

## ARTICLE II

## TUBERCULOSE CUTANÉE

**Étiologie.** — Le bacille de Koch peut s'inoculer à la peau de diverses façons : 1° un sujet sain subit une lésion cutanée *accidentelle* qui s'infecte au contact de produits tuberculeux (tel le tubercule anatomique contracté en autopsiant un phthisique, ainsi qu'il advint dans le cas célèbre de LAENNEC) ou bien s'inocule le bacille au niveau d'une érosion *pathologique* de la peau, vésicule d'eczéma ou d'herpès; 2° un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, ou de tumeur blanche, ou d'adénite chronique, s'infecte par auto-inoculation (tels les ulcères de l'anus chez les phthisiques), et c'est alors la localisation cutanée d'une tuberculose plus ou moins généralisée; 3° enfin, un sujet, en puissances de bacilles, mais sans lésion antécédente, présente, comme localisation initiale (qui s'effectue probablement par la voie sanguine), une tuberculose cutanée primitive.

**Formes cliniques.** — La peau lutte bien contre le bacille qui ne s'y montre ordinairement qu'avec une médiocre abondance et une faible virulence. On observe les formes suivantes de la tuberculose cutanée : 1° le lupus érythémateux; 2° le lupus vulgaire; 3° la tuberculose verruqueuse; 4° l'ulcère tuberculeux; 5° les gommès scrofuleuses.

I. LUPUS ÉRYTHÉMATEUX. — Depuis CAZENAVE, presque tous les auteurs français ont fait du lupus érythémateux une affection tuberculeuse : à l'étranger, cette opinion, exclusivement fondée sur des raisons cliniques, est contestée; et cette contestation se base sur ce qu'on ne trouve ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes, ni bacilles dans le lupus érythémateux et sur ce que les inoculations expérimentales sont restées négatives. L'expérimentation n'a pas éclairci l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. Il est probable, comme le pense BROcq, que les toxines bacillaires agissent comme vaso-motrices; mais la preuve expérimentale n'en est pas fournie. — Dans son type

pur, le lupus érythémateux se caractérise par des taches rouges, ne disparaissant qu'en partie à la pression, entourées d'arborisations vasculaires. Ces placards lupiques offrent une saillie variable; mais l'infiltration n'est jamais aussi marquée que dans le lupus vulgaire. Tandis que la plaque, à contours circonscrits s'étend à la périphérie (érythème centrifuge de BIERT), le centre pâlit, se déprime, prend un aspect cicatriciel. Le siège d'élection est à la face : quand les deux joues sont envahies symétriquement et jointes par une bande rouge à cheval sur le dos du nez, la surface érythémateuse prend l'aspect d'une chauve-souris aux ailes déployées; d'où, l'ancien nom de *Vespertilio*. — Dans le type acnéique, les glandes sébacées participent au processus : les placards ont une surface grenue, recouverte par des squames rugueuses sèches, adhérentes, se prolongeant dans les orifices des glandes sébacées.

II. LUPUS VULGAIRE. — Le lupus vulgaire est caractérisé par de petits nodules, enchâssés dans le derme, faisant une saillie variable à la surface cutanée : dans le *lupus plan*, les tubercules sont si peu saillants qu'on peut les confondre avec le lupus érythémateux. C'est FRIEDLANDER qui a donné la première preuve histologique de l'identité du nodule lupique et du tubercule. Ce nodule lupique, de forme arrondie, du volume d'une tête d'épingle ou de grain de mil, est friable, d'un rouge brunâtre ou d'un gris jaunâtre. Il est constitué par un agrégat de tubercules, où se trouvent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes avec un réticulum et des vaisseaux; les bacilles s'y rencontrent mais sont rares, et il faut une série de préparations pour les déceler. Les nodules sont d'abord isolés; puis ils confluent et forment des plaques, irrégulièrement arrondies. Ces plaques ont une extension centrifuge lente : elles s'étendent par leur périphérie, où se voient des nodules isolés; le centre subit ordinairement une atrophie cicatricielle, et guérit par sclérose, sous la forme d'une surface blanche, fibreuse : cette cicatrice centrale est caractéristique et sert au diagnostic. Quand les tubercules aboutissent au ramollissement caséeux, l'épiderme s'altère, les nodules se vident, et il en résulte une ulcération, à fond bourgeonnant, baignée par un liquide séro-



purulent qui se concrète en croûtes plus ou moins épaisses : c'est le *lupus ulcéreux*.

III. TUBERCULOSE VERRUQUEUSE. — Cette forme, bien décrite par RIEHL et PALTAUF, mais déjà signalée par HARDY et VIDAL, se caractérise : par l'aspect papillomateux et verruqueux des placards; par la présence fréquente de pustules résultant de petits abcès miliaires, nés au sein de l'infiltration; par l'absence ordinaire d'ulcération. Elle résulte d'une inoculation directe de la peau par des produits tuberculeux; elle s'observe chez les bouchers, les médecins, les garçons d'amphithéâtre; une de ses variétés est le *tubercule anatomique* : la lésion progresse par développement excentrique, pendant que le centre se cicatrise.

IV. ULCÈRE TUBERCULEUX. — On a observé, chez des sujets sains, à la suite d'inoculations bacillaires directes un *ulcère tuberculeux primitif*. Le lupus vulgaire prend quelquefois la forme ulcéreuse : tel le lupus vorax, aux tubercules rapidement ramollis, dont les ulcérations rouges et fongueuses peuvent détruire peu à peu tout le nez, envahir la voûte palatine, les paupières. Au niveau des lèvres, de la muqueuse linguale, de la région anale, on peut observer, chez des tuberculeux, des ulcérations qui résultent de l'inoculation de produits bacillifères (crachats, matières intestinales), sur une érosion cutanée ou muqueuse. L'ulcère tuberculeux a un fond bourgeonnant, gris rougeâtre, sécrétant un liquide séro-purulent; ses bords sont souvent dentelés, polycycliques, en raison des ulcérations multiples dont la confluence produit la lésion totale; à la lisière, on rencontre parfois des orifices cratériformes tubercules miliaires vidés) ou des granulations miliaires d'un blanc jaunâtre. L'existence de ce pointillé jaunâtre autour de la perte de substance, l'aspect découpé et le décollement des bords, le défaut d'induration, distinguent l'ulcère tuberculeux du cancer ulcéré.

V. GOMMES SCROFULEUSES. — Tandis que le lupus est une infiltration tuberculeuse plate, extensive et évoluant vers la sclérose centrale, la gomme est un tuberculome plus ou moins circonscrit, siégeant soit dans le derme, soit dans le tissu cellulaire hypodermique, qui se caractérise par sa tendance vers le ramollissement caséux, c'est-à-dire vers la formation d'un abcès froid.

Les gommés dermiques débutent par de petites nodosités rouges plus palpables que visibles, torpides et indolores, qui se développent et s'étalent, parfois selon une ligne presque droite. Puis, elles se ramollissent et, par un ou plusieurs orifices, ouverts au niveau de décollements dermiques, donnent issue à un pus granuleux, séreux, susceptibles de se former en croûtes. Sous le processus ulcéreux, les ponts cutanés intermédiaires se détruisent : de là, des ulcères superficiels, irréguliers, à fond bourgeonnant et sanieux : Les gommés s'observent surtout dans la région sous-maxillaire, en avant des oreilles, au cou; l'évolution est lente, la cicatrisation retardante, la cicatrice souvent exubérante et violacée.

**Pronostic et traitement.** — Le pronostic est grave pour les formes ulcéreuses et progressives, pour le lupus vulgaire qui guérit difficilement et récidive souvent après une guérison apparente. — Le traitement interne est celui de toutes les tuberculoses : suralimentation; suraération; huile de morue; préparations iodées, surtout sous la forme de sirop iodo-tannique. — Le traitement interne comporte : 1° les *topiques caustiques* ou irritants surtout réservés au lupus érythémateux (savon noir, vaseline salicylée ou sublimée à un 1/100); les *scarifications linéaires*, bien réglées par VIDAL, consistant en hachures fines, sur la surface lupique, suivies de l'application d'un emplâtre de Vigo; 3° la *cautérisation ignée* avec le galvano-cautère; 4° le *raclage* à la curette de Volkmann surtout applicable aux formes ulcéreuses; 5° l'*excision*, réservée aux placards lupiques et aux ulcères circonscrits, aux tubercules verruqueux.

## ARTICLE III

## DES TUMEURS DE LA PEAU

## I. — CHÉLOÏDE

La chéloïde est une tumeur formée de tissu fibreux. C'est donc un fibrome cutané; et nous avons déjà étudié sous le nom de *molluscum pendulum* une autre variété de fibrome de



la peau, qui provient des couches superficielles du derme et tend à devenir pédiculé. — Il est deux variétés, différentes seulement en apparence : la *chéloïde fausse*, véritable hypertrophie de cicatrice, que l'on étudie dans la pathologie des cicatrices, et la *chéloïde vraie*, appelée en clinique *spontanée*, qui succède en réalité à une lésion cutanée passée souvent inaperçue.

**Étiologie et pathogénie.** — La chéloïde spontanée n'existe pas : on trouve toujours une plaie, une écorchure, un furoncle, une pustule d'ecthyma, d'acné, de vaccine, qui en explique la production, sous une influence probablement infectieuse. Elle est fréquente à la région présternale et à la nuque où l'acné se localise très souvent. BAZIN, le premier, a démontré l'existence de cette *acné chéloïdienne*. Elle peut être multiple et se développe surtout chez les femmes et les lymphatiques.

**Anatomie pathologique.** — La lésion consiste dans une prolifération de tissu fibreux, semblable à celui d'une cicatrice, mais plus vasculaire. La forme des papilles du derme n'est pas altérée ; les glandes et les follicules pileux sont comprimés, non détruits ; les tubes nerveux sont intacts.

**Symptômes.** — La chéloïde débute par une papule rougeâtre qui augmente peu à peu dans tous les sens. Sa forme est variable : elle pousse parfois des prolongements effilés, incurvés, qui font ressembler la tumeur à un crabe aux pattes étalées, d'où son nom. Plus ou moins saillante, sa surface est inégale, tomenteuse, déprimée par des brides, recouverte par un épiderme luisant, tendu, sur lequel persistent des poils atrophiés. La palpation montre que la consistance est ferme, élastique, et que la tumeur, limitée à la peau, est mobile sur les plans sous-jacents.

La chéloïde est indolente ; rarement elle est le siège de démangeaisons, de picotements qui peuvent s'accompagner de douleurs violentes chez les sujets nerveux, sous l'influence des variations atmosphériques, de la fatigue, des règles. Son accroissement terminé, elle reste stationnaire, ne se résorbe et ne s'ulcère que très rarement.

**Diagnostic.** — Le siège, les caractères, la marche de la lésion, éliminent d'emblée l'hypothèse d'une *tumeur épithéliale*

maligne. Les *fausses chéloïdes* diffèrent en ce qu'elles sont nées sur des cicatrices de brûlures, de fistules ganglionnaires, etc.

La sclérodémie, à laquelle on rattache maintenant la *chéloïde blanche*, est symétrique et s'accompagne de sécheresse et de rétraction de la peau.

**Traitement.** — L'ablation est suivie de récurrence par formation de nouvelles cicatrices. HARDY a recommandé l'emplâtre de Vigo, appliqué avec persévérance ; VIDAL, les scarifications ; BROCO, l'électrolyse ; BESNIER, les cautérisations galvanocautériques. On peut combiner ces divers moyens, mais il est indiqué, dans tous les cas, de traiter l'état général.

## II. — KYSTES SÉBACÉS ET LOUPES

Les *kystes sébacés*, appelés encore *loupes*, *tannes*, sont dus, selon l'opinion classique, à la distension d'une glande sébacée par les produits de sa sécrétion. — Depuis l'important travail de FRANCKE, en 1887, cette conception simpliste doit être modifiée : un certain nombre de loupes, *athéromes* des Allemands, se rattachent à l'évolution d'inclusions épidermiques, traumatiques ou congénitales.

**Étiologie et pathogénie.** — Les frottements répétés, les irritations continues, la malpropreté y prédisposent en favorisant l'oblitération du canal d'une glande ou de l'orifice d'un follicule pileux. Dès qu'une glande ne peut évacuer ses produits à l'extérieur, elle se distend et ses parois forment une poche à la matière sébacée sécrétée d'une façon continue par l'épithélium. — À côté de cette variété des *kystes par rétention et dilatation*, admise depuis BOERHAAVE, il faut admettre les *kystes par néoformation*, dont l'origine n'est point dans l'appareil pilo-sébacé. Ce sont là les *athéromes*, des Allemands, que caractérise l'absence du canal excréteur : PAGET fut le premier à rapprocher cette espèce des *kystes dermoïdes* ; HESCHL, WEBER et EBSTEIN établirent aussi qu'une partie des tumeurs kystiques dites *par rétention* sont dues à des *inclusions* ; LANNELONGUE et ACHARD distinguèrent les *kystes sébacés-dermoïdes fœtaux* par inclusion ; l'étude capitale de FRANCKE, basée sur l'analyse histologique de



dix-sept cas d'athéromes, établit que les vrais athéromes n'ont pas de canal excréteur, siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, sont très voisins des dermoïdes, et sont dus à l'enclavement de bourgeons épidermiques : *kystes épidermoïdes*.

**Anatomie pathologique.** — Il en résulte que si la glande elle-même, qui est logée dans le derme, se laisse distendre, le kyste sera intra-dermique; si la rétention se produit dans un follicule profond, logé en plein tissu cellulaire comme dans le cuir chevelu, le kyste sera sous-dermique.

La *poche*, peu épaisse, est formée par la paroi de la glande légèrement hypertrophiée, tapissée à son intérieur par un épi-

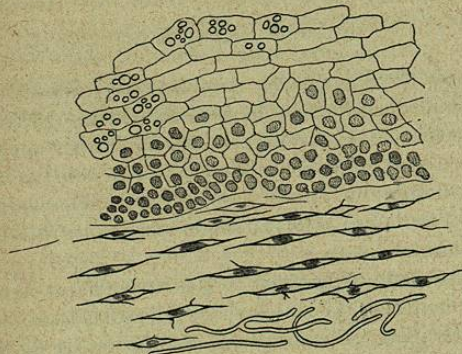


Fig. 92.

La paroi du kyste est formée de tissu conjonctif à cellules plasmatiques aplaties et à lames fondamentales parallèles où s'observent des fibres élastiques. — A la face interne, il existe un revêtement d'épithélium pavimenteux dont les cellules subissent une évolution analogue à celle observée dans les glandes sébacées : on voit, de la profondeur à la surface, des cellules épithéliales, des cellules cornées, des cellules sébacées (CORNIL et RANVIER).

thélium stratifié dont les couches centrales subissent au fur et à mesure la désintégration graisseuse; le *contenu*, formé de cellules épithéliales dégénérées, de débris granulo-graisseux, présente, suivant la prédominance de l'un de ces éléments, une consistance solide, demi-solide ou liquide, d'où les noms de *stéatome*, de *meliceris*, de *kyste huileux*, donnés par les anciens auteurs.

Dans les athéromes, kystes épidermoïdes par inclusions, FRANCKE, pour la première fois, signala la présence de cellules géantes. Ce point, non constant d'ailleurs, a été l'objet de travaux intéressants concernant la disparition partielle de l'épithélium sur la paroi interne des kystes et le mode de formation, à ce niveau, des cellules géantes. Selon l'hypothèse de FRANCKE, ces éléments multinucléés ont un rôle de résorption et proviennent soit de la multiplication d'un seul noyau dans une même cellule, soit de la fusion de plusieurs cellules voisines (cellules du revêtement épithélial, comme le pense GOLDMANN, ou cellules du tissu conjonctif, selon l'opinion de KÖNIG).

**Symptomatologie.** — Le siège de prédilection du kyste au cuir chevelu, à la face, au scrotum, aux épaules, a la valeur d'un symptôme. Il débute par une petite saillie plate qui, sur la nuque et le corps, demeure souvent intra-dermique, étalée en large lentille; au cuir chevelu, il se développe plutôt dans le tissu sous-cutané, devient plus mobile, et se présente sous la forme d'une tumeur hémisphérique, régulière, de volume variable, distendant la peau qui reste normale. A la partie culminante, on trouve parfois un point noir qui est l'orifice élargi du canal excréteur, rempli de cellules épidermiques pigmentées : en pressant sur ce centre, on arrive assez souvent à exprimer, sous forme d'un petit vermicelle blanchâtre, le contenu sébacé qui se moule en sortant par l'étroit orifice. Sa consistance est plus ou moins molle suivant la nature de son contenu.

L'indolence est complète et les signes fonctionnels nuls. Certaines complications peuvent toutefois en aggraver le *pronostic* qui est bénin : 1° la suppuration, qui persiste tant que toute la poche n'est pas éliminée; 2° la dégénérescence épithéliomateuse.

Le *milium* et le *comédon* ne sont que des variétés de kystes sébacés. Ce dernier, fréquent au visage, laisse sortir par pression latérale un petit cylindre, qui contient souvent le *demodex folliculorum*. Les loupes peuvent subir une dégénérescence épithéliomateuse.

**Diagnostic.** — La surface lobulée, grenue du lipome, la marche de la gomme syphilitique sont des caractères distinctifs suffisants. On doit penser au méningocèle et à l'encéphalocèle



lorsque la tumeur a pour siège le cuir chevelu. Enfin, les kystes qui ont des connexions profondes sont bien souvent dermoïdes.

**Traitement.** — L'ablation est le seul remède radical. Après pulvérisation au chlorure d'éthyle, on dissèque la poche dans sa totalité et sans l'ouvrir de façon à ne point laisser de cause de récidive : il est utile d'enlever une tranche de peau lorsque celle-ci adhère à la surface du kyste.

### III. — DES ÉPITHÉLIOMES CUTANÉS

L'épithélioma de la peau, le *canéroïde* nous a servi de type à la description des cancers épithéliaux, et nous avons, en cette place, tracé son histoire anatomo-pathologique et clinique.

Le cancroïde cutané revêt deux types : 1° l'*épithélioma lobulé* caractérisé par la disposition des masses épithéliales en lobules, où les couches cellulaires imbriquées concentriquement comme les feuilles d'un oignon, montrent, de la périphérie au centre, une évolution épidermique, semblable à celle de l'épithélium cutané, d'abord cylindriques, puis pavimenteuses, puis cornées et colloïdes, et par la présence de perles épidermiques ; 2° l'*épithélioma tubulé* où les cellules sont disposées en forme de tubes, ne présentant pas d'évolution épidermique, ne subissant pas la kératinisation.

Dans le premier cas, il émane des couches profondes de l'épiderme ; ses amas cellulaires, en lobules, en larges trainées, comprennent des cellules du type de la première rangée, cellules de la couche génératrice, mais surtout des éléments malpighiens à filaments d'union, des cellules épineuses, des cellules cornées : d'où les noms synonymes d'*épithélioma spinocellulaire* (DARIER) ; épithélioma malpighien ; Stachelzellentumor. — Dans le second, les amas cellulaires ont le plus souvent une forme tubulaire, en cylindres épithéliaux anastomosés, en boyaux contournés sous l'aspect d'une glande, ce qui fait penser que, par opposition avec la précédente forme dont le point de départ est dans la couche de revêtement, celle-ci provient des glandes sébacées, des follicules pileux, parfois des glandes sudoripares (adénomes sudoripares de VERNEUIL, polyadénomes de BROCA, épi-

théliomes adénoïdes). — En réalité, la différence de cette localisation initiale de la prolifération épithéliale est impossible à préciser, sous cette formule dualiste ; ici, on note que les cellules sont plus petites, que dans le type précédent ; avec peu ou pas de filaments d'union, affectant, comme le dit DARIER, l'apparence des cellules basales de l'épiderme et de ses annexes : d'où le nom synonyme d'*épithélioma baso-cellulaire* (DARIER).

Ces épithéliomas cutanés s'observent surtout à la face, à la lèvre inférieure. A la face, le début se fait souvent au niveau de ces croûtes brunâtres, adhérentes, qui portent le nom de crasse des vieillards. Cette épithéliomatose multiple sénile présente des lésions de types divers, bien distingués par DARIER : 1° des surfaces jaunâtres, sèches, granitées, mal limitées ; 2° des plaques circonscrites recouvertes de concrétions jaune brun, saillantes, adhérentes, à développement excentrique, au-dessous desquelles on trouve une surface rouge, à petites granulations saignantes, ou bien un godet humide, cerclé par un fin ourlet induré ; 3° au-dessous de croûtes irrégulières, des ulcérations peu profondes, bordées par un bourrelet rouge brun ; 4° enfin l'ulcère cancéreux, creusé, térébrant, constitue le stade ultime de la lésion.

Le cancroïde vulgaire, épithélioma pavimenteux lobulé corné, dont les sièges d'élection sont aux lèvres, à la langue, à la muqueuse buccale, débute ordinairement par une élévation grisâtre en verrue, surmontée d'une croûte cornée. Après une phase d'évolution bénigne, qui peut durer des mois et des années, pendant lesquels le malade arrache de temps en temps la squame qui incruste ce petit tubercule, celui-ci s'étend et prend un type variable d'évolution : parfois sous la forme papillaire végétante, en saillies fines agminées ; quelquefois sous l'aspect d'une infiltration plane, à développement centrifuge, à centre érosif ou superficiellement ulcéré, capable d'épidermisation ; tantôt sous la forme plongeante avec bourgeonnement en profondeur, envahissant l'hypoderme, les plans musculaires, les os frappés de nécrose ; tantôt avec des productions squameuses surmontant les végétations, assez abondantes pour former de véritables cornes. Quel que soit le type, la lésion est ordinaire-



ment bordée par un bourrelet, en plus ou moins nette saillie.

Les épithéliomas tubulés ont, en clinique, une juste réputation de moindre malignité : en raison de leur siège primitif dans les couches profondes de la peau, ils s'ulcèrent plus lentement que les épithéliomas lobulés; lors même que, dans leurs progrès, ils ont détruit une partie de la peau, ils peuvent se cicatriser, s'épidermiser dans leur partie centrale, tandis qu'ils continuent à progresser par leur périphérie, à la façon d'une ulcération lupique, ce qui crée parfois des difficultés de diagnostic. Nous avons vu de ces cancroïdes, à marche lente, mettre dix ans et plus à évoluer, sans envahissement ganglionnaire et avec une faible tendance à la récurrence : les chirurgiens anglais ont bien distingué cette forme, sous le nom de « rodent ulcer » ou de « Jacob's ulcer » ulcère de Jacob.

En dehors de la question de *structure*, la question de *siège* est très importante dans l'appréciation de la gravité des épithéliomas cutanés. Tel cancroïde qui a très lentement évolué tant qu'il demeure limité à la peau, accélère son allure dès qu'il « mord » sur la muqueuse; c'est le cas des épithéliomas de l'angle interne de l'œil, de la joue, des commissures des lèvres. L'épithélioma labial ou palpébral peut avoir une marche aussi promptement funeste que celle des carcinomes les plus malins; et cependant sa structure est identique à celle de tel cancroïde de la peau du nez ou de la région malaire qui reste, sans progrès, pendant des années (Voir Epithéliomas de la face, t. II, p. 172).

Il est de ces cancroïdes tubulés, d'origine sébacée ou sudoripare, à évolution lente, que l'on peut guérir par les applications d'acide arsénieux, selon la méthode de CERNY et TRUNECEK : badigeonnage quotidien avec un mélange d'acide arsénieux, un gramme, alcool et eau distillée à 75 grammes. — La radiothérapie, dans les petits épithéliomas tubulés, à marche lente, éloignés des muqueuses, donne des résultats excellents pour un assez grand nombre de cas; mais ces résultats ne sont pas constants. — En dehors de cette indication, l'excision large, avec extirpation ganglionnaire, si les ganglions tributaires sont pris, reste l'intervention de choix.

#### IV. — SARCOMES DE LA PEAU

La sarcomatose cutanée se présente sous deux formes : le *sarcome mélanique*, que caractérise l'imprégnation de la tumeur par une matière colorante, la mélanine; le *sarcome non mélanique*.

**1<sup>o</sup> Sarcomes non mélaniques.** — Tantôt la sarcomatose est primitivement localisée et aboutit, par la suite, à des tumeurs de généralisation; tantôt l'infection sarcomateuse est généralisée d'emblée.

I. SARCOME PRIMITIVEMENT LOCALISÉ. — Les tumeurs du premier type rentrent dans l'histoire générale des sarcomes. Un seul point est intéressant, à savoir qu'elles débent fréquemment au niveau d'un nævus (nævo-carcinome et nævo-sarcome), ce qui s'explique par la présence, dans le derme des nævi, de cellules, disposées en cordons et en amas (*cellules næviques* d'Unna), capables, après une période prolongée d'inactivité, de proliférer vivement; de là, un sarcome, si, comme le pense RECKLINGHAUSEN, les cellules intradermiques du nævus sont de nature conjonctive, ou bien un carcinome si, comme le soutient UNNA, il s'agit de cellules malpighiennes, cellules du corps muqueux, ayant perdu leur revêtement épineux, séparées du corps muqueux par un processus d'étranglement, puis circonscrites et isolées par le tissu conjonctif du derme.

II. SARCOMES A GÉNÉRALISATION D'EMBLÉE. — Dans le groupe des sarcomes généralisés primitifs, entraînent des espèces différentes que les recherches cliniques et histologiques récentes ont mises à part. Tel le *mycosis fongoïde*, que la majorité des dermatologistes contemporains considèrent, avec RANVIER, comme une *lymphadénie* cutanée, et que d'autres auteurs, comme KAPOSI, FUNK et GAUCHER, séparent de la diathèse lymphogène, pour le rapprocher des sarcomes globo-cellulaires. Ce point anatomique reste en suspens : la *théorie sarcomateuse* n'est pas confirmée par les examens les plus récents; mais, d'autre part, il faut reconnaître que la *théorie lymphadénique* est contestable, car il n'est pas exact qu'il y ait une complète analogie de structure entre ces tumeurs et les ganglions lymphatiques. Nous



pensons que, pour certaines formes (forme à tumeurs d'emblée) la parenté avec les sarcomes est cliniquement justifiée. La nature infectieuse du mycosis est probable, mais encore indémontrée.

L'affection évolue selon deux périodes : d'abord celle des éruptions prémycosiques, marquée par l'apparition de plaques érythémateuses, prurigineuses ; puis, la période des tumeurs, où apparaissent, au niveau des placards d'érythème, des tumeurs hémisphériques, « en macaron », du volume d'une noisette à celui d'un œuf ou du poing, d'un rouge vif (couleur de tomate mûre), ailleurs d'un rouge sombre, à surface parfois lobulée, couvertes d'un épiderme lisse et vernissé, indolores, rénitentes, quelquefois molles. Ces tumeurs peuvent, en certains cas, disparaître par une véritable résorption. Mais d'autres tumeurs apparaissent : quelques-unes s'érodent en leur partie centrale par tension et amincissement progressif de l'épiderme ; leur centre s'aplatit et s'encadre d'un bourrelet ; l'érosion centrale se couvre, sous une croûte mince sanguinolente, de bourgeons rouge vif ; peu à peu, cette érosion se creuse en un ulcère que surplombe le bourrelet ; dans d'autres formes, l'ulcération est suivie d'une végétation exubérante, en masses irrégulières, saignantes, sillonnées de plis profonds. La maladie termine son évolution fatale en un temps variable. La durée moyenne est de quatre à cinq ans ; nous l'avons vu évoluer, chez un jeune soldat, en moins d'un semestre.

KAPOSI a décrit un type de sarcome généralisé primitif remarquable par la présence de tumeurs colorées, coloration due non au pigment mélanique, mais au pigment sanguin qui résulte des hémorragies interstitielles, fréquentes dans ces tumeurs friables. Aux mains, aux pieds apparaissent, sur un fond œdémateux, des taches livides, bleuâtres et des nodosités violacées, isolées ou groupées. Ces tumeurs bleuâtres, du volume d'un pois, d'une noisette, d'un œuf, se ramollissent ; leur tissu, très vasculaire saigne abondamment à la moindre piqure et est le siège d'infiltrations sanguines. Certaines peuvent subir une rétrocession spontanée ; mais des nodosités nouvelles continuent à envahir les jambes, les bras, le tronc ; la maladie évolue en trois à huit ans.

**2° Sarcomes mélaniques.** — Ces sarcomes ont un caractère spécial : à savoir, l'imprégnation des éléments cellulaires de la tumeur par une substance, la mélanine, qui existe à l'état normal chez l'homme où elle constitue le pigment de la peau, celui de l'iris et de la choroïde, celui des taches naeviques connues sous le nom de grains de beauté, ce qui explique que le mélano-sarcome débute souvent au niveau d'un naevus pigmentaire. La mélanine, se présente sous la forme de petits grains arrondis, de 1 à 9  $\mu$ , couleur chamois ou noirs, s'agglutinant parfois entre eux en petits blocs irréguliers. — Comment ce pigment, normal, imprime-t-il une gravité particulière aux tumeurs qu'il imprègne ? Comme le dit RECLUS, cette malignité est aussi inconnue qu'elle est indiscutable, et tout malade atteint de mélanose vraie, de cancer noir, doit être considéré comme voué à une mort prochaine.

La tumeur est ordinairement unique au début : la généralisation à la peau ou aux viscères est consécutive. Développé sous la forme d'une petite tumeur ovalaire, sessile, dure, d'abord mobile sur les tissus sous-jacents, le mélano-sarcome frappe l'œil par sa coloration foncée, analogue à celle de l'encre. Si on l'enlève et pratique une section de la tumeur, on voit une tranche noire, marbrée de veines grisâtres ou brunes ce qui justifie la comparaison classique avec une truffe. La généralisation se fait avec plus ou moins de rapidité : trop souvent, une intervention inopportune la précipite. Elle suit la voie lymphatique ou sanguine ; dans le premier cas, les ganglions correspondants deviennent le siège de tumeurs mélaniques identiques. La généralisation sanguine détermine l'apparition disséminée, sur la peau, de points noirs lenticulaires rappelant des grains de beauté. Les embolies mélaniques, essaimées de la tumeur, vont dans les poumons, dans les divers viscères, faire des foyers secondaires : aussi l'examen des crachats, des urines, du sang, fournit-il des renseignements importants sur cette généralisation. Les crachats sont alors grisâtres : en séchant sur une compresse, ils laissent un pointillé noir. Chez les mélaniques, le sang prend une teinte sombre, analogue à un verre fumé, due à des granulations pigmentaires tantôt libres,



tantôt incorporées aux leucocytes. Les urines montrent ces mêmes granulations, et parfois des cylindres noirâtres moulés dans les tubuli du rein.

**Pronostic et traitement.** — Le pronostic des sarcomes de la peau est grave : la récurrence post opératoire est fréquente ; l'opération, pour le sarcome mélanique, donne souvent un coup de fouet à l'affection. Le seul traitement médical qui ait donné quelques résultats est la cure par l'arsenic à haute dose, de préférence par le cacodylate de soude.

## ARTICLE IV

### ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES ET DÉFORMATIONS ÉLÉPHANTIASIQUES

**Définition.** — L'éléphantiasis, par comparaison avec l'état pachydermique, est un terme général qui s'applique aux *hypertrophies du derme et du tissu cellulaire sous-cutané*, circonscrites à certaines parties du corps, surtout le scrotum et les membres inférieurs.

**Pathogénie et classifications.** — Or, cet état hypertrophique de la peau et de l'hypoderme peut être l'aboutissant de dermatites à répétition dont les lésions inflammatoires s'additionnent, et surtout d'œdèmes chroniques évoluant vers la sclérose ou vers la transformation fibro-adipeuse. Dans la production des troubles circulatoires qui entretiennent ces œdèmes chroniques, deux systèmes interviennent : les veines et les lymphatiques. L'éléphantiasis n'est que l'exagération et le terme ultime de ces œdèmes veineux ou lymphatiques.

De là, au point de vue pathogénique, deux grandes classes d'éléphantiasis : l'éléphantiasis lymphatique, lié à la gêne de la circulation de la lymphe ; les éléphantiasis veineux, où dominent les troubles de la circulation du sang noir.

L'éléphantiasis lymphatique, *éléphantiasis filarien*, s'observe à l'état endémique dans une zone de 35° à 40° de latitude au

nord et au sud de l'Equateur : il est surtout commun en Égypte, au Brésil, aux Antilles, aux Indes. Il se rattache à la présence de la filaire de WUCHERER dans les voies lymphatiques, et doit être rapproché des autres manifestations de la filariose : 1° les varices lymphatiques et l'adéno-lymphocèle ; 2° l'hémato-chylurie, que caractérise l'émission d'urines, tantôt rouges, tantôt blanches comme du lait ; 3° l'hydrocèle chyleuse à épanchement laiteux ; 4° l'ascite chyleuse ; 5° le lympho-scrotum, constitué par des varices lymphatiques du scrotum.

Comment la filaire du sang, dont nous traçons l'histoire à propos de l'adéno-lymphocèle (p. 383), peut-elle provoquer l'éléphantiasis ? — Il y faut voir le résultat de deux actions. D'abord, intervient, comme l'avaient pensé LEWIS et PATRIK MANSON, une *gêne mécanique* due à la présence des filaires adultes, habitant dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques, qu'elles obstruent directement ou dont elles déterminent l'oblitération inflammatoire par irritation pariétale. En second lieu, il faut accorder un rôle important à l'infection, aux lymphangites à répétition, dont les lésions inflammatoires se surajoutent à chaque crise et dont l'épaississement éléphantiasique est le reliquat, infection lymphangitique qui s'explique bien si l'on considère la stase dans les vaisseaux blancs obstrués, la saleté des populations, exposées à cette endémie, et les occasions d'inoculation septique que créent les petites vésicules en grains de mil, faciles à rompre, qui s'observent au niveau de ces varicosités lymphatiques.

L'éléphantiasis de nos pays, *éléphantiasis nostras*, éléphantiasis, non filarien, se rattache presque constamment à des obstructions veineuses et, dans quelques cas mal étudiés, à des œdèmes angio-neurotiques. Tel est surtout l'*éléphantiasis variqueux* : l'épaississement cutané, parfois énorme, que présentent certains membres variqueux, résulte de l'infiltration par un œdème dur et persistant et d'une *dermite papillomateuse*, caractérisée par de volumineuses hypertrophies papillaires ; tantôt, les papilles restent encore noyées dans l'épiderme épaissi, ce qui donne à la surface un aspect verruqueux ; tantôt, elles émergent des croûtes épidermiques et hérissent de leurs saillies la jambe et le cou-de-pied. — Il est une forme de tuberculose