

excisé avec un succès durable le xanthome plan des paupières. E. Besnier dit avoir vu la régression rapide des nodosités sous l'influence de l'usage interne du phosphore suivi d'une médication térébenthinée (1).

xanthome palpébral *isolé*, qui poursuivent une longue carrière sans qu'aucun incident grave survienne qui paraisse se rattacher à la maladie; mais il reste, de ce côté, quelques circonstances inconnues. La même *bénignité générale*, relative, s'applique aux formes en *tumeur*, au point de vue de la *généralisation viscérale*; mais, d'autre part, le pronostic acquiert, dans ces dernières, une signification particulière en raison du volume des tumeurs, des insertions profondes de quelques-unes d'entre elles, et de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Pour le xanthome généralisé, et même quelquefois pour le xanthome localisé aux paupières, les exemples que nous avons rapportés ci-dessus montrent combien le pronostic doit être généralement réservé, et combien il faut de soin dans l'examen viscéral des malades. Il y a, de ce chef, dans la pathologie du foie, des vaisseaux et du cœur, un chapitre à peine ébauché, mais sur lequel il est à présent impossible de ne pas ouvrir l'enquête.

E. B. — A. D.

(1) Le *traitement interne* du xanthome vulgaire reste empirique : après quelques essais de médication térébenthinée après phosphorisme — voy. 1<sup>re</sup> édit., T. II, p. 220, note 2 —, nous avons réduit la médication à l'emploi des alcalins — cure de Vichy — et à l'usage de la térébenthine donnée avec persévérance à dose tolérée, non que nous ayons abandonné l'idée de l'utilité de l'action préalable du phosphore, mais à cause de la difficulté et des dangers de l'application de cet agent, pour la peau, le rein, la vessie.

Le xanthome des glycosuriques est plus ou moins lié, dans ses oscillations, aux variations de la courbe glycosique; il est donc justiciable de la médication antidiabétique.

Chirurgicalement, le xanthome se comporte comme les néoplasmes bénins, c'est-à-dire qu'il ne se reproduit pas sur place, à la condition bien entendu d'en faire la résection *complète*. Mais il est inutile de dire que l'intervention mécanique ne s'applique qu'aux altérations localisées; elles varient suivant les cas et les régions.

Dans un cas de xanthome des deux paupières inférieures, Stern — Zur Therap. des Xanth., *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 50 — a eu recours à des applications sur les plaques jaunes de collodion au sublimé à 40 p. 100. Il se forma une eschare grise, de couleur plus foncée les jours suivants; peu après sa chute, elle laissa une petite surface excoriée qui se cicatrisa rapidement. Les modifications survenues dans les plaques de xanthome étaient très frappantes; à un examen attentif, on pouvait encore les reconnaître. Mais la coloration jaune-paille avait complètement disparu. Les paupières étaient restées molles et souples, sans la plus légère rétraction.

Dans beaucoup de points, l'électro-puncture interstitielle, convenablement appliquée, peut être employée avec un succès facile.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

### TUMEURS DIVERSES.

Ce serait ici le lieu de mentionner les tumeurs isolées ou multiples de la peau ou du tissu sous-cutané, appartenant à la chirurgie proprement dite, et qu'on désigne sous le nom de fibromes, lipomes, névromes. Ces derniers, comme nous le montrent les observations connues jusqu'ici et le cas si intéressant de Duhring, sont constitués par des amas de tissu conjonctif (fibrome nerveux, Recklinghausen), présentant des rapports particuliers avec les nerfs, attenant à la gaine des nerfs, disjoignant les filets nerveux ou n'ayant avec eux aucune relation appréciable (névromes cutanés de Duhring). Dans quelques cas, on a pu démontrer une véritable néoformation de nerfs et de névromes plexiformes (Biesiadcki, Czerny, Recklinghausen), avec complication d'éléphantiasis et de *nævi*, principalement. Ils sont caractérisés cliniquement par une sensibilité excessive à la pression, et par des douleurs névralgiques, spontanées et paroxystiques.

Comme il en a déjà été question (tome II, pag. 127), Recklinghausen a dans son dernier travail « des fibromes multiples de la peau, et de leur rapport avec les névromes multiples » expliqué d'une manière très instructive les rapports cités ci-dessus, bien que, selon moi, il soit allé trop loin en y comprenant certains processus pathologiques (comme la lèpre, l'ichthyose).

Les dermatomyomes, qui sont en somme très rares, se rapprochent certainement beaucoup des formes dont il vient d'être question. Ils surviennent, d'après Virchow, Förster, Verneuil, de même dans le cas de Bridgidi et de Maracci, sur des points de la peau qui renferment des muscles bien formés, comme le scrotum (dartos), le voisinage du mamelon, attendu qu'ils procèdent de ces éléments musculaires préexistants, et forment là de grosses tumeurs. E. Besnier a, au contraire, vu chez une femme de soixante ans, sur le tronc et les membres supérieurs, des dermatomyomes sous forme de nombreuses taches et papules rouges, dures, du volume d'une lentille jusqu'à celui d'un pois, lisses, et peu élevées, qui s'étaient développées sans troubles subjectifs dans l'espace de quelques mois. L'examen histologique fait par Balzer a démontré que ces dermatomyomes consistent, dans leur masse principale, en un réseau de fibres musculaires lisses, avec des vaisseaux et des nerfs entremêlés, et E. Besnier pense qu'ils provenaient du tissu conjonctif (liomyome).

Chambard et Gouilloud ont décrit une tumeur caractérisée comme étant un « myome xanthomateux » (1).

Salzer junior a décrit un ostéome de la peau observé dans la clinique de Billroth. On trouva une lamelle osseuse poussée en forme de crosse vers la surface, enfoncée dans le cuir chevelu et perforée par les glandes et les follicules sous-jacents.

(1) Le premier emploi du mot *myome* (myoma) appartient à VIRCHOW — U. cavernöse (erectile) Geschwülste und Telangiectasien, *Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, p. 553, 554, T. VI, 1854 — ainsi que la première description histologique.

Le second fait appartient à FÖRSTER — U. des weichen Warzen und molluskenartigen Geschwülste der Haut, *Wien. med. Wochens.*, n° 9, 8<sup>e</sup> année, 1838, p. 130 — qui, en 1863, — *Trait. d'anat. path. sp.*, p. 1039, 1042, indique nettement les myomes parmi les tumeurs de la peau, et ébauche la première description dogmatique qui en ait été donnée. De la même année, date la magnifique leçon de VIRCHOW sur les myomes. Parmi ceux qui peuvent former tumeur à la peau, il en reconnaît plusieurs espèces, généralement *mixtes*, musculaires seulement à titre accessoire, et ne les considère comme vraiment musculaires à titre majeur que dans les régions où l'état normal de la peau constitue déjà une sorte d'hypertrophie musculaire, une couche *dartoïque*. Nous avons montré — voy. plus bas — que cette conclusion n'est pas fondée.

A partir de 1870, on trouve communément ces faits indiqués sous la dénomination de *fibromyomes* ou de *myomes* — voy. T. CHALLAND, *Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1871, 5<sup>e</sup> série, T. VI, 46<sup>e</sup> année, p. 145, 149, deux observations de myomes de la grande lèvre et du scrotum, appartenant à la même espèce que le cas de FÖRSTER. Mais tous les faits de myomes affleurant la peau ne sont pas des *dermatomyomes* proprement dits; des tumeurs de fibres lisses, émanées par exemple de l'aponévrose pubio-rectale de Denonvilliers (couches musculaires de la loge prostatique ou de la cloison recto-vaginale), peuvent venir faire efflorescence à la région périnéale ou à la région vulvaire inférieure. Leurs caractères cliniques et histologiques, les rapprochent de ce que nous avons appelé les *myomes dartoïques*, mais leur point d'implantation, important d'autre part à déterminer chirurgicalement, les particularise absolument. Voyez, pour exemple de ce genre, le cas de MARCANO, *Bull. de la Soc. anat.*, 5<sup>e</sup> série, T. VIII, 1873, p. 388.

Le premier fait de *dermatomyomes proprement dits* a été montré par VERNEUIL à la Société anatomique en 1858 — *Bull. de la Soc. anat.*, 2<sup>e</sup> série, 33<sup>e</sup> année, août, p. 373. — Les tumeurs avaient été recueillies sur un cadavre livré aux dissections; mais il n'y a pas eu — comme semblait le croire plusieurs des auteurs qui ont écrit après nous sur ce sujet — d'observation ni de diagnostic cliniques.

La première observation, à la fois clinique et histologique, celle qui a servi véritablement à constituer l'espèce *dermatologique* proprement dite, nous appartient — E. BESNIER. Les *dermatomyomes* (fibro-

*Suite de la note des Traducteurs.*

myomes, liomyomes, ou myomes cutanés, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, T. I<sup>er</sup>, 1880, p. 25, et Contribution à l'histoire des myomes cutanés (*dermatomyomes*, liomyomes de la peau — *eod. loc.*, 1883, p. 321. — La partie histologique des deux mémoires est due à BALZER; les altérations sont représentées dans la planche I du tome I<sup>er</sup>, 1880.

Voici d'abord le résumé de l'observation clinique :

Blanchisseuse, âgée de 60 ans. Au moment du premier examen, sur différents points du tronc et des membres supérieurs, il existe, irrégulièrement disposée, et émergeant de la peau saine, une éruption composée : 1<sup>o</sup> de taches de la dimension d'une lentille, très légèrement rosées, à peine saillantes au-dessus du niveau des parties voisines, rondes, ou irrégulièrement ovales, absolument analogues par l'aspect à des plaques d'urticaire papuliforme, et présentant aussi une remarquable analogie avec les éléments de première apparition des dermatolymphadénomes; 2<sup>o</sup> de petites tumeurs de la forme et du volume d'un petit grain de plomb, d'un pois ou d'une lentille, d'une couleur rosée, passant à un rouge terne pour les plus volumineuses; la coloration est hématiche, s'efface sous la pression du doigt; nulle part elle n'est pigmentaire; leur surface est lisse, recouverte d'un épiderme corné normal. Nul trouble de sensibilité objectif ni subjectif, peu de prurit, mais une assez vive douleur à la pression des éléments entre les doigts.

Pendant les deux années suivantes, une vingtaine de saillies nouvelles apparaissent, toujours latentes, en même temps que les anciennes doublent environ de volume.

Ces caractères ne répondaient à aucun type dermatologique connu; aucun des dermatologistes éminents, français ou étrangers, à qui nous présentâmes la malade pendant la durée de l'Exposition universelle de 1878, ne fut en mesure de formuler un diagnostic ferme.

La biopsie était le seul recours; elle fut exécutée par BALZER qui en communiqua les résultats à la Société de Biologie dans la séance du 25 janvier 1879. MALASSEZ, dans la discussion, émit quelques objections; mais, dans la séance suivante, 1<sup>er</sup> février 1878, il reconnut le non fondé des doutes émis par lui, et ajouta que RANVIER avait contrôlé et confirmé le caractère des tumeurs qui étaient des *liomyomes* — Voy. pour les détails, nos deux mémoires cités plus haut, et la planche histologique. — La malade ayant succombé en 1880 à une lymphangite secondaire à un carcinome du sein, l'autopsie fit constater des fibromyomes utérins multiples, et permit à BALZER de confirmer et de compléter, sur les tumeurs de la peau, les résultats des examens antérieurs.

Voici le résumé de ses observations :

Les tumeurs pisiformes, aussi bien que les plus volumineuses, celles qui avoisinent la dimension d'une petite amande, ont été examinées: dans toutes ces tumeurs, la néoplasie a une extension réelle beaucoup plus grande que ne le ferait prévoir son apparence superficielle extérieure. Sur les bords des nodules myomateux, le tissu musculaire s'étend quelquefois assez loin, de manière à former une véritable nappe au niveau des tumeurs les plus grosses. Sur les coupes, les myomes ont souvent, par conséquent, l'apparence d'une lentille biconvexe, plus ou moins renflée à son centre, plus ou

## Suite de la note des Traducteurs.

moins aplatie à son pourtour. C'est au centre que le tissu musculaire est surtout abondant, serré, tandis qu'au pourtour, il est dissocié par des faisceaux de tissu conjonctif.

L'épiderme est normal, peut-être un peu aminci.

Le derme proprement dit est peu envahi par le myome qui paraît surtout s'étendre dans l'hypoderme. Nous avons vu, en effet, des glandes sudoripares entières, conduit excréteur et glomérule, dans la portion du derme placée entre l'épiderme et la tumeur; ajoutons que ce derme est aminci, réduit à la moitié ou au tiers de son épaisseur. Nous avons vu, au contraire, des glandes sébacées avec leur poil, pénétrant jusqu'à une assez grande profondeur dans l'épaisseur du néoplasme. Celui-ci a donc une tendance manifeste à s'étendre surtout dans la région de l'hypoderme.

Le tissu musculaire se présente avec l'aspect que nous avons déjà décrit : faisceaux d'étendue et de volume très variables, ordinairement fusiformes, les uns parallèles à la surface de la peau et s'entrecroisant dans des directions diverses, les autres perpendiculaires ou obliques par rapport à la surface de la peau. Ils s'entrecroisent et s'entrelacent de manière à former un feutrage véritable, très serré, ainsi que nous l'avons dit, vers les parties centrales du myome. Les faisceaux musculaires, en ces points, ne sont séparés les uns des autres que par une mince lamelle conjonctive ou paraissent même en contact immédiat. On les voit tantôt dans le sens de leur longueur, tantôt sectionnés transversalement. Le picro-carminate les colore en brun orangé, et si l'on acidifie la glycérine, on voit facilement apparaître les noyaux elliptiques et allongés des fibres musculaires lisses.

Nous devons ajouter à ce second examen une particularité qui avait été omise dans le premier. En traitant les coupes par l'éosine à l'alcool et la solution de potasse à 40 p. 100, on voit que les faisceaux musculaires sont accompagnés par des faisceaux de tissu élastique très abondant. Ce tissu, évidemment hyperplasié, constitue un système de fibres qui accompagnent les faisceaux musculaires, leur forment quelquefois une sorte de cage incomplète, et les relient les uns aux autres et au tissu élastique des parties saines de la peau. La potasse, en dissociant un peu le tissu musculaire, permet facilement de se rendre compte de ces dispositions. Ajoutons que les vaisseaux sont très rares dans l'épaisseur des myomes. Il en est de même pour les filets nerveux : quelques-uns situés en pleine masse musculaire devaient être facilement comprimés et devenir le siège des douleurs ressenties par la malade.

Les myomes cutanés sont divisés par nous en deux espèces : les *myomes simples* ou liomyomes proprement dits, et les *myomes dartoïques*.

a) *Myomes simples*. On peut les observer dans toute l'étendue du tégument; leur évolution est lente; leur volume restreint (pisiformes); d'abord indolents et indolores, ils deviennent, ou peuvent devenir, très douloureux, à la pression; ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, ne récidivant pas après extirpation. Les myomes simples semblent se développer dans l'âge déjà avancé; ils sont multiples. Leur pathogénie est inconnue; nous notons seulement chez notre malade la coïncidence, l'antériorité probable des myomes utérins.

b) *Myomes dartoïques*. Les myomes que nous avons appelés dartoïques,

## Suite de la note des Traducteurs.

les seuls que VIRCHOW reconnaissait, constituent des tumeurs à évolution plus variable, quelquefois multiples sur une même région, mais plus habituellement solitaires. On les rencontre à la région mammaire, au scrotum, à la grande lèvre; on pourrait les rencontrer au pénis. Leur volume n'est pas restreint; ils peuvent atteindre les dimensions du poing, le plus souvent d'une noisette, d'une amande; ils sont sessiles ou pédiculés, contractiles ou rétractiles par l'irritation, le froid, l'excitation électrique, et plus ou moins vascularisés. On ne doit pas les confondre avec les *myomes migrants* émanés de la prostate ou de la cloison recto-vaginale, qui se distinguent aisément par l'évolution plus rapide relativement au volume acquis de la tumeur, l'absence ou le peu de développement de la contractilité de l'enveloppe cutanée, la conservation du glissement de la peau sur la tumeur, et par les signes fournis par le toucher rectal et vaginal, etc.

Notre division est destinée exclusivement à préciser pratiquement d'une manière claire trois catégories principales de tumeurs cutanées, dont deux seulement sont véritablement des dermatomes. Dans des travaux ultérieurs elle a été remplacée par une énumération méthodique des diverses formes et variétés que l'examen anatomique des différentes tumeurs observées a permis de réunir. Telle, par exemple, la division proposée par BABÈS dans un article remarquable — *Handbuch der Hautkrankheiten (Ziemssen's)*, T. II, p. 499, Leipzig, 1883 — division, d'ailleurs, elle-même incomplète. L'auteur ayant soin de faire remarquer que « toutes les transitions et toutes les combinaisons sont possibles », c'est dire que l'élasticité d'un semblable cadre est indéfinie, et que les cas particuliers montreront de nouvelles transitions ou de nouvelles combinaisons.

Voici cette division :

I. Myomes développés dans la paroi vasculaire par prolifération de ses éléments musculaires (*Angiomyomata cutis*). Ces tumeurs sont habituellement circonscrites, solitaires et situées dans la profondeur.

Par rapport aux nerfs, ce sont des tumeurs irritables (*Ganglio dolorosum myomatosum*).

II. Hyperplasies des muscles redresseurs des poils :

a) Faisant partie de tumeurs vasculaires (Virchow);

b) Formant des tumeurs multiples.

III. Néoplasmes développés dans la couche musculaire profonde de la peau (Myomes dartoïques, Besnier);

a) Diffus, sous forme d'éléphantiasis lymphangiectasique, et de pachydermie myomateuse.

b) Circonscrits. Ces derniers sont polypeux, télangiectasiques, multiples et dans ce dernier cas douloureux.

IV. Myomes pénétrés secondairement dans la peau ou développés aux dépens de bourgeons détachés.

Il y a là confusion entre l'anatomie pathologique générale et la pathologie cutanée proprement dite; sans aucun doute, cette dernière ne peut avoir de base meilleure que l'anatomopathologie; mais la

*Suite de la note des Traducteurs.*

trame aujourd'hui si compliquée et si mobile des travaux de laboratoire ne doit pas prendre la place du tableau clinique, en somme le plus important.

Mêmes remarques à l'occasion des faits de myomes, au nombre de cinq, en surplus de ceux recueillis par nous, et chronologiquement antérieurs, que V. BRIGIDI et G. MARCACCI, dans un travail important — *Dei miomi cutanei (Imparziale, 30 settembre et 15 ottobre 1881)* Anal. par JULIEN, in *Annales de Dermatologie*, 2<sup>e</sup> série, T. III, 1882, p. 119 — ont retrouvés et cités; ils appartiennent tous aux myomes solitaires ou en tumeurs, myomes chirurgicaux, lesquels concernent le chirurgien et non le dermatologiste, et ils ne doivent pas, sous peine de tout confondre, être additionnés avec les autres.

Voici l'indication de ces faits d'après ces auteurs distingués :

KLOB (*Path. Anat. der Sexualorgane*, 1864). Deux observations de tumeurs mammaires observées chez la femme, toutes les deux à la mamelle; l'une de la grosseur d'une « pomme », l'autre d'une « cerise ». — SOKOLOFF (*Virchow's Archiv.*, 1873). Une tumeur (toujours chez une femme) du mamelon, de la dimension d'une « noix muscade ». — AXEL-KEY (*Hygicæ shra sallns forth*, 1877). Tumeur du volume d'une grosse noix muscade, ayant son siège à la face palmaire de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du médius. C'était un lymphangiome myofibromateux. Enfin, SANTESSON (*eodem loco*). Une tumeur de la même nature située au côté externe de la cuisse à droite.

Il en est de même du fait suivant examiné histologiquement :

Cas de myome sous-cutané ayant dépassé le volume d'une noix, unique, que portait depuis son enfance, dans la paume de la main droite, un jeune homme opéré par le professeur Lumnitzer. Voy. *Különlenyomat az « Orvosi Hetilap »* 1882. — Voy. *loc. sup. cit.*, 1883.

Depuis la publication de notre travail, deux observations analogues ont été produites; aucune n'a été retrouvée dans la littérature antérieure.

En 1880, un de nos élèves les plus distingués, X. ARNOZAN, reconnaissait, à première vue, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un cas de myomes cutanés multiples, et il en donna, en collaboration avec VAILLARD, la relation histologique et clinique très complète à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, dans la séance du 7 décembre 1880.

L'année suivante, mars 1881, V. BRIGIDI et G. MARCACCI, *loc. sup. cit.*, observèrent à l'hôpital Sainte-Lucie un nouveau fait de myomes simples multiples, firent l'examen biopsique des tumeurs, et publièrent au mois de septembre leur très belle observation.

En 1890, JADASSOHN, dans un très important travail — *Zur Kenntniss der Myoma der Haut.*, Separ. Abdr., *Virchow's Arch. F.* 121 — rap-

*Suite de la note des Traducteurs.*

porte deux cas de myomes multiples observés par lui à la clinique de Breslau.

En voici le résumé que nous donnons à cause de leur intérêt, et de leur nouveauté :

Cas I. — Jeune fille de vingt-neuf ans. — Début remontant à plus de dix ans.

Toute la surface d'extension du bras droit, la paroi postérieure du creux de l'aisselle et une surface de la largeur de la main s'étendant sur le dos jusque vers la base de l'épaule, sont envahies.

Quelques petites efflorescences, disposées en bandes, s'observent en outre sur les parties les plus latérales de la fosse sous-claviculaire. Les altérations sont surtout prononcées au milieu du bras et de l'avant-bras.

Les plus petites efflorescences sont de simples papules à bords nets, rondes ou légèrement ovales, faisant une légère saillie au-dessus de la peau, intra-dermiques; de coloration rouge clair; disparaissant à la pression, consistance ferme, épiderme normal, mince et lisse, légèrement plissé en quelques points.

À côté de ces papules se trouvent des tumeurs de forme irrégulière, presque hémisphériques, dont quelques-unes ont la grosseur d'une noisette et dont la consistance se rapproche de celle d'un tissu cicatriciel résistant; leur couleur est plus foncée que celle des papules; à la pression, il ne reste qu'une légère teinte jaunâtre; quelques-unes présentent à la surface la forme d'un segment sphérique aplati et leur sommet est occupé par un tissu cicatriciel de cautérisations antérieures. Il existe en outre un grand nombre de formes intermédiaires; à première vue, elles ressemblent à des plaques d'urticaire. Les nodosités sont toutes intra-dermiques. Elles sont plus ou moins rapprochées. Les poils lanugineux, fins et peu abondants, sont bien conservés même sur le sommet des tumeurs. Entre les nodosités, la peau est saine. La sensibilité est partout normale, la pression sur les plus grosses nodosités est très douloureuse. La malade accuse des accès douloureux spontanés qui surviennent sept à huit fois par jour, souvent aussi jusqu'à quinze fois, et qui, la nuit, interrompent le sommeil presque toutes les heures. Ces accès commencent à l'avant-bras sur les nodosités les plus développées « comme si quelqu'un pinçait très fortement cette partie », et de là, s'étendent très rapidement vers la main. Chacun des accès dure environ dix minutes.

Cas II. — Femme de trente-sept ans. Début sur le bras droit, dans la première année de la vie, à la suite de la vaccination.

Du milieu du bras jusqu'au poignet, toute la surface d'extension est parsemée d'efflorescences dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, elles sont rouge mat, les unes rondes, les autres de forme ovale allongée; sur l'avant-bras seulement, quelques papules isolées sur la surface de flexion. Les nodosités plus ou moins confluentes ont leur siège dans la peau d'ailleurs normale; elles sont plus ou moins saillantes.

Les phases initiales du processus sont nettement accusées; les plus petites papules, de couleur claire, mais de consistance très ferme qui sont particulières à toute l'affection, s'observent surtout à la périphérie des régions envahies, et l'on constate ici, d'une manière évidente, que la papule s'est développée sur un follicule pileux de chacune; huit de ces petites formations sont l'extrémité d'un poil lanugineux.

Sur la zone du bras où la malade affirme que les efflorescences ont dis-

*Suite de la note des Traducteurs.*

paru, on voit quelques plaies, un léger changement de coloration et une élévation à peine visible, limitées à des parties bien circonscrites, qui sont indiquées par la malade comme les restes de nodosités plus développées. On observe ainsi le même état sur le coude où il semble qu'il y ait eu une résorption. Ni troubles subjectifs, ni troubles objectifs de la sensibilité, les nodosités ne sont pas très douloureuses, même à une forte pression.

Dans le premier cas, l'examen histologique montra le type caractéristique des myomes à fibres lisses (les myomes lœvicellulaires, leiomyome de la peau). Les plus grosses nodosités présentaient à la coupe une forme elliptique, leur masse gris rougeâtre s'étendait d'une part jusqu'à l'épiderme, dont elle était séparée par une bande mince de tissu dermique blanc, d'autre part jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, microscopiquement leurs contours se détachaient nettement du pourtour.

Au microscope, l'épiderme était bien conservé, mais — notamment au sommet de la tumeur — très aminci et plus fortement pigmenté qu'à l'état normal dans sa couche basale. Les papilles sont partout bien accusées, quoiqu'elles soient en général basses — elles ne sont nulle part complètement effacées; le corps papillaire a également son contour et ses éléments normaux; — ça et là, dans son tissu pauvre en cellules, sont disséminés de petits foyers, arrondis ou irrégulièrement allongés de cellules rondes à noyaux bien conservés, fortement teintés non fragmentés; en des points tout à fait isolés, ces bandes se ramifient, une branche se divise en deux rameaux dirigés en général vers l'épithélium — suivant le trajet des vaisseaux; — ce n'est que dans des circonstances très favorables qu'on arrive à distinguer l'orifice d'un petit vaisseau revêtu d'endothélium.

Le néoplasme commence immédiatement en dessous du corps papillaire : son bord n'est pas net, on rencontre d'abord des traînées isolées des muscles lisses, séparés par de larges bandes de tissu conjonctif, ces traînées se rapprochent de plus en plus, de telle sorte que la masse principale de la tumeur se compose de faisceaux musculaires serrés les uns contre les autres. Latéralement le passage du néoplasme dans le tissu dermique normal n'a pas lieu brusquement; sur une large étendue on voit encore les traînées de tissu conjonctif alterner avec les fibres musculaires qui deviennent de plus en plus rares à la périphérie et finissent par disparaître complètement.

Les faisceaux musculaires sont de forme variable et suivent toutes les directions, ils forment des compartiments polygonaux serrés les uns contre les autres, noyaux pusiformes; les cellules musculaires présentent leur forme caractéristique; elles sont colorées par la safranine et ne se distinguent des cellules musculaires normales ni par leur grosseur ni autrement.

Au centre de la tumeur, les faisceaux musculaires sont séparés par des traînées très fines de tissu conjonctif fibrillaire qui augmentent d'épaisseur vers la périphérie. Amas de cellules rondes en nombre variable et de grosseur diverse dans les interstices des faisceaux musculaires et analogues à ceux qui se trouvent dans le corps papillaire.

Le plus gros amas de cellules rondes sont au voisinage des glandes sébacées et des glandes sudoripares qui se trouvent dans le néoplasme, les premières principalement dans les parties superficielles, les secondes dans la portion inférieure de la tumeur.

Une solution acide de fuchsine permet de reconnaître que toute la masse musculaire est traversée et accompagnée d'un réseau très fourni de fibres élastiques, Mastzellen d'Ehrlich, abondantes surtout dans le corps

*Suite de la note des Traducteurs.*

papillaire, plus rares dans le tissu connectif interstitiel.

Nulle part il n'existait de rapport déterminé entre ces petites tumeurs et les éléments normaux de la peau.

Dans le deuxième cas, l'examen histologique de deux petites papules montra les mêmes lésions que dans le premier cas. Les seules différences étaient l'absence des amas et nids de cellules rondes qui entouraient les vaisseaux à l'intérieur et en dehors de la tumeur, c'est à peine s'il en existait des traces.

Les deux faits observés par l'auteur viennent à l'appui de l'ancienne hypothèse que les myomes multiples de la peau procéderaient des muscles érecteurs des poils. Chez la deuxième malade, on constatait que les plus petites tumeurs s'étaient développées immédiatement autour d'un follicule pileux; et au microscope on voyait un follicule occupant à peu près le centre, et étroitement enveloppé par la masse de la tumeur. L'auteur ne saurait dire s'il s'agit ici de l'expression d'une légère réaction inflammatoire chronique, occasionnée par la pression de la tumeur en voie de développement — comme on l'observe si fréquemment autour des tumeurs malignes, — ou d'une combinaison de myome avec un fibrome à nombreuses cellules si fréquente précisément dans les cas de tumeurs bénignes de la peau (nævi, verrues molles, etc.). L'absence de ces productions dans le cas de Besnier ainsi que dans le deuxième cas de l'auteur — dans lesquels les douleurs faisaient aussi défaut et par suite la pression de la tumeur sur les éléments normaux était moindre, ainsi que leur localisation spéciale autour des vaisseaux ou des glandes, seraient en faveur de la première hypothèse.

C'est donc, en réalité, de six faits (cinq observations cliniques et histologiques, et le fait histologique de Verneuil) que se compose l'histoire dermatologique propre des myomes de la peau. On pourrait discuter l'adjonction à ces observations du cas de Virchow, que nous avons rapporté dans notre premier mémoire, p. 36; mais après examen attentif, ce cas, bien qu'un peu ambigu — myome télangiectasique, dépourvu de fibres élastiques, et à tumeurs multiples groupées dans la région du mamelon — appartient à la catégorie des myomes dartoïques.

L'âge des sujets atteints de myomes cutanés généralisés a varié de vingt-sept à soixante ans et au-dessus; aucune condition causale n'a pu être relevée. Quatre malades sur cinq appartenaient au sexe féminin.

Dans tous les cas, l'évolution est lente, et se fait par années. Les éléments initiaux sont représentés par une tache lenticulaire, une papule légère, un petit bouton rouge », et dans le cas de Brigidi et Marcacci, par une petite « tache ecchymotique ». Habituellement, les tumeurs sont indolentes à toutes les périodes; à peine un peu prurigineuses; elles étaient, au contraire, extraordinairement douloureuses à la pression dans notre fait personnel, et le siège de douleurs spontanées à forme paroxystique dans le cas d'Arnoz et Vaillard, ainsi que dans le premier fait de Jadassohn, bien qu'à un moindre degré.

Ces différences ne peuvent être rattachées qu'à la disposition réciproque des éléments hypermusculaires et nerveux, à la localisation anatomotopographique des tumeurs; JADASSOHN les rapporte à la pres-