

Suite de la note des Traducteurs.

tumeur molle et ulcérée, du volume d'une noisette, laisse écouler un liquide ichoreux; autour d'elle se trouvent quatre petites tumeurs dures, non ulcérées, au niveau desquelles le cuir chevelu est aminci et les cheveux ont disparu. Il n'y a pas de plaques d'anesthésie.

Le 25. La tuméfaction œdémateuse de la face a augmenté surtout à droite; quelques phlyctènes se forment sur la joue, le malade y éprouve de grandes douleurs; les veines du côté droit sont évidemment le siège de phlébites multiples ayant déterminé des coagulations intra-vasculaires appréciables au toucher.

Le 28. Les téguments s'escharifient en plusieurs points.

3 mars. Les eschares se détachent au niveau de la pommette et près de l'oreille; en d'autres points, la peau est complètement insensible.

Le 10. Des lambeaux de tissus sphacelés continuent à se détacher; la moitié droite de la face n'est plus qu'une vaste plaie à fond grisâtre et sanieux; néanmoins, l'état général du malade est assez bon; on lui prescrit un régime tonique et 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Ce traitement est continué jusqu'à la fin de mai, et, pendant tout ce laps de temps, l'état local s'améliore. La vaste plaie du visage se cicatrise en partie; les tumeurs qui n'ont pas suppuré s'affaissent et diminuent de volume; il est vrai qu'il s'en forme d'autres, en tout semblables aux premières.

Vers la fin de mai, sans aucune cause appréciable, le travail de cicatrisation s'arrête brusquement en l'espace de huit jours, toutes les surfaces qui s'étaient réparées s'ulcèrent de nouveau: le côté gauche de la face se prend avec la plus grande rapidité; la peau s'épaissit, s'indure, devient violacée, et sur les limites inférieures de cette vaste nappe se forment des hémorragies cutanées.

Dès lors, le malade s'épuise en peu de jours; il est obligé de garder le lit; le masséter, la région mastoïdienne, puis le pariétal se dénudent à droite. Les eschares de plus en plus profondes, qui ne cessent de se détacher, laissent béantes des veines par lesquelles ont lieu de petites hémorragies. Enfin, la mort arrive dans le marasme le 16 août, à 7 heures du soir.

L'examen histologique d'une des tumeurs de ce malade a été faite au Collège de France, par M. Debove; en voici le résultat: « Au niveau de la tumeur, les faisceaux du tissu conjonctif du derme sont dissociés par un grand nombre de globules blancs; en certains points, ces globules forment des masses de grandeur variable; en pratiquant des coupes fines et en chassant ces éléments avec le pinceau, on reconnaît qu'ils sont supportés par un réticulum lymphatique. »

Obs. II. — « B... (Honorine), âgée de quarante-huit ans, fleuriste, entre le 4 avril 1873 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Vidal, salle Saint-Thomas, n° 36.

Depuis plusieurs années déjà, cette malade vit dans la plus profonde misère, et elle ne donne que des renseignements fort imparfaits sur la manière dont la maladie actuelle a débuté. Ce qu'elle sait, c'est que depuis son enfance elle a la peau écaillée, et effectivement elle est atteinte d'ichthyose. Elle vient surtout à l'hôpital pour des tumeurs fongueuses et ulcérées qu'elle porte au coude droit.

C'est en janvier 1873 qu'elle s'est présentée pour la première fois en chirurgie: le gonflement inflammatoire et l'aspect général du bras et de l'avant-bras étaient tels qu'après l'avoir soumise pendant quelque temps à un traitement ioduré, on lui proposa l'amputation. Elle refusa et entra dans le service du Dr Hillairet, qui jugea, lui aussi, qu'une intervention chirurgicale

Suite de la note des Traducteurs.

était nécessaire. Ne pouvant s'y résoudre, la malade demanda son exeat, et après avoir tenté de se faire admettre dans plusieurs autres hôpitaux, elle rentra le 19 février dans le service du Dr Péan.

A cette époque, les lésions du coude étaient un peu améliorées; mais, par contre, la main gauche était complètement sphacelée. Cette gangrène aurait débuté, d'après la malade, il y a huit ou dix jours à peine, à la suite d'un refroidissement. Au moment de l'entrée, il ne reste plus sur le squelette de la main, sur les tendons et sur les ligaments, que quelques lambeaux noirs et desséchés des parties molles. On résèque tous les tissus sphacelés; on panse tout le bras droit avec de l'eau alcoolisée et on administre des toniques.

Les jours suivants, on voit se former une ulcération profonde de la cornée, qui finit par aboutir à la perforation de la chambre antérieure, perforation par laquelle se fait une hernie de l'iris. Cependant l'état général se maintient assez satisfaisant jusqu'au milieu de mars; à cette époque, la malade perd l'appétit, s'affaiblit rapidement, se plaint d'un violent point de côté à gauche; il ne tarde pas à se développer un épanchement pleurétique assez considérable pour déterminer une déviation du cœur, et pour qu'on la fasse passer d'urgence en médecine, salle Saint-Thomas, le 4 avril. Le pouls est assez faible, mais l'oppression n'étant pas considérable, on ne pratique pas la thoracentèse.

La malade meurt subitement à une heure du matin, dans la nuit du 5 au 6 avril.

A l'autopsie, que l'on pratique trente-quatre heures environ après la mort, on trouve 2 litres 1/2 de liquide séreux et citrin dans la plèvre gauche et rien de bien notable dans les autres viscères.

La tumeur fongueuse du coude droit est bien moins saillante que pendant la vie. Elle occupe la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les muscles voisins de l'articulation et l'articulation elle-même sont parfaitement indemnes. Cette tumeur est ulcérée au sommet, et cette ulcération est irrégulière, anfractueuse, à bords décollés, à fond sanieux. A la coupe, elle présente un aspect lardacé, blanchâtre avec quelques points rosés; elle est un peu ramollie par places. Il existe sur le bras une deuxième tumeur pâle et fongueuse, analogue d'aspect à la précédente.

L'examen histologique de ces néoplasies vint confirmer le diagnostic de mycosis fongoïde que le Dr Vidal avait porté à première vue.

Obs. IV. — « W... (Annette), âgée de soixante et onze ans, journalière, entre le 16 août 1879 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 68. Rien de notable dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de soixante-sept ans, époque à laquelle elle a vu se former sur la face interne de la cuisse gauche une macule non surélevée sur les téguments voisins, d'une teinte rosée uniforme, de la grandeur d'une pièce de 2 francs environ, et donnant au toucher la sensation de petits grains de semoule. Elle n'aurait jamais été le siège d'aucune desquamation, d'aucune sensation douloureuse, ni spontanée ni provoquée.

Peu à peu, la peau s'est indurée au niveau de cette plaque rouge; elle a graduellement augmenté d'épaisseur, et une tumeur rouge fongueuse a fini par s'y développer; cette tumeur s'est ulcérée à plusieurs reprises, puis elle a guéri spontanément. Pendant cette évolution, d'autres tumeurs ont apparu dans le voisinage, de plus en plus loin sur les jambes et sur le ventre. On voyait tout d'abord aux points où elles allaient se montrer une vascularisa-

Suite de la note des Traducteurs.

tion exagérée du derme arrivant même à la congestion hémorrhagipare, puis la tumeur se développait. Ces tumeurs avaient l'aspect ordinaire des néoformations du mycosis, mais leur surface était criblée de petits points blanchâtres dus à l'accumulation de sébum dans les conduits oblitérés des glandes sébacées.

La malade n'a cessé de travailler que pour entrer à l'hôpital; l'état général est donc satisfaisant. Elle ne tousse pas; les poumons et le cœur paraissent sains.

Ni le foie ni la rate ne sont augmentés de volume.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire même dans les régions inguinales. Il n'y a pas de leucocythémie, mais il semble que les globules blancs soient plus nombreux dans le sang extrait des tumeurs.

L'examen histologique d'une de ces productions morbides en démontre la nature lymphadénique. On trouve, en effet, des travées conjonctives et des fibrilles formant un réticulum parfait dans les mailles duquel sont contenus des éléments embryonnaires, en tout semblables aux leucocytes.

Jusqu'au 20 octobre, la maladie va en s'aggravant; les tumeurs deviennent de plus en plus nombreuses, volumineuses et ulcérées. On fait alors pendant trois jours, sur l'une des productions morbides de la jambe gauche, des applications d'une pommade à l'acide pyrogallique au cinquième. Il se produit une réaction inflammatoire peu considérable, mais il se forme une eschare qui se limite exclusivement au tissu morbide.

3 novembre. L'eschare se détache et laisse à nu une surface bourgeonnante qui commence à se cicatriser vers les bords.

Les jours suivants, la cicatrisation continue à s'effectuer et il ne persiste plus qu'un léger degré d'induration du derme.

Malheureusement, les tumeurs voisines se développent de plus en plus. En décembre, elles s'ulcèrent par un processus d'escharification assez superficiel de leurs parties les plus saillantes.

Vers le milieu de janvier 1880, l'état général devient très mauvais; la malade est en proie à un abattement marqué et à une somnolence presque continuelle. On trouve, en l'auscultant, un point de pleuro-pneumonie à gauche, en arrière et en bas. On lui pose un vésicatoire et on lui administre des toniques.

Le 22. Les lésions thoraciques n'ont pas empiré, mais l'état général est des plus mauvais. Les tumeurs mycosiques s'ulcèrent avec la plus grande rapidité.

Enfin, la malade succombe le 25 janvier.

A l'autopsie, qui eut lieu le 26 janvier, on trouva une pneumonie du lobe inférieur gauche, arrivée à la période d'hépatisation grise, des adhérences péritonéales dues à une péritonite ancienne. Il n'y avait rien de perceptible à l'œil nu dans les autres viscères. Les ganglions lymphatiques des diverses parties du corps paraissaient normaux. »

III

Le « troisième type » se limite aux cas dans lesquels les tumeurs fongueuses surviennent sur une peau saine auparavant.

BROCQ et VIDAL ont justement fait remarquer que Bazin n'avait pas assez nettement détaché ces cas du type à lésions cutanées préalables quand il dit seulement : « Il peut arriver que le mycosis s'établisse d'emblée à sa troisième période... mais, le plus souvent, les éruptions

Suite de la note des Traducteurs.

accessoire ne laissent pas que d'apparaître, et l'on constate une sorte d'interversion dans l'ordre habituel des phénomènes. » Cependant, il est nécessaire de le dire, les divisions catégoriques nécessaires dans l'exposé didactique d'une question ne sauraient être considérées comme s'adaptant rigoureusement à tous les faits; il faut compter avec les cas mixtes où les caractères des deux premiers types existent en même temps, et avec les associations symptomatiques ou les dissociations de phénomènes, lesquelles peuvent faire varier les faits dans des conditions multipliées, qui défient toute catégorisation absolue. En voici un exemple :

Depuis plusieurs années, dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, on a pu voir un malade extraordinaire, chez qui des néoplasies cutanées et sous-cutanées, chéloïdiformes, en tumeurs, disposées en arc de cercle, naissent sans aucune efflorescence dermique préalable, s'élèvent, s'ulcèrent, prennent le type fongoïde caractéristique, puis disparaissent, ne laissant à leur place qu'une cicatrice — Voy. l'observation de ce cas remarquable, donnée par BRUCHET, *Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année scolaire, 1888-1889, Comptes rendus*, VII, p. 160 et suiv., et pièces du Musée, nos 1180, 1243, 1293.

Voilà, sans contredit, un fait à ranger dans la deuxième variété de Brocq et Vidal, ou dans le troisième type de Kaposi. Mais voici que, pendant le même temps, nous avons l'occasion de voir, dans la pratique de la ville, un malade chez lequel des tumeurs absolument pareilles, disposées aussi en arc de cercle, en éventail, naissent, soit de la peau « saine », soit au niveau d'efflorescences du type des plaques eczématoïdes de Bazin, lesquelles se retrouvent sur divers points du corps à l'état simple.

Force est donc de déclarer que chacune des divisions classiques comporte des cas mixtes, des faits de transition qui, s'ils sont embarrassants pour le nosographe, sont providentiels en réalité, car ils servent à établir péremptoirement l'identité de cas en apparence disjoints, et à constituer l'unité du genre, malgré la diversité illimitée des espèces, formes, variétés et sous-variétés.

En fait, les cas conformes au type de Alibert et de Bazin sont les plus ordinaires; ceux du second type, et surtout ceux du troisième, plus rares; le professeur Kaposi — Mém. de 1887 — déclare n'en avoir pas d'observation personnelle; enfin, il y a des formes mixtes.

IV

Il ne sera pas inutile, en présence de cette « rareté » du mycosis d'emblée, de rappeler l'attention sur une observation que nous avons publiée, en 1881, sous un titre et avec des considérations que nous avions formulés dans l'espoir de provoquer la discussion et la critique, mais qui, évidemment par notre faute, n'ont abouti qu'à lui assurer, jusqu'à présent, un oubli immérité — Voy. E. BESNIER, *Études nouvelles de Dermatologie, les tumeurs de la peau* (4^e article)

Si l'on compare le tableau morbide que nous avons esquissé du frambœsia (Sauvages) ou Yaws (tome II, p. 533), et si l'on réfléchit

Fin de la note des Traducteurs sur les formes et variétés du mycosis fongoïde.

SUR UN CAS DE TUMEUR DE LA PEAU A ÉVOLUTION CLINIQUE ANALOGUE A CELLE DU CANCER (CANCER CLINIQUE), ET A DÉTERMINATION HISTOLOGIQUE AMBIGUË, PARTICIPANT DES CARACTÈRES DU LYMPHADÉNOME ET DU GRANULOME, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. II, 1881, p. 637.

Voici les *considérations* que nous avons inscrites en tête de notre travail (p. 638).

« L'histologie ne peut pas toujours donner à la clinique une réponse dépourvue d'ambiguïté, et il subsiste un certain nombre de dermopathie dont les caractères cliniques n'ont pas été relevés avec assez de précision, ni reliés à des altérations anatomiques histologiquement assez classées pour que le diagnostic puisse toujours sortir de la voie conjecturale, même pour les médecins les plus particulièrement compétents.

Nous pensons que ces faits ne doivent pas être laissés dans l'ombre, qu'il faut au contraire les mettre en évidence et les soumettre à l'examen et à la critique de tous. A la vérité, dans quelques-uns de ces cas, un certain diagnostic clinique peut être porté à l'aide d'une analyse éliminatoire, avec une précision suffisante pour les besoins immédiats de la pratique, mais c'est là une conclusion médiocre, précaire, et dont il importe de ne pas se déclarer satisfait.

Pour faciliter la *discussion* du fait que nous publions, nous avons soin de donner non seulement tous les détails cliniques et histologiques nécessaires, mais encore de produire la représentation macroscopique (chromographique très parfaite) de la lésion, ainsi que les coupes histologiques — Voy. Musée de Saint-Louis, pièce 513, par Baretta; chromographies par Leuba.

Quant au fait lui-même, et à son étude, comme il est nécessaire au lecteur qui voudrait s'enquérir de ce sujet, de voir les planches du mémoire, nous le prions d'y consulter aussi le texte, dans le lieu cité ci-dessus, *Annales de Dermatologie* de 1881.

Bien que, dans ce cas, notre *premier* diagnostic ait été *lymphadénie* cutanée, le caractère lymphadénique *vrai* nous a pas paru si problématique à la suite des examens histologiques, que nous avons, systématiquement, *séparé* ce fait du mycosis d'Alibert, à une époque — 1878 — où les mots de lymphadénie et de mycosis étaient, en France, absolument synonymes, ce qui, aujourd'hui, même en France, a cessé d'être.

C'est pourquoi nous avons adopté, comme titre à cette observation, *cancer clinique*, c'est-à-dire au sens préhistologique, l'histologie s'étant montrée impuissante à lui donner sa caractéristique anatomique; mais aujourd'hui, que le sarcome et les sarcomatoses *frustes* et *mixtes* ont acquis *droit de domicile* dans le « mycosis fongoïde », il n'y a plus de raison de détourner ce fait qui est, en réalité, le type le plus achevé de la forme en tumeurs d'emblée du mycosis *actuel*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

que de nouveaux témoins oculaires, Charlois (1) et Pontoppidan, admettent l'indépendance d'une maladie qu'on pourrait appeler endémique, il est clair que maintes confusions sont encore possibles et qu'il reste bien des points obscurs à expliquer.

Il ne faut pas, non plus, oublier que dans le pemphigus végétant, il se manifeste des faits analogues (tome I, p. 810).

Mais il m'est impossible de comprendre comment Neisser, Schwimmer, etc., ont pu faire rentrer ma dermatite papillaire du cuir chevelu dans ces cas, puisqu'il s'agit, en effet, dans celle-ci, d'un processus qui arrive constamment à la sclérose du tissu conjonctif (mycosis frambœsioïde, Alibert) et il est également incompréhensible comment certains auteurs ont pu englober dans le même groupe les tumeurs leucémiques de la peau décrites par Biesiadecki.

On devrait donc, en attendant, selon moi, ne donner comme forme morbide bien caractérisée et typique que le mycosis fongoïde décrit ci-dessus, qui débute par de l'eczéma.

Mais, en ce qui me concerne, je persiste à croire que le mycosis fongoïde est l'affection qui se rapproche le plus de la sarcomatose cutanée et qu'elle doit lui être assimilée, et qu'il s'agit, chez des sujets cachectiques ou anémiques, d'une sarcomatose cutanée, dont le point de départ est dans de simples modifications inflammatoires (eczéma-teuses) du tissu (2).

(1) M. CHARLOIS, Ueber Polypapilloma tropicum (Frambœsia), *Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis*, 1881, tome XIII, p. 431.

E. B. — A. D.

(2) A parler clair, la nature *vraie* du mycosis fongoïde est encore à déterminer et l'on n'est pas, en somme, beaucoup plus avancé à présent qu'on ne l'était en 1881 au moment où nous avons publié le travail que nous avons cité dans la note précédente, et dans lequel nous avons dénommé au point de vue de la nature, la lésion « cancer clinique », parce que, à la manière d'un cancer, elle avait végété, s'était ulcérée, et avait ensuite infecté l'économie.

I

La théorie de la lymphadénie pure ne peut pas se soutenir; la théorie parasitaire est en décadence presque aussitôt après son avènement; la nature *sarcomateuse mixte*, ou modifiée, compte de nombreux défenseurs, même en France, où VIDAL, BROCC, SIREDEY, etc., considèrent le mycosis comme une entité morbide distincte, se rapprochant, au point de vue histologique, des granulomes et des sarcomes lymphadéniques myxoïdes — Brocq, *Traitement des maladies de la peau*, 1890, p. 541. — Cf. : dans la monographie, de notre élève distingué, LEON PERRIN (De la sarcomatose cutanée, *Thèse de Paris*, 1886) le cha-

Suite de la note des Traducteurs.

pitre II, intitulé: Rapports du mycosis fongoïde et de la sarcomatose généralisée primitive, p. 90-105; PELISSIER — Du mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée, *Thèse de Montpellier*, 1889; DUBREUILH, Un cas de mycosis fongoïde, *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, T. I, janv. 1889, p. 52; etc.

C'est-à-dire, qu'en somme, le mycosis, dans sa période de tumeurs, rentrerait dans la grande classe des tumeurs malignes végétantes, ulcé-rantes, destructives et infectantes; qu'il représenterait simplement une forme toute spéciale de sarcomatose de la peau, ou, pour parler plus exactement, une espèce du genre sarcome.

II

Il n'est plus besoin, pensons-nous, de combattre l'opinion qui assigne au mycosis une nature « inflammatoire », soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique; mais il faut reconnaître que le stade inflammatoire, l'efflorescence prémycosique, n'ont pas encore de caractère anatomique, permettant de donner, à leur égard, des conclusions fermes. Aussi peut-on, sans trouver d'issue, discuter sur la question de savoir si les plaques congestives, ortiformes, eczématoïdes, lichénoïdes, etc., sont des phases d'évolution du mycosis déjà constitué, ou, si elles ne sont que le terrain sur lequel il se développe.

Bazin croyait bien avoir démontré la négative en constatant que ces phases n'existaient pas *constamment*; mais cet argument n'a pas une valeur absolue, tant s'en faut; la différence entre les deux ordres de faits réside exclusivement dans le siège initial du processus, selon qu'il évolue primitivement dans la couche susdermique, ou, au contraire, qu'il évolue d'abord plus profondément. L'histoire de l'épithéliomatose fournit des exemples nombreux de ces différences dans la forme et dans la chronologie de la modalité éruptive, lesquelles peuvent être portées aux plus extrêmes limites, sans que cela empêche de reconnaître l'identité des faits observés aux deux extrémités du genre.

Peut-on, avec HARDY, supposer que le « mycosis » ne représente « qu'une affection terminale d'autres maladies cutanées moins graves, et plus superficielles? » ou comparer le mycosis fongoïde à l'épithéliome secondaire au « psoriasis buccal », avec OSCAR SIMON, dont voici les paroles: « The tumours are the result of malignant proliferation of connective tissue in chronic eczema or psoriasis, in the same manner as epithelium can tend to malignant epithelial growth (epithelioma) in leucoplakia » — *loc. sup. cit.*, p. 177? — Nous ne le pensons en aucune manière. Le psoriasis et l'eczéma *vrais* ne sont pas les efflorescences prémycosiques, et ces deux maladies n'ont, ni l'une ni l'autre, la sarcomatose fongoïde dans leur séquelle. Toutefois, cette discussion manque de base suffisante; notre négation, pour être établie sans contestation, réclamerait des preuves anatomiques que nous ne sommes pas en mesure de fournir — Cf.: FUNK, of Warsaw, *Clinical studies*

Fin de la note des Traducteurs.

ou Sarcomata of the Skin, Clinical charact. of the primitive forms, primary efflorescences of Sarcomata of the Skin, *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1889, p. 143; F. Darier, Hallopeau, Vidal, E. Besnier, Ed. Schiff, etc., *Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, séance du 13 nov. 1890.

Nous ne croyons pas nécessaire de combattre, avec autant d'énergie que l'a fait le professeur Kaposi dans le mémoire de 1887, *loc. sup. cit.*, et dans le supplément de ce travail — Ueber Myc. fong. *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, n° 19 — la théorie du néoplasme « inflammatoire »; le processus entier, l'évolution nécrobiotique, la malignité, etc., plaident suffisamment contre cette opinion.

La régression spontanée de quelques lésions ou de quelques tumeurs, si caractéristique dans le mycosis fongoïde, n'exclut pas, à elle seule, la nature maligne (sarcomateuse) de la lésion. Le professeur Kaposi a déjà réfuté cette objection il y a longtemps: La variété de sarcome pigmentaire multiple idiopathique qu'il a fait connaître en 1870 est généralement admise depuis lors, et cependant, dans cette affection, la régression spontanée de quelques nodosités et de quelques infiltrats est la règle, et un des caractères essentiels des processus. Enfin, bien que plusieurs de ces cas se soient manifestés comme sarcomes à cellules fusiformes, on en a trouvé aussi sous forme de sarcome à cellules rondes — Voy. W. A. HARDAWAY, Case of pigmented neoplasm of the Skin, *Journ. of cut. and ven. Dis.*, 1883, p. 97, 1884, n° 289, et *Journ. of cut. and gen. ur. Dis.*, 1890, n° 21.

Nous n'avons pas besoin d'aller plus loin, voilà le lecteur renseigné sur l'état général de la question; la suite est à l'étude, et encore bien obscure, comme on le verra dans les pages suivantes, où le mycosis fongoïde va reparaitre sous une forme encore plus litigieuse. Personne en ce moment ne peut dire le dernier mot.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.