

Suite de la note des Traducteurs.

blement altérée, et l'on pouvait voir, sur le même sujet, les lésions à tous les âges et à tous les degrés.

Sur tout le pourtour de la masse centrale, particulièrement au niveau de l'épigastre, nombreuses tumeurs satellites du volume d'un pois, en voie de développement, et, de plus, nombreuses plaques proliférantes sur le côté gauche du col, au pourtour des aisselles, à la partie postérieure du thorax, le long de la crête iliaque; très peu aux membres, quelques-unes, de petite dimension, autour des genoux; et, au milieu de tout cela, rétrocession curative imparfaite d'un certain nombre de placards simples, ou de tumeurs; celles qui ont été ouvertes ne guérissant qu'avec une cicatrice saillante et irrégulière. Sauf un phlegmon aigu de l'aisselle gauche, épisodique, le malade reste dans un état de santé satisfaisant, il souffre peu ou pas, il n'y a que du prurit; l'appétit est conservé; la nutrition générale se fait bien; il n'y a ni leucémie, ni hypersplénie, quoique tous les ganglions, surtout ceux des aisselles, soient volumineux.

En 1889, nous faisons mouler par Baretta la moitié gauche du thorax et la racine du bras du même côté; la pièce est déposée par nous dans le Musée de l'hôpital et nous inscrivons sur son étiquette: Mycosis fongoïde à la période ulcérente. Coexistence des lésions à tous les degrés, y compris l'eczéma figuré pré-mycosique que l'on aperçoit en haut sur la face interne du bras.

C'est au cours de cette année que l'état général commence à s'altérer malgré tous les soins donnés, et la conservation de l'appétit; le malade maigrit, et commence seulement à s'inquiéter. Non seulement le groupe central prolifère, mais un grand nombre de points, depuis des années à l'état torpide, entrent en période de tumeurs: — sur les régions claviculaires, à la nuque à la région sous-mentonnière; sur le dos et sur les membres, ce sont toujours les plaques polymorphes qui existent, conservant leur prurit inextinguible.

En 1890, tout s'aggrave: les tumeurs se développent à la racine du membre supérieur gauche; un grand nombre des tumeurs des périodes précédentes sont remplacées par des cicatrices blanches, entremêlées de tumeurs profondément ulcérées. Au mois de mars, les plaques polymorphes des régions lombaire, fessière, de la hanche, de la face interne de la cuisse à gauche, le pli génito-crural, de l'hypogastre, de la crête iliaque droite, de l'omoplate gauche entrent en prolifération, et en période de tumeurs. Le malade accuse de la dysphagie, et le pharynx présente des ulcérations profondes à bords déchiquetés; puis il survient de l'œdème des membres inférieurs, et du scrotum sans albuminurie. Pendant le mois d'avril, eschare au sacrum, perte d'appétit et refus d'alimentation; émaciation et affaiblissement rapides; les placards lichénoïdes et prurigineux persistent, mais toutes les tumeurs subissent un affaissement, et la sécrétion ichoreuse diminue considérablement. Un peu d'albumine apparaît dans l'urine, l'œdème se généralise; un délire permanent s'établit; et le malade succombe le 22 mai, après une courte agonie.

L'autopsie a été pratiquée par L. DE SAINT-GERMAIN, interne du service; la partie histologique en sera ultérieurement publiée. Aucune lésion macroscopique importante n'a été relevée, autre que l'augmentation de volume de la rate et la tuméfaction avec ulcération des régions adénoïdes — orifice supérieur du larynx, replis ar-épiglottiques, face postérieure du larynx. La trachée, les poumons, les plèvres, le tube digestif, le foie sont normaux.

Obs. II. — Le cas observé dans notre pratique de la ville est relatif à une

Suite de la note des Traducteurs.

dame, d'une très belle santé jusqu'à l'âge de la ménopause, et qui à partir de cette époque, devint tourmentée par des douleurs articulaires et péri-articulaires symétriques, occupant surtout les membres avec prédominance aux genoux, douleurs rémittentes, mais progressives, rebelles à toute médication, que l'on désigne encore improprement sous le nom de « rhumatismales », faute de savoir leur nature exacte, et qui ne sont autres que les manifestations de maladies générales à peine estompées dans leurs contours, en réalité inconnues.

En même temps, que ces douleurs se produisirent, sur les membres inférieurs d'abord, des disques érythémato-squameux, assez nettement arrondis pour frapper l'attention, immobiles sur les mêmes points pendant des mois et des années, résistant à tous les moyens de traitement, et que pendant plusieurs années nous avons hésité à dénommer eczéma ou psoriasis, bien que les altérations fussent celles de l'eczéma à la période de retour pityriasique, ou du psoriasis pityriasiforme des vieillards et des cachectiques. Les seuls caractères vraiment spéciaux étaient la permanence immuable des éléments, leur extension périphérique lente sans guérison du centre, et le prurit intolérable.

Il y avait déjà longtemps que nous pensions à l'existence d'un mycosis fongoïde à la période de germination; mais comme les années s'écoulaient sans qu'aucun élément dépassât le niveau, et bien que la maladie s'étendît progressivement aux membres supérieurs et au tronc, qu'elle envahît les régions plantaires, nous hésitions encore lorsque survinrent tout à coup, plus de dix ans après le premier début, les phénomènes caractéristiques, et la période de floraison sous deux formes distinctes: a.) petites tumeurs fongoïdes, du volume d'une noisette et d'une noix élevées sur le bord de deux plaques très anciennes qui ne furent envahies que partiellement; b.) infiltration dermique d'un grand nombre de plaques avec phlyctène annulaire et végétations fongoïdes à la périphérie, quelques plaques bulleuses complètes naissant sur une ancienne plaque lichénoïde — véritable « pemphigus végétant » ou mieux état fongoïde et bulleux — constituant soit des disques végétants, soit de véritables anneaux fongoïdes à bords larges et élevés de 1 à 2 centimètres, se recouvrant de croûtes, s'ulcérant, et constituant des plaies ichoreuses fétides.

Il y avait douze ou treize ans au moins, peut-être quatorze ou quinze, que la maladie avait débuté quand la nutrition commença à s'altérer, et, en une année et demie environ, amena la cachexie terminale et la mort.

Examen histologique d'une des tumeurs (enlevée pendant la vie), par DARIER. — « La pièce reçue à l'état frais a été divisée en fragments et durcie partie par le bichromate d'ammoniaque, partie par l'alcool au tiers, la gomme et l'alcool.

Sur des coupes, examinées à un faible grossissement, on reconnaît que la tumeur occupe le derme presque entier et le corps papillaire; elle devait faire une saillie notable à la surface de la peau; elle est ulcérée dans une petite étendue.

Le tissu qui compose cette tumeur, étudié à l'aide d'un fort grossissement, présente tous les caractères du tissu adénoïde typique. Sur des préparations non traitées par le pinceau, on ne voit que des cellules rondes ou polygonales par pression réciproque; il est nécessaire de chasser mécaniquement ces éléments pour reconnaître qu'ils sont logés dans une trame de tissu conjonctif réticulé. Les mailles du réticulum sont très petites, ren-

Après une durée aussi longue, il se produit déjà et par plaques un épaissement en différents points de la peau, par suite de l'infiltration œdémateuse inflammatoire du chorion (deuxième période, d'après Köbner), qui est surtout appréciable aux foyers orbiculaires de l'eczéma dont les bords sont légèrement saillants, et paraissent tendus, lisses et brillants.

Désormais apparaissent des infiltrats plus épais sous forme d'élevures demi-sphériques, dures, rouge brun pâle ou rouge vif ou de nodosités nettement circonscrites, situées au centre ou sur les bords irréguliers des parties eczémateuses de la peau. On voit survenir aussi d'autres nodosités très dures, du volume d'un pois à celui d'un haricot,

Suite de la note des Traducteurs.

ferment une ou deux cellules chacune; les travées en sont très fines, anastomosées, portent encore des cellules plates quand l'action du pinceau n'a pas été complète. Ces travées, comme dans le tissu réticulé des ganglions, s'insèrent sur la paroi des vaisseaux capillaires qui parcourent le tissu.

En d'autres points, le réseau est formé de travées plus grosses et cela notamment vers les bords de la tumeur.

Il faut noter en effet qu'il n'y a pas une transition brusque entre la néoplasie et le tissu sain qui l'environne.

Il y a au contraire pénétration réciproque du tissu adénoïde et des éléments du derme tout autour de la tumeur. En partant du centre, on voit les travées du réseau devenir moins grêles; on retrouve des fibres élastiques et des faisceaux conjonctifs et qui se terminent en s'effilant dans le néoplasme, et qui d'autre part deviennent de plus en plus gros et nombreux à mesure qu'on se rapproche des bords. Dans le derme avoisinant, on retrouve des nids de cellules rondes dans les fentes du tissu conjonctif, se prolongeant assez loin et cela notamment autour des vaisseaux.

Au-dessous de la tumeur, se voient des glomérules de glandes sudoripares qui ne sont pas notablement altérés.

A sa surface, j'ai dit qu'il y avait une petite ulcération; le tissu adénoïde n'est recouvert en ce point que par une croûte.

Autour de l'ulcération, les papilles sont très augmentées de volume et allongées, composées de tissu réticulé à grosses travées: leur direction est modifiée, elles s'inclinent en divers sens.

L'épiderme, là où il n'y a pas d'ulcération, est composé des couches normales, mais il est manifestement tirailé et distendu par le développement de la tumeur. Le fait est évident surtout au niveau des prolongements interpapillaires de l'épiderme qui sont effilés et étirés, beaucoup plus longs que normalement, puisque les papilles sont accrues, et dirigés en tous sens. Les cellules malphigiennes du revêtement épidermique et des bourgeons interpapillaires, par l'effet sans doute de ce tiraillement, présentent des filaments d'union d'une grande netteté.

C'est même au point de vue de la structure filamenteuse de l'épiderme une des pièces les plus démonstratives que j'aie rencontrées. Cette disposition tient probablement au développement relativement rapide de la tumeur et à l'absence d'une irritation concomitante de l'épiderme qui s'est laissé distendre mécaniquement.

Au niveau de la tumeur, les poils et leurs glandes sébacées ont disparu;

arrondies, rouge brun ou des saillies dures en forme de pomphi, mais aussi sur des régions du tégument indemmes d'eczéma (1) (période lichénoïde, Bazin), sur les points les plus divers de la peau et sans aucune régularité dans leur disposition. Bon nombre de ces lésions disparaissent de nouveau complètement après une durée de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, ou même très rapidement dans l'espace de peu de jours, en laissant de la pigmentation ou une dépression atrophique superficielle, tandis que sur d'autres points il s'en produit de nouvelles.

D'autres se transforment par dépression centrale et atrophie avec progression périphérique simultanée, en cercles infiltrés aplatis et durs, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main. D'ordinaire, les nodosités sont disséminées. Dans

Fin de la note des Traducteurs.

les muscles des poils persistent au contraire, mais ils sont dissociés par le tissu réticulé qui disperse les éléments musculaires en petits faisceaux composés de deux ou trois fibres seulement. Les glandes sudoripares sont conservées puisque j'ai signalé leurs glomérules au-dessous de la tumeur; cependant je n'ai pas réussi à voir les canaux excréteurs correspondants qui sont peut-être repoussés sur les côtés.

Les vaisseaux et les nerfs que l'on voit dans le voisinage de la tumeur ou même dans son intérieur ne sont pas modifiés quant à leur structure.

« La discussion ci-dessus ne me paraît autoriser qu'un seul diagnostic histologique, celui de *lymphadénie cutanée* ou *mycosis fongoïde d'Alibert*. Si l'on a, en effet, signalé la présence du tissu adénoïde dans d'autres productions morbides telles que les tubercules et la gomme, on ne le trouve jamais dans ces cas à l'état de pureté sur une surface aussi étendue. Il n'y a pas, ici, ce groupement nodulaire habituel dans les granulomes infectieux (follicules tuberculeux, nodules syphilitiques).

Les cellules géantes font absolument défaut. Enfin les lésions vasculaires sont absentes et corrélativement il n'y a aucune tendance à la classification des parties centrales de la tumeur. L'ulcération doit vraisemblablement trouver son explication dans un trouble de nutrition de l'épiderme sous l'influence de la distension. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Ce point comporte de notre part quelques réserves: Sur les malades que nous avons examinés avec soin dans le but de le déterminer, et qui présentaient la *forme typique* du mycosis d'Alibert, c'est-à-dire une période préalable d'efflorescence, nous n'avons jamais constaté la production primitive de tumeurs sur des points de tégument absolument sains. Les efflorescences préliminaires du mycosis sont mobiles, et à moins d'une enquête minutieuse, faite sur un malade suivi sans interruption, il est difficile d'affirmer qu'il n'y avait eu, antérieurement, aucune tache sur les points où l'on déclare que les tumeurs sont apparues « primitivement »; nous ne faisons allusion ici, nous le répétons, qu'à la forme complète et typique du mycosis *fongoïde*.

E. B. — A. D.

un cas j'ai vu sur le tronc tout entier, le thorax, l'abdomen et le dos, les nodosités très serrées les unes contre les autres et par suite la peau de ces régions était dure comme une planche, rugueuse, extrêmement douloureuse.

Enfin il se développe directement de la surface des foyers aplatis d'eczéma, ou par la croissance rapide des infiltrats et des nodosités, des tumeurs un peu volumineuses, rouges, tubéreuses, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf, voire même d'un citron et même plus. Celles-ci de consistance irrégulièrement dure ou flasque, en général rouge vif, sessiles ou étranglées à la base en forme de gâteau aplati et puis légèrement lobées et dentelées (par conséquent comparables, selon Alibert, au fruit du *solanum lycopersicum*), se désagrègent rapidement à la pointe en ulcères sanieux, à base fongueuse et saignant très abondamment, avec sécrétion visqueuse et nécrose en masse partielle. J'ai vu des cas de ce genre sur le cuir chevelu, au sein, au-dessus de la rotule, sur le bras.

Des proliférations papillaires humides et saignantes (flambœsiformes), rouges, mamelonnées, à plusieurs lambeaux, s'élèvent soit de la base des tumeurs ulcérées ou directement des infiltrats aplatis et des points de la peau devenus eczémateux.

Déjà pendant la période eczémateuse les malades s'affaiblissent en général d'une manière très sensible, à ce qu'il semble, à la suite du prurit intense, de l'insomnie et de l'inappétence, qui existe souvent, produits par le processus lui-même (1).

Il n'y a en général pas de fièvre pendant toute l'évolution de la maladie jusqu'au moment des paroxysmes déterminés par les ulcérations locales et par l'inflammation érysipélateuse et lymphangitique qui en résulte. Mais le développement aigu et subaigu des nodosités est accompagné de fièvre rémittente ou intermittente.

Par suite de la marche progressive du marasme (quatrième période des auteurs (2), qui peut débiter déjà pendant la période eczémateuse, les

(1) Nous avons fait remarquer que, dans les cas à longue évolution, dont nous avons produit deux exemples, la santé générale pouvait être conservée pendant de longues années; notre coiffeur — obs. I, p. 621 — travaillait de son état plus de seize ans après le début de la maladie, et dix ans après les premières manifestations; la malade de notre observation II, p. 622 — avait encore tout son embonpoint fort remarquable; elle ne se serait pas considérée comme « malade », si elle n'avait été rendue impotente par les douleurs articulaires.

E. B. — A. D.

(2) P. FABRE (de Commeny) — *Des manifestations cutanées de la Lymphadénie*, Paris, 1884 — distingue quatre périodes: a.) p. initiale

malades succombent soit dans cette période par suite des complications locales, par exemple suppuration du tissu cellulaire, soit pendant la phase de formation des nodosités, soit enfin seulement dans le stade d'ulcération et de prolifération papillaire (1).

Les nécropsies n'ont, jusqu'à présent, révélé aucunes lésions des organes internes, ou du moins aucunes altérations dépendant directement du processus. Hammer et Rindfleisch ont, dans un cas, Hochsinger et Schiff, dans un autre, trouvé des cocci, mais ces micro-organismes paraissent n'avoir rien de commun avec le processus, car dans les cas examinés avec le même soin et la même connaissance de la question par Köbner, Geber et Neisser, il n'a rien été trouvé de semblable (2).

Jusqu'à ce jour, la thérapie s'est montrée impuissante contre cette forme morbide décrite sous le nom de mycosis fongoïde. Seulement

(taches congestives simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou l'eczéma); b.) p. lichénoïde (papules persistantes, prurit très vif, etc.); c.) p. de transition (plaques indurées rouge brun, altérations multiples; apparition des néoplasies, adénopathies); d.) p. de cachexie.

E. B. — A. D.

(1) Rien n'est plus saisissant que la longue *extériorité* de cette atroce maladie; dans les cas où, quelque étendue qu'elle soit, la néoformation reste *disséminée*, n'altérant qu'une partie de la surface tégumentaire, mais non sa totalité (mycosis d'Alibert); la terminaison funeste est toujours très lente à venir.

E. B. — A. D.

(2) La solution de cette question est entièrement à ajourner à une époque ultérieure; elle reste subordonnée aux progrès des connaissances mycologiques et de la technique histobactériologique. En dépit des résultats contradictoires des recherches de KÖBNER, GEBER, NEISSER et de leurs élèves, nombre de raisons militent en faveur de la nature extérieure, parasitaire, de l'agent irritatif cause de la maladie:

Cf. H. AUSPITZ, Ein Fall von Granuloma fongoïdes (Mik. f. Alibert) m. 3 Taf., *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 123; FR. HAMMER, *Mittheil. d. med. Klin. zu Würzburg*, I, 1883; RINDFLEISCH, *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 15, 1885; CARL HOCHSINGER, z. Frage d. Gran. fung. (Auspitz), Mik. f. (Alibert), *Viertel f. Dermat. u. Syph.*, 1885, p. 711; H. HALLOPEAU, Du mycosis fongoïde, *Revue des Sc. m. de Hayem*, 1885, p. 747; CARL HOCHSINGER u. EDUARD SCHIFF, z. Lehre vom Granuloma fungoïdes (M. f. Alibert), *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1886, p. 361; H. KÖBNER, Histologisches u. Bacteriologisches über M. f. (Alibert) *Fortschritte d. Med.*, etc., 1886, p. 549, et Mycosis fungoïdes (Alibert), Cinquante-neuvième Congrès scient. de Berlin, 1886, *Deutsch med. Wochenschr.* n°s 39 u. 40; NEISSER, SCHIFF, LEWIN, GEBER, KÖBNER, *idem*, in *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1886, n° 11; REINHOLD LEDERMAN, zwei Fälle v. Myc. fung., *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, p. 683, etc., etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Köbner a vu dans un cas récent la guérison se produire sous l'influence de la médication arsenicale et Bazin une guérison réalisée par l'action de l'érysipèle. J'ai, jusqu'à présent, observé cinq cas de ce genre. Dans l'un de ces cas, une dame non mariée, âgée de trente-cinq ans, chez laquelle, après une durée de deux ans de la période eczémateuse, l'éruption de nodosités compactes, telle que nous l'avons indiquée, et qui n'étaient pas ulcérées, s'arrêta, la dernière éruption disparut dans l'espace de trois semaines sous l'influence d'injections sous-cutanées d'arsenic. Mais peu après, l'éruption se renouvela et fut suivie très rapidement d'une terminaison fatale (1).

(1) La marche longue et rémittente de la maladie, les probabilités de sa cause extrinsèque, le long répit laissé par les mois et les années dans un grand nombre de cas, non moins que les ébauches de guérison spontanées ou produites sous l'action de divers agents thérapeutiques, sont de nature à encourager les expérimentateurs, malgré l'insuccès trop réel des efforts tentés jusqu'à présent.

C'est sans aucun résultat favorable que nous avons tenté l'emploi interne, à toutes doses, de l'iodure de potassium, du mercure, des composés salicylés et phéniqués, du bromure de potassium, des bicarbonates alcalins, de l'arsenic, etc., etc.

C'est cependant ce dernier médicament par la voie hypodermique qui, sur les indications de Köbner, semble devoir être expérimenté à nouveau, malgré les difficultés matérielles de son application dans un grand nombre de cas, par lassitude ou inobéissance des patients.

C'est avec un résultat aussi nul que nous avons poursuivi la guérison réelle des efflorescences primaires avec l'aide des agents de réduction les plus énergiques; c'est surtout avec un insuccès absolu que nous avons poursuivi par tous les moyens imaginables la cure du prurit atroce, horrible, qui exerce les malheureux malades; il faut varier à l'infini l'usage externe de tous les modificateurs externes dont l'effet est rapidement usé. Nous n'avons pas osé, en raison de la grande faculté d'absorption des efflorescences pour les substances toxiques, et de leur étendue, avoir recours aux fomentations faites avec les solutions de cyanure de potassium à la dose qui serait nécessaire, et que nous estimons à 4 pour 200. HENRY WM. BLANC — Report of a case of the Mycosis fungoïde of Alibert, *Journ. of cut. and gén. ur. dis.*, Vol. VI, July-Aug. 1888, et *tirage à part*, p. 8 et 10 — a essayé l'emploi d'une pommade composée de « a drachm of dilute hydrocyanic acid and an ounce of vaseline » sans effet marqué : « its effects on the pruritus is very slight ».

Dans les cas où les tumeurs sont discrètes, comme chez la malade de notre observation, l'exérèse peut en être exécutée sans aucune appréhension, et est d'un grand secours : Dans deux opérations de ce genre, exécutées à notre demande par TERRIER, les suites opératoires ont été des plus simples; la réunion par première intention parfaite; et il ne s'est pas produit de récurrence sur place.

A la période des tumeurs ulcérées, quelques pansements utiles, très

L'examen histologique révèle dans le chorion et le tissu sous-cutané une infiltration partant des vaisseaux avec de petites cellules rondes typiques (Neisser, Hochsinger, Schiff et Kaposi) qui sont enchassées dans un réseau à mailles étroites de tissu conjonctif fibrillaire fin. Au début, l'épithélium est en prolifération, formant des prolongements, plus tard il s'amincit au niveau des os. Cette structure réticulée et le dépôt de cellules rondes (Demange) a déterminé Ranvier et après lui la plupart des auteurs français (Vidal) à désigner le processus sous le nom de lymphadénie cutanée. Mais tandis qu'on n'exprime par là, dans ces cas, que la seule ressemblance avec la structure des ganglions lymphatiques, d'autres auteurs ont prétendu trouver dans cette maladie un rapport avec la leucémie, car outre l'anémie propre à tous les cas, on a constaté (Demange, etc.) aussi une diminution des corpuscules rouges du sang, et des tumeurs ganglionnaires. Mais je n'ai vu de leucémie vraie que dans un cas d'une dermatose dont je parlerai bientôt, que j'ai, pour le moment encore, des raisons de distinguer du mycosis fungoïde (1).

Maintenant il y a des cas dans lesquels, sans stade eczémateux ou lichénoïde préalable (Bazin), on voit les tumeurs volumineuses en voie d'ulcération et papillaires décrites ci-dessus apparaître en une seule fois (d'emblée), disséminées et en nombre moindre et avec la même évolu-

utiles, peuvent être exécutés; les pulvérisations phéniquées, matin et soir, et, dans les intervalles, des applications de poudre composée de sous-nitrate de bismuth 90, pour 10 de salol, constituent la médication externe que nous considérons comme préférable; le poudrage se fait par insufflation, et le pansement est complété par un enveloppement de gaze aseptique, recouverte d'une couche épaisse de coton hydrophile, maintenue par un bandage approprié. A l'aide de ce pansement et de l'emploi du salol, la famille du malade, ou les voisins de lit dans la salle d'hôpital, ne sont pas incommodés par l'odeur; le patient lui-même obtient un minimum de malaise et de prurit. BROCO, *loc. sup. cit.* p. 512, rapporte un cas où les pansements au naphthol camphré, et des injections interstitielles dans les tumeurs, amenèrent une nécrose et une cicatrisation rapide des tumeurs, en même temps que la guérison de celles qui étaient préalablement ulcérées, en ajoutant seulement que « le pansement ouaté causait des démangeaisons insupportables. Il sera aisé de juger promptement de la valeur de ce modificateur énergique.

ERNEST BESNIER — A. DOYON.

(1) L'auteur a reconnu ailleurs — Ueber Myc. fung. and ihre Beziehungen zu andren ähnlichen Erkrankungsformen, *Wiener medic. Wochenschr.*, 1887, n^{os} 19 à 22 — que le cas de Philippart — Obs. de diathèse lymphogène à forme cutanée, léontiasique, ganglionnaire, hépatique, et leucocythémique, *Acad. roy. de Méd. de Belgique*, 21 août 1880, — « correspond, en beaucoup de points, au mycosis fungoïde ».

E. B. — A. D.

tion fatale. Vidal considère ces cas comme une deuxième variété du mycosis fongoïde (4).

(4) Dans leur remarquable mémoire, si justement apprécié tout à l'heure par le professeur Kaposi — Étude sur le mycosis fongoïde, *France médicale*, nos 79-85, t. II, 1885 — E. VIDAL et L. BROCCQ reconnaissent dans le mycosis fongoïde, au point de vue de l'aspect extérieur et de l'évolution clinique, deux « grandes variétés ».

I

La « première variété » correspond au type classique du mycosis de Bazin comprenant trois périodes ; eczématiforme, lichénoïde, et de tumeurs fongoïdes. On y peut ajouter, comme le propose KAPOSI, une période d'ulcération.

Ce premier type constitue pour nous la première espèce du genre *Mycosis*, la forme clinique typique, dans laquelle une étude plus attentive et plus précise des observations passées, ou à venir, permettra d'établir des variétés proprement dites. Relativement à l'ordre hiérarchique des périodes, il est nécessaire de faire remarquer qu'elles ne s'excluent pas l'une l'autre ; jusqu'à la fin, en pleine période de cachexie, on peut encore voir se développer des plaques superficielles, des plaques superficielles devenir profondes, etc.

C'est bien à cette première espèce que se rattache l'observation du fondateur du genre *Mycosis*, laquelle, comme nous l'avons dit ailleurs — E. Besnier, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. V, 1884, p. 57, à propos d'un travail de Köbner intitulé : *Beerschwammähnlichen multiplen papillar Geschwulsten der Haut*, *Berliner med. Gesellschaft*, 7 mars 1883 — doit être désignée sous le nom de *Mycosis d'Alibert*. Dans son mémoire de 1887, Kaposi range le cas d'Alibert dans le « troisième type », celui dans lequel les tumeurs mycosiques apparaissent sans période d'efflorescence préalable. Cela n'est pas justifié, car Alibert dit expressément :... « L'affection extraordinaire de Lucas débuta par une éruption furfuracée. » La durée de la maladie de Lucas fut au moins de cinq ans ; elle présenta épisodiquement des « vésicules ou ampoules », etc., caractères qui complètent le type fondamental.

II

La « seconde variété » de Vidal et Brocq, reçoit, de ces auteurs, les caractères suivants :

« Les lésions sont beaucoup plus circonscrites, n'ont pas le caractère diffus des précédentes, ne sont jamais généralisées si elles sont multiples, ne forment parfois qu'une ou plusieurs tumeurs bien limitées, et semblent offrir un caractère de fixité d'autant plus grand qu'elles sont moins nombreuses ; on n'y observe ni période eczématiforme, ni période lichénoïde prémonitoires ; loin d'être moins grave que la forme précédente, celle-ci arrive peut-être parfois plus rapidement qu'elle à une terminaison fatale (obs. I, II, IV).

Il faut savoir le plus grand gré à VIDAL et à BROCCQ, d'avoir mis en évidence, et séparé nettement, les cas dans lesquels les tumeurs se déve-

Suite de la note des Traducteurs.

loppent en dehors des altérations eczématiformes et lichénoïdes, ce qui, dans la description de Bazin, était resté obscur et confus. Toutefois, la seconde variété de ces auteurs doit être décomposée, et cette dissociation a été commencée par Kaposi, *loc. sup. cit.*, qui après le premier type, en reconnaît deux autres :

« Le second type de développement du mycosis fongoïde, dit-il dans son mémoire de 1887 — *loc. cit.* — débute par des taches ovales, arrondies, aplaties très légèrement saillantes, de dimensions variables, rouge pâle, à reflet blanc jaunâtre, semblables à des plaques d'urticaire dont elles ne se distinguent du reste que par leur consistance plus dure et l'absence de reflet. Le prurit fait souvent complètement défaut, d'autres fois il est très vif. Elles apparaissent principalement au tronc, plus tard en grand nombre sur les membres. Au bout de plusieurs mois, on remarque des plaques dermiques épaisses en forme de plateau, analogues à celles qui surviennent dans la sclérodermie, qui se traduisent par une coloration rouge bleu et un éclat plus accentué. Les plaques semblables à celles de l'urticaire ont souvent, comme ces dernières, un aspect annulaire. Ces infiltrats peuvent disparaître, de nouveau, complètement, sans laisser de traces ou bien en laissant de l'atrophie.

Enfin, après plusieurs mois, un à deux ans, ils se transforment en nodosités et en tumeurs — période des tumeurs fongueuses.

Parmi les trois observations du mémoire de Vidal et Brocq, I, II, IV, la dernière seule se rapporte certainement au second type de Kaposi ; les tumeurs proprement dites sont, en effet, précédées par une « macule non surélevée », par une « vascularisation exagérée, arrivant même à la congestion hémorrhagipare » ; dans la première et dans la seconde surtout, ce point reste un peu douteux.

Ces faits sont donc assez compliqués, bien difficiles à interpréter quand on n'en a pas lu la relation entière, aussi n'hésitons-nous pas à mettre sous les yeux du lecteur les trois observations du mémoire de nos savants collègues.

Obs. I. — « *Mycosis fongoïde de la tête et de la face.* (On trouvera cette observation publiée *in extenso*, par le Dr Demange, dans les *Annales de Dermatologie* de 1874.) — L... (Charles), âgé de soixante-neuf ans, ouvrier fileur, d'une bonne santé antérieure, entre le 22 février 1873, à la salle Saint-Louis, n° 46. Au mois de juillet 1872, il a remarqué au cuir chevelu deux petites tumeurs assez dures et indolentes, qui ont rapidement atteint le volume d'un œuf de pigeon, puis se sont ulcérées. En même temps, la peau du front et le reste du cuir chevelu devenaient violacés, et se couvraient même de taches noires en certains points.

Après leur ulcération, les tumeurs précédentes ont graduellement diminué, mais d'autres plus petites, semblables aux premières, se sont montrées tout autour, et en somme l'état n'a fait qu'empirer.

Lors de son entrée à l'hôpital, la face est notablement tuméfiée ; le gonflement occupe surtout le front, le cuir chevelu, la joue droite ; un œdème considérable des paupières ne permet plus au malade d'entr'ouvrir l'œil droit. La peau est très sensible au toucher, dure, comme épaissie et adhérente aux parties sous-jacentes ; sa coloration est rouge et violacée ; par places, on voit quelques taches ecchymotiques. Sur le cuir chevelu, une