malade qui comprenait que sa guérison n'était pas absolue, malgré son bon état général.

En l'examinant on ne trouva aucun symptôme physique capable d'expliquer les métrorragies.

L'utérus était petit, indolore, et dans ces conditions les antécédents permettaient de supposer que l'écoulement relevait sans doute de quelques végétations polypiformes qui

avaient échappé à la première intervention, ou qui s'étaient reproduites consécutivement. Un curettage s'imposait par conséquent.

La dilatation préalable ne permit toutefois l'introduction des lamineaires dans la cavité utérine que sur une étendue de 3 centimètres en moyenne. Plus loin on avait une sensation anormale, et l'on éprouvait une certaine résistance à faire pénétrer la laminaire.

Avant le curettage, l'utérus fut une dernière fois dilaté par le dilatateur à deux branches poussé jusqu'au fond. Bien que ce temps opératoire ait été exécuté sans imprudence aucune et sans vigueur exagérée, on fut surpris de voir l'hystéromètre ne pas être arrêté au niveau de la partie supérieure de l'utérus. Une perforation était indiscutable, et seul un néoplasme pouvait avoir donné chez cette malade une telle fragilité aux parois utérines.

On s'empessa de bourrer l'utérus avec une mèche aseptique ; mais auparavant il expulsa une petite masse grosse comme une noisette qui fut soumise à l'examen de M. Ménétrier. Celui-ci reconnut se trouver en présence de traînées épithéliales, au milieu d'un tissu sphacélé.

Cependant un léger suintement sanguin continuait à représenter sous les troubles de ce cancer. Ce suintement et l'examen histologique suffisaient à légitimer l'ablation de l'utérus, la mobilité de ce dernier, outre qu'elle montrait qu'on avait affaire à une tumeur limitée sans généralisation.

OBSERVATION XVII

(Brose. *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1896).

Femme de 53 ans. Petites hémorragies répétées sans autres symptômes. Le cathétérisme montre que la face interne de l'utérus est lisse ; curettage.

Examen microscopique : Adéno-carcinome. Hystérectomie : dans la corne gauche on trouve un petit nodule que l'histologie prouve être de l'adéno-carcinome.

OBSERVATION XVIII

(Lanwers. *Centralblatt f. Gyn.*, 1898, n° 18).

31 ans. Quatre enfants.

Cinq mois auparavant, avortement depuis.

Depuis, hémorragies persistantes : curettage.

Examen microscopique : cancer.

Hystérectomie : Un carcinome du volume d'un œuf de pigeon au fond de l'utérus.

OBSERVATION XIX

(J. Wiener. *Am. J. of. Obstetr.*, 1899, vol. 40, p. 792).

Vierge, 50 ans.

Ménopause il y a deux ans.

Depuis les six derniers mois, hémorragies irrégulières, peu abondantes ; ni leucorrhée, ni douleurs ; bonne santé générale.

Utérus long de 3 pouces $1\frac{1}{2}$, mobile ; orifice fermé.

Curettage : Adéno-carcinome et endométrite.

Examen de la pièce après hystérectomie. Ulcération carcinomateuse sur la paroi droite près du fond

OBSERVATION XX

(*Ibid.*).

Multipare, 50 ans.

Ménopause à 46 ans.

Petits écoulements sanguins par intervalles depuis un an; pas de douleurs, bonne santé.

Utérus 2 pouces 1/2, paraît mou.

Curettage : Adéno-carcinome.

Hystérectomie: Petite tumeur au fond de l'utérus: carcinome.

OBSERVATION XXI

(*Ibid.*).

Multipare, 39 ans.

Ménorragie et métrorragies; dans l'intervalle, petit écoulement non irritant.

Utérus un peu augmenté de volume, saigne facilement après cathétérisme.

Curettage : Endométrite interstitielle et un peu de cancer alvéolaire.

Hystérectomie: Une petite production circonscrite dans la corne gauche.

OBSERVATION XXII

(*Ibid.*).

Multipare, 50 ans.

Ménopause il y a quatre ou cinq ans.

Depuis les trois ou quatre derniers mois, elle « voit » un peu ; pas d'écoulement aqueux, pas de douleurs.

Sur la lèvre postérieure du col est une ulcération, large comme une dime ; utérus long, 3 pouces, mou.

La curette ramène une substance encéphaloïde et perfore l'utérus.

Examen histologique : Adéno-carcinome.

Hystérectomie : Tumeur remplissant la moitié supérieure de la cavité utérine.

Adéno-carcinome : l'ulcération du col est bénigne.

OBSERVATION XXIII

(Dudley, *Am. J. of Obstetr.*, 1900, vol. 41, p. 381.)

56 ans.

Il y a un an, elle commença à perdre un peu ; actuellement saignement continu.

Col sain, corps un peu volumineux.

Curettage. Ramène tissus mous, granuleux.

Examen microscopique : Adéno-carcinome typique du corps.

Hystérectomie : A côté des productions d'adéno-carcinome, l'utérus présente un fibrome interstitiel.

OBSERVATION XXIV

(*Handfield. Jones. British med. J.*, 19 janvier 1901)

55 ans, quatre enfants.

Depuis quelques années, règles irrégulières et abondantes ; écoulement épais, puis aqueux, souvent coloré par le sang.

Douleur dans la région sacrée, bon état général.

Col atrophié, orifice ouvert, bords irréguliers. Corps très volumineux, mobile, un peu sensible à la pression sus-pubienne.

Dilatation aux bougies d'Hégar.

Toucher intra-utérin ; productions dures, irrégulières sur la paroi postérieure.

Curettage : Carcicome cylindrique.

Hystérectomie vaginale ; large cancer ulcéré sur la paroi postérieure.

OBSERVATION XXV

(*Ibid.*)

55 ans. Trois enfants. Menstruation régulière et douloureuse. Ménopause à 50 ans.

Depuis sept ans, la malade éprouve dans la région sacrée, une douleur qui a augmenté dernièrement et irradie vers les cuisses ; depuis quinze mois, petites métrorragies persistantes, peu abondantes, mais prolongées, garde le lit depuis sept mois, col normal. Corps gros comme une orange, mobile.

Curettage ; examen histologique : cancer.

Hystérectomie commencée par le vagin, terminée par l'abdomen à cause du volume de l'utérus ; adhérences de l'épiploon et de l'intestin grêle près de la corne droite. Guérison.

Pièce : Cavité utérine remplie par un volumineux cancer cylindrique.

OBSERVATION XXVI

(*Ibid.*)

58 ans. Ménopause six ou sept ans auparavant.

Depuis deux ans : douleurs pelviennes partagées petits, écoulements teintés, le tout très peu sérieux ; excellent état général.

Le corps utérin, en rétroversion, est un peu augmenté de volume, parfaitement mobile : on fait le diagnostic d'endométrite simple.

La malade revient trois ans après ; depuis quelques mois elle souffre davantage, ses pertes ont augmenté, son état général est un peu altéré.

Le col ouvert permet l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice interne, le corps a le volume d'une orange, il est mobile.

Dilatation, toucher intra-utérine : on trouve une grosse masse fixée par une large base au fond de l'utérus.

Examen histologique : Tumeur maligne.

Hystérectomie vaginale : Carcinome glandulaire du fond et de la paroi postérieure.

Infiltration profonde de la paroi musculaire, en un point le revêtement péritonéal est déprimé en dedans.

Guérison maintenue depuis 3 ans 1/2.

OBSERVATION XXVII

(Martin, de Rouen. *Normandie médicale*, 1897, p. 461).

39 ans, quatre accouchements normaux, bien réglée jusqu'en 1895. A la suite d'une aménorrhée qui dure trois mois, pertes ininterrompues d'avril à juin 1896.

Après les trois mois de pertes, nouvelle période d'aménorrhée pendant deux mois. A partir de septembre 1896, suintement sanguin continu, un peu fétide.

Jamais de douleurs, ni abdominales, ni lombaires, pas d'amaigrissement.

Utérus un peu augmenté de volume, mou, en rétroversion, col normal. L'hystéromètre donne 7 centimètres : la cavité utérine paraît un peu irrégulière.

Curettage explorateur : examen microscopique (D^r Nicolle) ; épithélioma.

Hystérectomie vaginale : muqueuse dégénérée ; tissu musculaire profondément infiltré.

Petit fibrome interstitiel sur le fond de l'utérus.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XXVIII

(Schwartz. *Soc. obst. et gyn.*, 10 janvier 1889).

Métrite prise pour cancer

Femme de 40 ans, adressée avec le diagnostic : *Epithélioma de l'utérus*.

Teint jaune cireux, marche difficile, faiblesse très grande. Trois grossesses ; la dernière remonte à quatre ans. Depuis dix-huit mois, à plusieurs reprises, hémorragies abondantes : l'une d'elles a duré vingt-cinq jours. Douleurs dans le bas-ventre. Au toucher : col gros, dur, irrégulier, mobile, refoulé en haut et en arrière ; antéflexion.

La profondeur de la cavité utérine est de 9 centimètres. Au spéculum, on voit une surface irrégulière et bosselée avec exculcérations. L'aspect de ce col est absolument celui d'un cancer interstitiel non encore ulcéré.

Je me contentai de faire l'amputation cunéiforme au thermo-cautère, penchant pour la nature bénigne de l'affection.

Examen histologique de la portion enlevée : Tissus fibreux, presque plus de fibres musculaires.

Guérison complète.

Ces observations démontrent pleinement la valeur du curettage, dans presque tous les cas qu'elles concernent, rien ne permettait de diagnostiquer le cancer.

Gessner (1) rapporte qu'une fois, après hystérectomie, pièce en mains, on ne découvrit pas la lésion, alors qu'après l'examen histologique des produits de curettage il avait affirmé « adénocarcinome ». Il s'astreignit alors à débiter en coupes sérieées l'utérus tout entier, et finit par reconnaître, sur la paroi postérieure, près de l'orifice interne, une petite zone de six millimètres où existait l'adénocarcinome.

1. Soc. obst. de Berlin, novembre 1890.

OBSERVATION XXIX

(MM. Fournier et Darier. Soc. de dermat., mai 1893).

Epithéliome bénin syphiloïde de la verge.

Le malade que nous vous présentons est venu réclamer nos soins pour une lésion du prépuce et du gland d'aspect assez insolite. A vrai dire, c'est même une de ces lésions qu'on ne saurait, à première vue, classer dans un groupe nosologique déterminé et pour le diagnostic desquelles *le microscope est très utile*. Un examen attentif nous avait cependant permis, de par les caractères cliniques et en *procédant par élimination*, de formuler une hypothèse plausible dont l'examen biopsique a fourni la confirmation.

Le nommé J. R..., âgé de 65 ans, employé de commerce, est entré à l'hôpital, salle Saint-Louis, n° 1, le 25 avril 1893.

La lésion qu'il présente consiste en une plaque rouge arrondie, qui occupe, sur la région dorsale de la verge, la face interne du prépuce, la rainure glando-préputiale et la couronne du gland dans l'étendue d'une pièce de 10 centimes.

Elle n'est pas exactement médiane et empiète sur le côté droit un peu plus que sur le côté gauche. Elle est très nettement limitée ; les bords sont légèrement onduleux ; sur le gland la lésion s'avance par un promontoire qui a les dimensions d'une demi-lentille.

Cette plaque est à peine saillante ; sa surface dépasse tout au plus le niveau des tissus sains d'un à deux millimètres au niveau du gland, de moins d'un millimètre au niveau du prépuce. Sa surface est d'un rouge uniforme, d'une teinte tantôt carminée, tantôt écarlate ; elle a, surtout quand on l'examine

à la loupe, un *aspect velouté* très particulier ; elle est humide, *brillante*, comme la surface d'une muqueuse.

Il n'y a ni ulcération, ni excroissance ou végétation bien marquée. Dans la rainure glando-préputiale se voient deux ou trois plis verticaux, indices d'une tendance à l'accolement des surfaces qui sont en contact lorsque le prépuce est ramené en avant.

Quand on saisit entre les doigts cette plaque rouge, on constate à son niveau un peu d'épaississement du tégument, mais pas d'induration véritable, ni d'empâtement.

La mobilité normale du prépuce est d'ailleurs conservée et le malade peut « recouvrir » sans grande difficulté et avec peu de douleur.

Il n'y a actuellement, et il n'y a jamais eu ni douleur spontanée, ni picotements, ni élancements.

Notons encore l'absence *de tout retentissement ganglionnaire*.

Cette lésion a apparue il y a maintenant quatre ans, peu de jours après que notre malade a eu rapport avec une femme qu'il déclare très suspecte. Il a remarqué d'abord une rougeur sur la partie supérieure du repli préputial, rougeur qui s'est étendue peu à peu et progressivement jusque sur le gland. Jamais elle n'a été ulcérée, ni suintante, ni croûteuse. Au dire du malade la rougeur aurait été à de certains moments plus étendue, notamment du côté du gland ; il s'agit probablement d'un érythème de voisinage surajouté.

D'ailleurs, cet homme, peu soigneux de sa personne, et dont la vue est fort mauvaise, ne s'est pas très bien observé. Il est toutefois certain que jamais il n'y a eu, malgré les nombreux traitements mis en œuvre, de guérison passagère.

En même temps qu'apparaissait cette plaque rouge, survenait un écoulement blennorrhagique.

Notre malade a contracté sa première chaudepisse à l'âge de 18 ans, et, quoiqu'il ait été marié pendant seize ans, il n'en a jamais été complètement guéri, dit-il ; de temps en temps il voyait reparaître un écoulement qui durait un temps variable. Il a eu un bubon suppuré à l'âge de 27 ans, une orchite blennorrhagique à droite ; et ultérieurement une hydrocèle double qui a été opérée. En revanche, il n'a pas eu la syphilis ; il nie tout antécédent de ce genre, et on ne trouve chez lui aucun stigmat d'un accident syphilitique quelconque. Il n'a jamais contracté de chancres simples.

Dans ses antécédents héréditaires, nous ne voyons rien qui mérite d'être relevé ; ses parents sont morts à l'âge de 67 et 97 ans. Lui-même a eu trois enfants qui sont morts entre l'âge de 6 et de 14 ans. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Depuis quelque temps il se plaint de douleurs vagues à la région précordiale, et d'essoufflement.

Il tousse et crache surtout en hiver, quelquefois il aurait craché un peu de sang. Il urine très souvent, huit à dix fois chaque nuit ; ses urines sont abondantes, claires et ne renferment ni sucre ni albumine, ni matières biliaires.

Il y a un peu d'œdème des pieds et des malléoles. On trouve l'explication de ces troubles dans l'examen du système artériel et du cœur.

Les artères sont dures et flexueuses, le pouls est très inégal et irrégulier, le cœur hypertrophié est absolument arythmique, quoiqu'on ne constate pas de souffle. Il y a évidem-

ment chez lui de l'athérome généralisé et probablement de la sclérose du myocarde.

Pas de lésions pulmonaires.

Discussion. — Quelle opinion pourrait-on faire de la nature de cette lésion en se basant sur ses caractères cliniques. De par son ancienneté seule on pouvait éliminer le diagnostic de chancre syphilitique érosif dont l'affection présente assez bien l'aspect à première vue.

Nous avons songé un instant à une diabétide, malgré la limitation nette de plaque, mais le malade n'est pas glycosurique.

Les syphilides tertiaires ne se présentent pas sous l'aspect d'une nappe rouge aussi uniforme ; elles sont ulcéreuses ou scléreuses, et ces deux caractères font ici défaut ; d'ailleurs, il n'y a aucun antécédent syphilitique.

On pouvait penser à un lupus, malgré l'absence des nodules caractéristiques, l'absence d'ulcérations et de croûtes ; mais il était plus vraisemblable qu'on se trouvait en présence d'une tumeur et probablement d'une tumeur épithéliale. L'ancienneté de la lésion, son indolence presque absolue, son caractère purement érosif, l'absence de tout engorgement ganglionnaire étaient les signes les plus apparents ; ils cadraient mal avec ceux qu'on assigne d'ordinaire au cancroïde, mais on sait que l'épithéliome affecte des modalités très variées dont quelques-unes ont justement cette chronicité et cette bénignité que nous constatons ici et opposent une résistance absolue à tout traitement. Nous avons donc posé le diagnostic d'épithéliome bénin, mais nous avons eu recours à la biopsie, qui s'imposait ici pour confirmer ou infirmer cette opinion.

Biopsie. — Le fragment qui a été excisé provient du bord

de la plaque du côté du prépuce : il comprend une portion de peau saine qui, sur les coupes, sert de point de comparaison avec la lésion (fixation et durcissement à l'alcool, coloration des coupes par divers réactifs).

La lésion essentielle consiste en une hypertrophie considérable de bourgeons interpapillaires, qui forment de grosses masses globuleuses, et nullement ramifiées ; les papilles sont corrélativement allongées dans des proportions énormes.

L'épaisseur de l'épiderme, mesurée depuis la surface, qui est lisse et à peine onduleuse, jusqu'à la partie profonde des bourgeons, est au moins trois fois celle de l'épiderme normal.

L'allongement des papilles est relativement encore plus marquée ; elles sont larges, cylindriques et leur sommet arrive jusque tout près de la surface externe de l'épiderme ; or, dans la région saine les papilles consistent seulement en élévures coniques dont la hauteur est huit ou dix fois moindre.

L'épiderme hypertrophié est en outre altéré dans sa structure ; au niveau des bourgeons il se compose de cellules qui n'ont pas entièrement perdu le type malpighien, mais qui sont plus petites que normalement, sont disposées sans ordre, et ont des filaments d'union très peu apparents.

Ces cellules ressemblent à celles du corps muqueux chez le fœtus. Un certain nombre d'entre elles présentent un noyau vacuolisé, indice d'un état irritatif.

Autre lésion importante, la couche granuleuse, qui dans le voisinage se compose de deux ou trois rangées de cellules munies d'éléidine, a disparu.

Près de la surface les cellules s'aplatissent mais conservent

leur noyau, comme sur les muqueuses dermo-papillaires. La kératinisation normale n'a donc plus lieu au niveau de la lésion. Le sommet des papilles n'est séparé de la surface externe que par deux ou trois rangées de cellules. Cette circonstance, ainsi que l'absence d'éléidine, explique la coloration rouge et l'aspect velouté de la lésion ; les papilles et les vaisseaux sanguins transparaissent en effet à travers un épiderme ainsi modifié.

Le tissu conjonctif des papilles et les couches superficielles du derme renferment des vaisseaux qui semblent dilatés ; il y a, de plus, une assez grande quantité de cellules rondes autour des vaisseaux et disséminées dans le corps papillaire. Il n'y a ni glandes ni follicules pileux dans cette région des téguments.

En résumé, on a affaire à une hyperplasie de l'épiderme, à un véritable néoplasme épithélial, lequel repose, circonstance accessoire, sur une base inflammatoire.

M. Fournier. — Cette lésion est ordinairement mal connue ; je la rencontre assez souvent sur les malades de la ville parce qu'elle est prise pour une lésion syphilitique ; elle a, en effet, un aspect syphiloïde remarquable : elle se caractérise par sa couleur rouge sombre, sa surface veloutée, elle manque de corps, à peine y a-t-il une petite base parcheminée, elle évolue longtemps, sans engorgement ganglionnaire ; je l'appellerai volontiers épithélioma syphiloïde de la verge.

OBSERVATION XXX

*Ulcération du voile du palais non diagnostiquée
cliniquement*

(Soc. berlinoise de dermatologie. Séance du 14 juin 1892)

M. Saalfeld présente un malade qui depuis un an a un ulcère sur le voile du palais du côté gauche, lequel a été cautérisé au début. Plus tard on a prescrit de l'iodure de potassium et, pour atténuer les douleurs, de la cocaïne. Un traitement antisypilitique n'a pas donné de résultat. Depuis six semaines, on fait quatre fois chaque jour des badigeonnages avec une solution concentrée de bleu de méthyle qui aurait amené du soulagement. Pas de bacilles tuberculeux dans la sécrétion. L'engorgement ganglionnaire n'est pas aussi caractérisé que d'habitude, ce qui *éloigne la pensée d'un carcinome*, bien que du côté gauche du cou il y ait un ganglion un peu induré.

M. Lewin pense qu'il s'agit *d'un ulcère tuberculeux*.

L'absence de bacilles lui paraît être indifférente.

Il a observé un cas dans lequel Koch lui-même n'avait pas trouvé de bacilles ; toutefois on reconnût plus tard qu'il s'agissait de tuberculose. Il en est de même dans le lupus, où on peut examiner beaucoup de points sans trouver de bacilles tuberculeux.

M. Rosenthal. — A première vue le diagnostic de *tuberculose* n'est pas douteux, mais il se rappelle un cas semblable, dans lequel il s'agissait de carcinome. Il concernait un homme de 40 ans, qui avait une affection des gencives du maxillaire inférieur du côté gauche avec ulcération superfi-

cielle. La solution de bleu de méthyle fut employée avec le plus grand succès. L'ulcère avait une grande tendance à se rétracter, les particules décomposées des tissus tombèrent, la plaie se détergea, dans l'espace de huit jours l'aspect avait changé et avait une grande analogie avec le cas actuel. Mais la guérison n'était qu'apparente, le processus continua de progresser et eut son issue habituelle.

M. Saalfeld demande si, à ce moment, les ganglions étaient engorgés.

M. Rosenthal a vu le malade à différents intervalles.

Lorsqu'il le vit pour la première fois, le diagnostic différentiel était douteux entre la syphilis et le carcinome. Il existait alors sur le maxillaire inférieur droit un engorgement ganglionnaire léger, mais distinct. Dès la première fois l'orateur rejeta nettement la syphilis. L'affection existait alors depuis trois mois. Lorsqu'il revit ce malade cinq semaines plus tard, le voile du palais était envahi. Contre le diagnostic de tuberculose dans le cas de Saalfeld, il faut aussi faire intervenir l'âge du malade.

M. Saalfeld (1) remarque que l'affection existe depuis un an et que par conséquent le diagnostic d'une tumeur maligne n'est pas en question.

M. Lassar croit avoir vu de petites granulations tuberculeuses au palais.

Ceci viendrait à l'appui du diagnostic de Saalfeld.

1. D'après une communication ultérieure de Saalfeld, l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait incontestablement d'un *carcinome*.

OBSERVATION XXXI

*Ulcère tuberculeux de la région pilaire du cou au-dessous
du menton, pris pour lésion syphilitique*

Soc. de médecine de Berlin. Séance du 15 mars 1893 (1)

M. Kôbner. — Le malade atteint de cette affection a été, il y a plus de sept ans, traité pour une ulcération des cordes vocales qui guérit dans l'espace de huit mois.

Au bout de quatorze ans il lui est survenu, il y a environ deux ans, dans la barbe de la région sous-mentonnière, une petite plaie qui se recouvrit rapidement de croûtes. Sous l'influence d'un traitement indifférent et de la rasure pratiquée une fois chaque semaine la plaie s'étendit et comme il avait en même temps la voix rauque il se rendit à la clinique laryngologique.

Depuis huit mois le malade évitait de se faire raser en raison de la douleur. Puis pensant qu'il s'agissait d'une ulcération syphilitique, on prescrivit, dans une clinique dermatologique, une cure intensive d'iodure de potassium et ensuite des frictions hydrargyriques ; sous cette influence l'ulcère décrit ci-dessus, recouvert de granulations petites, molles, irrégulièrement distribuées, les bords étaient assez aplatis, déchiquetés et non décollés.

Sur un fragment excisé on constata la structure typique des tubercules avec cellules géantes et de nombreux bacilles tuberculeux. Dans le larynx, périchondrite de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, ulcération et tuméfaction des

1. D'après le *Deutsche mediz. Wochenschrift*.

ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs. Sous l'action d'un traitement approprié, l'ulcère s'est détergé et a pris l'aspect d'un ulcère en voie de granulation, mais ulcérations serpiginieuses en quelques points des bords par suite de tubercules en dégénérescence caséuse. La tuberculose pharyngienne est en voie de progression. Les ganglions voisins sont tuméfiés, durs et indolores.

M. Baginsky croit que chez ce malade la tuberculose de la peau était la lésion primaire. Dans les affections tuberculeuses du larynx, le traitement dit chirurgical, le râclage de l'ulcération, a été chez ce malade plutôt nuisible.

M. B. Fraenkel n'est pas disposé à admettre que le traitement mercuriel soit la cause de la cachexie survenue chez ce malade. Dans plusieurs cas où la syphilis coïncidait avec la tuberculose, il n'a jamais vu la cure de frictions avoir une action nocive quand elle est faite avec prudence.

M. Kobner. — Selon lui, toute tuberculose caractérisée est une contre-indication à la cure de frictions, il a démontré au Congrès international de Berlin l'influence fâcheuse de ce traitement dans le carcinome du palais pris par erreur pour de la syphilis. Avant d'intervenir par une thérapie aussi énergique il faudrait établir le diagnostic dans cette affection d'une manière décisive, à l'aide *de l'examen microscopique*.

OBSERVATION XXXII

*Tuberculose du gland prise pour un chancre induré. —
Mort après dix jours de traitement mercuriel intensif.*

(Clauss, in thèse de Fribourg, B., en 1889,
inspirée par Kraske).

G... Schmidt, 33 ans, de Burg, entre le 23 janvier, mort

le 19 mars 1884. Déjà il y a deux ans, le malade avait eu des douleurs en urinant, qui avaient duré encore longtemps après.

Depuis six mois, le malade s'est aperçu qu'il s'est formé un ulcère au niveau du méat urinaire malgré que depuis de longs mois il ne se soit exposé à aucune cause d'infection ; depuis, cet ulcère s'est étendu de plus en plus.

Depuis deux ans le malade urinait plus fréquemment et depuis six mois cet état a empiré, à tel point que le malade urine par gouttes pendant quinze à trente minutes ; pendant le jour également le malade souffre de cette infirmité.

A l'entrée du malade on trouvait à l'orifice externe de l'urèthre un ulcère qui en occupait tout le contour et s'étendait loin dans l'urèthre largement ouvert. Le frein du prépuce et les régions avoisinantes du méat présentent une infiltration dure.

Le diagnostic était *chancre induré* de l'urèthre et de l'orifice externe.

L'ulcère fut traité par l'iodoforme, ensuite aux attouchements par le nitrate d'argent, et comme l'ulcère ne présentait pas la moindre tendance à la régression, le malade fut soumis aux *injections mercurielles*.

Une semaine après ces injections, l'état du malade s'aggravait, il perd ses forces, amaigrissement, dyspnée, le dixième jour après les injections de mercure le malade est pris d'une *stomatite mercurielle* et le onzième jour il meurt dans le collapsus ; son urine *contenait de l'albumine* pendant les derniers jours de sa vie.

L'autopsie fut faite par le professeur Schottelius. On trouve au pénis un ulcère, occupant tout le méat urinaire, à

fond jaune et lardacé et à bords irrégulièrement dentelés, qui en dehors dépasse le gland de 1/2 centimètre et s'étend à l'intérieur jusque dans la fosse naviculaire. Les ganglions inguinaux sont à peine sensibles et mous. Les poumons ne présentaient qu'un peu de congestion à la base.

Quand on faisait l'examen du pénis et du restant de l'appareil génito-urinaire, on trouvait d'abord, derrière le méat urinaire, une vaste caverne, dont les parois avaient une épaisseur de 3 à 5 millimètres et s'étendaient jusqu'au loin dans les tissus caverneux.

Cela nous donnait la clef du diagnostic, car cette caverne présentait un aspect si nettement tuberculeux, que nous devions laisser tomber le diagnostic de chancre induré que nous avions fait en nous basant sur l'ulcère induré, au niveau du gland, car en poursuivant notre recherche nous trouvions que l'urèthre présentait sur tout son parcours des lésions tuberculeuses, de même que la vessie, les uretères et les reins offraient des destructions importantes.

OBSERVATION XXXIII

Epithélioma de la lèvre supérieure chez un jeune.

(Soc. des sc. médicales de Lyon, décembre 1890).

M. Tripier présente un jeune homme de 18 ans, atteint d'une lésion de la lèvre supérieure ayant l'aspect d'un cancroïde. L'examen histologique d'un fragment de la tumeur ne contredit pas l'idée d'épithélioma, mais ne présente aussi rien de caractéristique; en présence de cette affection insolite par son siège, sa forme et l'âge du malade, on donne de

l'iodure de potassium. Cette médication ne produit aucun résultat ; de nouvelles incisions de la tumeur permettent de faire un second examen histologique : cette nouvelle préparation est en faveur du cancer, car à côté d'un fragment de peau saine non enflammée, il existe des globes cornés situés profondément.

OBSERVATION XXXIV

Carcinome du pénis chez des sujets jeunes.

M. Ihle, en février 1888, vit chez un homme de 27 ans, un ulcère du pénis, ayant les caractères d'un ulcère cancéreux plat. Ce malade avait eu six semaines auparavant un chancre et suivi plusieurs cures antisypilitiques. Après vingt injections de sublimé qui n'amenèrent aucune modification, on constata par la biopsie qu'il s'agissait bien d'un cancer épithélial. Le malade refusant l'amputation, on fit l'excision de l'ulcère et plus tard on enleva les glandes inguinales du côté gauche qui étaient très tuméfiées. Les plaies guérirent, mais au commencement de 1890 des masses chéloïdiformes en voie de prolifération apparurent au niveau des cicatrices des ganglions de la région inguinale ; l'état général s'aggrava ; œdème de la cuisse. Actuellement l'état du malade ne laisse pas d'espoir.

Dans le second cas, Ihle pratiqua chez un homme de 26 ans l'amputation de la moitié du pénis pour un ulcère carcinomateux. Dans ce cas, il n'y eut pas de récurrence (Réunion des médecins allemands à Brême, septembre 1890).

OBSERVATION XXXV

Néoplasie labiale de nature indéterminée.

(M. Haury. Soc. de dermat. et syph., 18 avril 1898).

Malade âgée de 27 ans, qui porte sur la partie médiane de la lèvre inférieure, une plaque néoplasique de la grandeur d'une pièce de 20 centimes à fond exulcéreux, légèrement surélevé et comme finement papillomateux. Cette plaque est recouverte d'un enduit jaunâtre pseudo-membraneux s'enlevant très facilement. La pression sur la périphérie dénote l'absence d'induration et provoque facilement la sortie du sang. Cette lésion a commencé par la face gingivale de la lèvre. Elle avait au début l'aspect d'un aphte, sans aréole rouge.

Progressivement, depuis le mois de décembre 1897, date du début, elle s'est étendue sans provoquer jamais aucune douleur. Pas d'adénopathie. La syphilis ne semble pas en cause. Il n'y a jamais eu, en effet, aucun accident spécifique. Etat général très bon.

M. Du Castel. — J'ai observé deux ou trois cas d'épithélioma de la lèvre à début chancriforme. La néoplasie commence par un petit point qui évolue lentement.

M. Balzer. — Je me souviens aussi d'avoir diagnostiqué chancre syphilitique, une lésion épithéliomateuse de la lèvre. L'analogie était parfaite.

M. Barthélémy. — Je ne sais ce qu'il en est exactement pour les épithéliomas de la peau; et il serait à rechercher à quel plus bas-âge ils ont été observés. Mais pour d'autres affections similaires, l'âge n'est pas une objection absolue. Je

viens d'observer un épithélioma du col utérin, dans sa forme la plus maligne, à l'âge de 28 ans, et un cancer de l'estomac à l'âge de 26 ans, un autre à l'âge de 38 ans. Inutile de rappeler le cancer des reins de l'enfance, et les cancers de la peau d'origine familiale.

M. Besnier. — La difficulté est ici très grande; sans le secours de l'histologie, il est difficile de déterminer la nature de la lésion que présente cette malade.

Biopsie faite par MM. Gastou et Haury.

Elle a porté sur les bords de la néoplasie.

Cette néoplasie était située sur la partie médiane de la lèvre inférieure, ses dimensions étaient celles d'une pièce de 20 centimes, elle formait une saillie de cinq à six millimètres, à fond ulcéreux et finement papillomateux, recouvert presque en totalité par un enduit pseudo-membraneux s'enlevant facilement et saignant à la pression.

En l'absence d'accidents syphilitiques ou de tuberculose, le diagnostic était resté en suspens.

Histologiquement, la lésion est constituée ainsi : Il existe un véritable clivage dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, lequel est, aussi bien à la surface que plus profondément jusqu'à la membrane nasale, infiltré surtout de lymphocytes et de quelques leucocytes mous et polynucléaires.

Par places dans les couches épidermiques moyennes et dans la couche de Malpighi, quelques cellules ont subi la transformation vacuolaire.

L'épiderme n'est pas épaissi, mais envoie dans les papilles hypertrophiées des prolongements comme filamenteux.

Ces prolongements délimitent un véritable réticulum. Les

travées de ce réticulum sont épaissies. Dans la couche papillaire elles sont écartées par des cavités lymphatiques de formes variées, cavités très nombreuses, cotoyées par des vaisseaux sanguins, dans la lumière desquels sont des leucocytes.

Dans les mailles du réticulum, aussi bien dans les papilles que dans la zone sous-papillaire, existent, formant l'ensemble de la néoplasie, des cellules ovalaires à protoplasma tuméfié et à gros noyaux.

Cette variété de cellules, qui se rattache à la variété lymphocytes, s'en distingue cependant par une abondance plus considérable de protoplasma.

Il semble qu'il y ait prolifération de tous les éléments constitutifs du tissu lymphatique : réticulum, cavités, cellules lymphatiques (lymphocytes).

Prolifération ayant été provoquée vraisemblablement par l'irritation traumatique répétée d'une érosion de nature herpétique, laquelle a fini par déterminer la production d'une véritable lymphangiectasie circonscrite œdémateuse, se manifestant cliniquement sous la forme d'un papillome muqueux bénin, que la simple incision due à la biopsie a fait disparaître en huit jours, ainsi que disparaît l'œdème sous l'influence des mouchetures.

M. Barthélémy. — Le malade présenté par M. Gastou était en effet porteur à la lèvre d'une lésion impossible à diagnostiquer objectivement.

On pouvait penser à un chancre syphilitique ; on pouvait penser aussi à un épithélioma ; en tout cas, ils'agissait d'une lésion rouge, lisse, unique, saillante, indolente, dure à la base, etc. De telle manière que si la lésion avait existé à la

verge, qu'elle eût été excisée, et qu'elle eût guéri sans être suivie de symptômes secondaires, l'opérateur eût pu de très bonne foi croire avoir obtenu l'évadication de la syphilis; or, il eût eu tort.

OBSERVATION XXXVI

(M. A. H. Pilliet. Société anatomique, 1897).

Leucoplasie linguale et épithélioma.

M. Pilliet rapporte l'observation d'un sujet de 58 ans, ancien syphilitique, portant sur le bord droit de la langue, près de la pointe, une série de petites saillies papillaires à sommet arrondi occupant un espace de 3 millimètres.

Ces saillies ont succédé à des petites plaques cornées et qui sont tombées spontanément; depuis vingt ans également ce malade avait des poussées de psoriasis aux coudes et aux genoux. La base de ce papillome n'est pas indurée, est fissurée et donne quelquefois du sang, le reste de la langue est couvert de plaques minces transparentes comme du verre dépoli.

L'excision puis l'examen histologique montrent qu'il s'agit d'un épithélioma au début à point de départ papillaire.

OBSERVATION XXXVII

(M. Alf. Fournier).

(Soc. de dermat. Séance du 8 décembre 1898).

Glossite syphilo-épithéliomateuse

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade âgée de 53 ans, affectée d'une glossopathie sur la nature de laquelle des diagnostics divers ont été produits.

Cette femme, qui a contracté la syphilis il y a trente ans, présentait, il y a deux mois, une langue énorme, monstrueuse, véritablement éléphantiasique. Cette langue, extrêmement dure, procidente, formait hors de la bouche une volumineuse tumeur qui pendait jusqu'au-dessous du menton. On put seulement, au bout d'une quinzaine de jours, lorsque l'examen de la bouche fut possible, constater qu'une énorme caverne se prolongeant à perte de vue, gangréneuse d'aspect, avait détruit environ la moitié de la portion linguale encore incluse dans la bouche.

En avant, on pouvait constater quelques petites ulcérations jaunâtres et gommeuses d'aspect.

Cette lésion, d'une odeur repoussante, entraînait des troubles fonctionnels considérables du côté de la parole, de la mastication, de la déglutition, voire de la respiration.

Peu de douleurs ; pas ou peu de douleurs d'oreilles. Salivation surabondante.

Songeant qu'il s'agissait là d'une lésion gommeuse, j'ai institué un traitement énergique : iodure de potassium à doses élevées ; injections de calomel hebdomadaires, sans parler d'un traitement local approprié.

Sous cette influence il s'est produit une amélioration énorme, et je puis aujourd'hui vous présenter cette malade complètement métamorphosée. La langue est certainement diminuée des deux tiers ; elle est rentrée dans la bouche, cicatrisée en grande partie, et ses fonctions sont en partie restaurées.

De tout cela que faut-il donc conclure ?

S'agit-il là d'une gomme ou d'un épithéliome ?

En faveur de la syphilis se présentent trois arguments :

1° Antécédents de syphilis ; 2° absence absolue de tout saignement au contact, à la pression, au pinceau ; 3° enfin, énorme amélioration que vous pouvez constater.

Mais, contre la syphilis et en faveur de l'épithélioma on doit enregistrer les signes suivants :

1° Si cette malade va mieux, nous n'assistons pas ici à ce mieux-être, à cette résection qui s'observe dans les affections syphilitiques alors qu'elles guérissent. Cette malade reste pâle, amaigrie, défaillante ; elle ne se remet pas, et sa langue, si rapidement modifiée au début, semble depuis quelque temps rester stationnaire dans un *statu quo* qui est loin d'être une guérison.

Cet état général mauvais est-il le résultat d'une infection ? C'est ce que je ne saurais dire ;

2° La langue reste immobile, comme clouée sur le plancher de la bouche ; et c'est là un bien mauvais signe quant au pronostic ;

3° Il existe des ganglions ; tout le plancher de la bouche est sous-tendu par des masses ganglionnaires cohérentes, en nappe ;

4° Enfin, le résultat histologique serait confirmatif du diagnostic d'épithéliome.

Les préparations qui ont été faites par mon chef de laboratoire, le Dr Gastou, et que je viens de soumettre encore à l'instant à la compétence si grande du Dr Darier, ne semblent laisser aucun doute sur la nature épithéliomateuse de cette lésion.

En considération de ces données diverses, je crois pouvoir formuler ici le diagnostic de glossite mixte, syphilo-épithéliomateuse ; car, je le répète à dessein, je ne puis croire

à la syphilis seule en raison des résultats histologiques que je viens de citer, et je ne puis croire non plus à un épithéliome seul, car jamais on n'a vu avec l'épithéliome d'amélioration semblable.

Seul, le diagnostic de glossite mixte me semble acceptable, c'est celui que j'adopte, me réservant d'entretenir la Société de l'évolution ultérieure de ce cas si curieux à tous égards.

M. Gastou. — Voici un autre malade atteint d'épithéliome typique confirmé par la biopsie et qu'il est intéressant d'examiner après le malade de M. Fournier.

M. Darier. — J'ai constaté sur les coupes que m'a montrées M. Gastou provenant du malade de M. Fournier des lésions d'épithéliome parfaitement caractérisées.

Les injections de calomel ont-elles quelque utilité dans le carcinome? J'ai déjà, lors d'une occasion précédente, exprimé l'avis que ces injections peuvent réduire le volume apparent d'une tumeur épithéliale en agissant sur les éléments non épithéliaux de sa base.

M. Renault. — Je pense comme M. Darier que le calomel peut agir favorablement sur l'épithéliome.

M. Leredde. — Contrairement à l'opinion généralement admise, je pense qu'il ne faut pas faire le traitement mercuriel chez les individus qui ont une lésion de la langue, d'un diagnostic douteux, même à titre de traitement d'épreuve.

Il existe des épithéliomes bénins de la langue comme il en existe sur la peau, mais on ne les reconnaît pas à leur début, et on perd du temps. Par la biopsie, le diagnostic peut être tranché en trois jours, la tumeur peut être enlevée le quatrième.

J'ai fait assez de biopsies de la langue pour pouvoir affirmer qu'elles n'offrent aucun danger et j'aimerais mieux me soumettre à une biopsie qu'à quatre injections de calomel.

Si même le calomel peut améliorer l'épithéliome, c'est là un danger, du moment qu'il ne peut le guérir, et que le médecin et le malade se font ainsi des illusions sur la nature réelle du mal.

Au contraire, dans les épithéliomes inopérables, le calomel peut être indiqué.

M. Jullien. — Le traitement par l'iodure a des inconvénients évidents dans le traitement des carcinomes. Quant aux piqûres de calomel elles n'en ont, je crois, aucun.

M. Darier. — Il me paraît, en effet, qu'il faut distinguer entre le traitement ioduré et le traitement mercuriel. Dans une ulcération de nature douteuse l'iodure doit être proscrit, le traitement mercuriel ordinaire a l'inconvénient de faire perdre du temps ; quant aux espèces du calomel, elles n'ont aucun inconvénient.

Mais c'est par la biopsie que se fait un diagnostic rapide et précis.

M. Hallopeau. — L'usage local du sublimé sous forme de pastilles peut donner une amélioration dans certains cas, comme je l'observe maintenant.

M. Fournier. — Je veux bien, avec la plupart des membres de la Société, qu'il s'agisse chez mon malade d'un cancer, mais l'observation n'en est que plus intéressante. L'amélioration par le calomel est fréquente au début du traitement de l'épithéliome, mais jamais je ne l'ai observée aussi nette, aussi considérable.

OBSERVATION XXXVIII

Cancer de la langue chez un syphilitique

(Soc. Berlinaire de dermatologie. Séance du 4 mai 1897).

M. Heller présente un malade de 44 ans, qui a eu dans les années précédentes, outre une blennorrhagie, un ulcère douloureux d'après sa nature.

En 1890, il a été soumis par le Dr Behrend à une cure de frictions à cause d'un exanthème. Depuis cette époque le malade remarqua sur le bord gauche de la langue une plaie très douloureuse qui s'est ensuite aggravée et forme actuellement un ulcère de mauvais aspect et à bords saillants semblables à une tumeur. Le malade est en outre alcoolique et grand fumeur. Le cas est intéressant en raison de la lenteur du développement de la lésion linguale et de l'insuccès thérapeutique du mercure et de l'iode.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un *cancroïde de la langue*. L'orateur conseillera l'opération, bien que d'après les statistiques les malades ne vivent pas en moyenne au delà de dix-neuf mois.

OBSERVATION XXXIX

(Lallemand, citée par M. Fournier).

Un malade s'est présenté à lui, atteint d'une tumeur linguale, et tous les médecins qui l'avaient examiné avait admis l'existence d'une affection cancéreuse; on résolut d'abord d'amputer la langue, mais l'opération parut si difficile qu'on

n'osa pas l'entreprendre ; en désespoir de cause, pour avoir l'air de faire quelque chose, on administra un traitement anti-syphilitique. Le malade guérit dans l'espace d'un mois.

OBSERVATION XL

(Blaschko, 1890) (1).

Homme de 36 ans. Début d'un lupus à l'âge de 4 ans à la joue gauche.

Extension à tout le côté gauche de la face et du cou.

Il y a un an, traitement par l'acide pyrogallique, guérison presque complète. Sur la joue gauche, il s'est développé une ulcération qui a fini par guérir ; mais bientôt récidive.

Depuis quelques semaines cet ulcère a beaucoup augmenté d'étendue, il atteint presque les dimensions de la paume de la main : bords saillants, mais au centre destruction assez profonde.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithéliome. Pronostic relativement favorable ; pas de ganglions, aucun signe de cachexie. Opération.

OBSERVATION XLI

Actynomycose de la langue.

(Meunier, de Tours, *Bulletin médical*, 17 juillet 1895).

Employé du chemin de fer, habitant Tours depuis vingt-deux ans. Il se trouvait dans un état grave, ayant depuis quinze jours du trismus et de la salivation qui rendaient toute alimentation impossible. La maladie avait débuté par une

1. *Union médicale*, 1890, n° 61.

tuméfaction de la mâchoire qui avait été prise pour un abcès dentaire et incisée à trois reprises sans donner de pus. Le diagnostic fut fait par le microscope et le malade guérit rapidement par le traitement ioduré.

OBSERVATION XLII

(Dezwarte. Thèse 1892).

L... Rose, 54 ans.

Mari atteint d'un cancer de l'estomac.

La maladie a commencé vers l'âge de 30 ans par un bouton situé au milieu de la lèvre supérieure, sous la cloison du nez.

Actuellement on constate un lupus superficiel de toute la face à tubercules espacés, mais surtout abondants sur les bords.

Sur la joue gauche, la malade présente une tumeur de la grandeur d'une pièce de 5 francs, non adhérente aux parties profondes, ulcérée au centre : par moments, douleurs lancinantes.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés gros comme des noisettes : antérieurs à l'épithéliome, ils seraient plutôt tuberculeux que cancéreux. Ablation en octobre 1890.

L'examen histologique du lupus du côté droit montre les lésions du lupus vulgaire érythématoïde.

« Depuis cette époque il n'y a pas eu de récurrence au niveau
« de la joue, mais il faut noter que, quelques mois après, en
« examinant au point de vue histologique un lambeau de la
« joue droite chez cette malade, dans le but de guérir son
« lupus érythématoïde, j'ai été très surpris de trouver dans
« quelques-unes de mes coupes en série une sorte de caver-

« nule épithéliomateuse microscopique. Jusqu'ici (1892),
« aucune trace d'épithéliome ne s'est développée au niveau
« de la joue droite (1). Il était impossible cliniquement de
« soupçonner le moindre épithéliome (2).

OBSERVATION XLIII

MM. Montgomery et Shermann.

(*Journal of cutaneous diseases*, déc. 1900).

Syphilis et épithélioma de la langue.

Homme de 37 ans, ayant eu à plusieurs reprises des ulcérations de la langue, guéries sans traitement ou avec un traitement simple ; présente une large ulcération, ovale, sur le dos de la langue, à droite de la ligne médiane, à la partie moyenne dans le sens de la longueur ; cette lésion a deux centimètres et demi de long sur un et demi de large ; elle est sanieuse, purulente, à fond blanc, mou, à bords rouges indurés. De vives douleurs spontanées se propagent dans l'oreille, un gros ganglion sous-maxillaire est très net. L'origine syphilitique de cette ulcération était évidente et s'imposait par la localisation sur le dos de la langue, par les diverses ulcérations antérieurement guéries, par l'absence d'induration, de saignement, etc.

Le traitement mercuriel produit une réelle amélioration ; mais une biopsie démontra qu'une zone était nettement épithéliomateuse.

Le restant de la lésion fut traité par l'exérèse chirurgicale.

1. Leloir. *Scrofulo-tuberculose*, p. 203.

2. Leloir, *loc. cit.*, p. 254.

OBSERVATION XLIV (de M. G. Caussade)

Leucoplasie linguale, syphilis linguale simulant un cancer de la langue. Biopsie démontrant la nature inflammatoire de la partie réséquée en plein tissu soupçonné cancéreux. Guérison par le traitement mercuriel intensif.

Le nommé B..., tapissier, âgé de 45 ans, vient nous consulter à l'hôpital Broussais en 1901 (décembre) pour une leucoplasie buccale et lingale siégeant sur les commissures labiales, sur les joues et sur la langue. Un dermatologiste des hôpitaux consulté trouve de la glossite syphilitique superficielle ; un état leucoplasique de la langue sur laquelle il trouve trois élevures papillaires éversées et érosives qui lui font poser le diagnostic clinique d'épithélioma papillaire débutant ; il propose cependant un traitement mercuriel et il conseille de faire une biopsie d'une des élevures.

Un an se passe pendant lequel le malade suit le traitement spécifique de biodure. Ce traitement fut fait intensif malgré l'indication du dermatologiste qui recommandait de se servir du mercure d'une manière modérée. En effet, la biopsie faite par M. Chaput, et examinée par nous, ne montra que des lésions banales d'un nodule inflammatoire avec des polynucléaires en grande quantité.

Pendant un an le malade ne fut plus revu par nous.

Le 13 avril 1903 il fut revu par notre successeur qui trouva en plus des lésions existantes, un énorme ganglion, « dont la présence, dit-il, me paraît inquiétante. » Nous l'adressâmes de nouveau au premier consultant qui le 18 avril 1903 croit de nouveau à des points néoplasiques multiples de la langue et à un ganglion néoplasique ; il

conseille de cesser le traitement mercuriel et surtout le KI, et puisque la première biopsie n'avait rien donné, de refaire une autre.

Devant ce diagnostic inquiétant, le malade fut montré à un autre dermatologiste distingué en la matière, lequel aussi conclut à un cancer en présence de ces petits placards durs et disséminés, du léger suintement sanglant qui survenait à la pression et du ganglion sous-maxillaire.

J'ajoute cependant que le 18 avril 1903, date de ces dernières consultations, la cicatrice résultant de la biopsie pratiquée un an auparavant, était déprimée, scléreuse et linéaire. Il existait encore deux petites saillies jaunâtres mais dures. L'idée de tuberculose fut éliminée par l'absence de douleur, par l'absence des points de Trélat et surtout en présence d'hypertrophie ganglionnaire. Malgré le résultat négatif de la biopsie faite l'année précédente, le malade ne voulant plus se soumettre à un nouvel examen, l'opération radicale fut proposée.

La pusillanimité du malade, qui avait refusé la biopsie, l'empêcha aussi d'accepter l'intervention sanglante.

Il faut bien mettre en lumière les deux faits suivants qui semblaient donner raison aux divers consultants, à savoir :

1° Que le traitement mercuriel institué déjà à hautes doses n'avait amené aucun résultat appréciable ;

2° Que la syphilis était nettement niée. Effrayé par le diagnostic dont il se doutait et refusant tout traitement sanglant il nous pria d'instituer de nouveau le traitement mercuriel. Nous lui avons prescrit le biiodure d'hydrargyre à la dose de 0,01 par 1 cc. Pendant un an, avec de rares intervalles de repos, il prit le mercure, et à la date du 20 avril 1905 il

revint nous voir. La langue ne présentait plus qu'une cicatrice linéaire là où il existait huit mois auparavant une véritable végétation framboisée du côté où se trouvait un gros ganglion indolore, quant aux points multiples intradermiques, il n'en était plus question. Le ganglion hypertrophié était redevenu de volume normal. Le 31 janvier 1905 la guérison locale s'était maintenue mais la leucoplasie persistait et plus étendue qu'auparavant.

Tous les faits que nous venons de relater sont bien démonstratifs, et la biopsie pratiquée par nous, si elle ne plaiderait pas en faveur d'une gomme, permettait d'éliminer l'épithélioma.

En janvier 1906 nous avons revu le malade pour la dernière fois. Il nous a raconté qu'il avait eu des hémoptysies en février 1905, des accès fébriles, de l'amaigrissement était survenu depuis cette époque, et à l'auscultation il existait des signes manifestes de ramollissements des deux sommets.

OBSERVATION XLV

(Soc. méd. des Hôpitaux, 2 juillet 1906)

Cas de MM. Hudelo, Duval et Lœderich.

Blastomycose prise pour syphilis ou tuberculose

Femme de 35 ans, sans antécédent pathologique, souffre en octobre 1904 d'une douleur de la jambe gauche avec quelques mouvements fébriles ; il apparaît en même temps au niveau de la partie moyenne de la face interne de la jambe gauche une petite nodosité du volume d'un pois, dure et douloureuse à la pression, indépendante de la peau, paraissant au contraire faire corps avec le tibia. A l'hôpital Necker on

pense à une périostite syphilitique, le traitement mixte essayé ne donna aucun résultat. Bientôt apparaissent en différents points du corps des nodosités analogues et qui ne tardent pas à s'ulcérer : on en trouve à l'hypogastre, sur la joue gauche, au cuir chevelu, etc. Aucune ne provoque de réaction ganglionnaire.

Un des amas incisé donne issu à une sorte d'amas caséeux, très visqueux et mêlé d'un peu de sang. De la fièvre (39° à 39°) ne tarde pas à apparaître en même temps que les nodosités se multiplient et suppurent. La guérison est obtenue le 20 septembre 1905 après incision et nettoyage de tous les abcès formés.

A l'examen histologique d'une biopsie, plus d'un an après le début de l'affection qui avait été tour à tour considérée comme de nature syphilitique ou tuberculeuse, le diagnostic de blastomycose peut être porté : sur une coupe colorée au Gram on voit un grand nombre de corps arrondis ou ovalaires, teintés en violet foncé, qui sont autant de levures, et qui occupent toute l'épaisseur du derme et de l'hypoderme. Le tissu environnant présente une réaction conjonctive très marquée ; cellules géantes extrêmement abondantes qui absorbent les parasites et tissu fibreux. Le pus des abcès donna des cultures abondantes et pures d'emblée d'un champignon bourgeonnant ayant tous les attributs des levures.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic est la base de la médecine ; sans lui aucune indication précise du traitement ne peut être nettement formulée ;

2° La précision du diagnostic et l'opportunité du traitement sont les seuls garants du succès dans la pratique et pour en arriver là il faut s'adresser aux travaux de laboratoire parmi lesquels le plus indispensable, c'est la biopsie ;

3° La biopsie est une petite opération qui consiste à faire l'examen histologique sur le vivant d'une lésion éruptive, d'un fragment de tumeur ou d'une parcelle de muqueuse afin d'ajouter la notion d'anatomie pathologique de la maladie qu'on observe à celle de sa symptomatologie, lorsque le peu de netteté des signes objectifs et des signes rationnels laissent le diagnostic en suspens ;

4° Au début d'un processus inflammatoire ou néoplasique, alors que les symptômes objectifs manquent ou sont insuffisamment esquissés, la clinique livrée à elle-même, ne pouvant déterminer même d'une façon imparfaite le plus ou moins de malignité de la maladie, doit s'adresser au micros-

cope pour en préciser la nature ; c'est à lui de décider l'intervention, c'est à lui de donner une réponse immédiate et décisive, c'est lui à peu près le maître sur le terrain des diagnostics précoces, dans beaucoup d'affections des organes accessibles ;

5° Il ne faut jamais pratiquer une opération, ablation partielle ou totale pour ulcération ou tumeur de la langue, de l'utérus, du pénis ou d'autres régions accessibles sans avoir préalablement fait une biopsie et s'être assuré par l'examen anatomo-pathologique que le seul remède est le bistouri.

Vu : le Président de la thèse.

DIEULAFOY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Arch. f. Gynœk., 1901, Bd. 24.
- AUDRY. — Journ. des mal. art. et syp., 1904.
- Arch. méd. de Toulouse, 1896.
- Annales de dermatologie, 1894, p. 643.
- AUGAGNEUR. — Soc. chirurgic. de Lyon, 1898.
- BALDWIN. — Med. News, mars 1898.
- BALDY. — Amer. J. of Obst., vol. 44, p. 222.
- BALLENGHIEN. — J. des Sc. méd. de Lille, 1889, II, 85.
- BERNARD. — Thèse de Paris, 1895.
- BERTHA. — Wiener medic. Wochens., 1888.
- BINAUD. — Soc. d'obst. gyn. et péd. de Bordeaux, 1894.
- BLASCHKO. — Berlin. Klin. Wochens., 1890.
- BOUILLY. — Sem. méd., 1886, p. 474.
- BRIAUDE. — Thèse de Paris, 1895.
- CESTAN. — Arch. génér. de méd., 1897.
- CESTAN et PETIT. — Bull. soc. anat., 1897, p. 320.
- CHEVALET. — Arch. génér. de méd., 1889.
- CLAISSE. — Presse méd., mars 1897.
- CLAUDE. — Thèse de Paris, 1886.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- Journ. des conn. méd., 1889, p. 34.
- CORNIL et BRAULT. — Soc. anat., 1888, p. 57.
- COURTY. — Maladies des femmes.
- CULLEN (Baltimore). — Congrès intern. de Paris, 1900.
- DARIER. — Soc. de dermat., juin 1891.
- Ann. de dermat., 1895, p. 630.
- La pratique dermatologique.

- Presse méd., 1904.
- DESBONNETS. — Thèse de Paris, 1894.
- DOLÉRIS. — Diagnostic gynécologique.
- DU CASTEL. — Union méd., 1891.
- DUPLAY. — Progrès méd., 1876.
- DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1896-97.
- ESCHMARCH. — Centralblatt f. Chir., 1889.
- FEULARD. — Ann. de dermat., 1892.
- FINGER. — Vierteljahr. f. dermat. u. syph., 1885.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis tertiaire.
- Union méd., 1890, n^{os} 55-61.
- France méd., 1891, p. 785.
- FOURNIER et DARIER. — Soc. de dermat., 1893, mai.
- FRANKE. — Thèse de Berlin, 1898.
- GASTOU. — Presse méd., 1897, p. 395.
- GAUCHER. — Presse méd., 1904.
- GAYMAN. — Thèse de Paris, 1894.
- GEBHARD. — Path. anat. der Weibl. sexuelorgane. Leipzig.
1889, p. 579.
- GESSENER. — Zeit. f. Geb. u. Gyn. v. 34, p. 384.
- GOËLET. — Med. Record. New-York.
- HAURY. — Thèse de Paris, 1899.
- HEURTAUX. — Soc. anat. de Nantes, 1882, p. 101.
- HILLAIRE. — Soc. méd. des hôpit., juin 1875.
- HUGUIER. — Hystérométrie.
- HUSSON. — Thèse de Paris, 1899-1900.
- KAPOSI. — Wiener med. Wochenschr., 1877, n^o 50.
- KEOGH. — Ann. J. off. Obst., 1898.
- KIRCHHOFF. — Centralblatt f. Gynæk., 1894.
- KLASSON. — Ann. de gynéc., 1889, p. 105.
- LANG. — Wiener med. Presse, 1878, p. 225.

- Wiener med. Wochensch., 1879.
- Wiener med. Blätter, 1886, n° 41.
- LE DENTU. — Revue de Chir., 1896, p. 921.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- LEJARS. — Leçons de chirurgie, 1895, p. 578.
- LELOIR. — Anat. path. et la nature de la leucoplasie.
- LÉOPOLD. — Centralblatt f. Gynæk., 1878, n° 23.
- LESSER. — Ann. de dermat., 1898.
- LEWIN. — Berlin. Klin. Woch., 1884.
- MARFAN et TOUPET. — Ann. de dermat., 1890.
- MAURANGE. — Presse méd., 1895.
- Gaz. hebdom., 1895, p. 445.
- MENDEL. — Soc. de dermat., 1892.
- MICHAUD. — Soc. anat., 1887.
- MORESTIN. — In Traité de Le Dentu et Delbet.
- MOURE. — Revue de laryng., d'otol. et rhin., 1891, p. 373.
- MOUTIER. — Thèse de Paris, 1896.
- MUNDÉ. — Chicago med. Recorder.
- ORLOFFO. — St-Petersb. med. wochens., 1887.
- PAUTRIER. — Thèse de Paris, 1903.
- PETIT. — Nouv. Arch. de gynécol., 1889.
- Sem. gynécol., 1899, p. 185.
- Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol., 1889.
- PETTIT (A.). — Diagn. histol. des curet. utérins.
- PICHEVIN. — Gaz. méd., 1894, n° 553.
- Sem. gynécol., 1896, p. 301.
- Sem. gynécol., 1902.
- PICHEVIN et PETIT. — Ann. de gynécol., 1896, p. 458.
- Sem. gynécol., 1896.
- PIQUANTIN. — Thèse de Paris, 1905.

- PIQUÉ. — Congrès de chir., 1895.
- PONCET et BÉRARD. — Traité de l'actinomyose.
- POZZI. — Traité de gynécol., p. 1530.
- QUÉNU. — Mercredi méd., 1893, p. 561.
- BASCH. — Arch. f. dermat. u. syph., 1897, p. 17.
- RICHARD. — Thèse de Paris, 1896-1897.
- RICHTER. — Berl. Klin. Wochenschr., 1879, n° 2.
— Viertelj. f. dermat., 1888.
- ROBB. — Trans. of the Amer. Gyn. Soc., 1896, p. 442.
- RUGGE. — Berl. Klin. Wochenschr., 1879, p. 44.
- RUGGE u VEIT. — Zur pathol. der Vaginalportio. Stuttgart, 1878.
- SCHIFFERS. — Arch. Intern. de laryng., juin 1891.
- SCHROEDER. — Mal. des org. génit., p. 361.
- DE SINÉTY. — Traité de gynécol.
- SKANE. — New-York Journ. of. Gyn. a. Obst.
- TERILLON. — Bull. méd., nov. 1889.
- TESSON. — Thèse, 1901-1902.
- TILAMES. — Münchener. Woch., 1889.
— Centralblatt f. Bact., 1889, p. 576.
- TRAPENARD. — Thèse de Paris, 1905.
- TUFFIER. — Ann. des org. génito-urin., 1885.
- UNNA. — Histo-pathologie.
- VEIT. — Centralblatt f. Gynæk, 1878, n° 26.
- VIRELEY. — Thèse de Paris, 1896.
- VITRAC. — Arch. de méd. expér. et d'an. path., 1898.
- WIENER. — Amer. J. of. Obst., 1899, n° 40, p. 792.
- WIERENGA. — Thèse de Leyde, 1894.



