

DIVISION DES SARCOMES DE LA PEAU

SARCOMES .	1° Généralisés primitifs . . .	}	α. Type Kaposi — globo-cellulaire pigmentaire (1), début par le derme — symétrique.
			β. Type hypodermique globo-cellulaire simple, non pigmentaire, type Perrin, sans localisation systématique.
			γ. Sarcomes mélaniques (primitifs secondaires).
	2° Généralisés secondaires . . .	}	1° A une tumeur localisée cutanée.
			2° A une tumeur viscérale, ganglionnaire, osseuse.

III

DESCRIPTION DES VARIÉTÉS

I. — Sarcomatose cutanée primitive.

SARCOME PIGMENTAIRE MULTIPLE IDIOPATHIQUE, TYPE KAPOSI. — Les premiers faits de sarcome pigmentaire multiple idiopathique de la peau ont été publiés en 1870 par Kaposi; depuis cette époque, de nombreuses observations ont été l'objet de travaux importants soit par Kaposi (2), soit par E. Vidal, Tanturri (3), de Amicis, Schwimmer (4), Hardaway, Perrin, etc.

Histoire clinique. — Début. — Les lésions débutent par les pieds et les mains, soit par des nodules, soit avant l'apparition des tumeurs, par des rougeurs diffuses, des taches lie de vin accompagnées d'une sorte d'œdème dur spécial.

Quand ce sont les nodules qui apparaissent en premier lieu sur les pieds et les mains, c'est plutôt du côté de la flexion que de l'extension que l'on constate de petites tumeurs infiltrées dans le derme, isolées, ayant des dimensions qui varient d'un grain de plomb à celle d'un pois; leur coloration est violacée ou d'un bleu noir, elles sont arrondies, de consistance assez dure. La localisation de ces nodosités à la paume des mains et à la plante des pieds peut en imposer au début pour des syphilides palmaire et plantaire.

Dans d'autres cas, il n'y a pas de tumeurs au début, ce sont tout d'abord

(1) Nous disons sarcome pigmentaire avec Kaposi, la coloration étant due au pigment sanguin hématisque, ou si l'on veut *cutané érectile* avec Vidal et Ranvier, *télangiectasique* avec Tanturri, *hémorragique* avec Köbner, mais nous rejetons le terme de mélanosarcome, parce que, en se servant de cette expression, on peut confondre le sarcome pigmentaire avec le sarcome mélanique dont la coloration est due à la mélanine.

(2) KAPOSI, *Société vien. de dermatol.*, 25 mars 1892, janvier 1893, mai et octobre 1895, mars 1896.

(3) TANTURRI, *Il Morgagni*, 1877.

(4) SCHWIMMER, *Atlas intern. des maladies rares de la peau*, 1889, 2^e livraison.



Masson et C^{ie} Éditeurs, Paris.

Imp^{ie} Firmin Didot et C^{ie} Paris.

Sarcomatose généralisée

Moulage Baretta - Hôpital S^t Louis N^o 470 (Vidal)

des taches diffuses d'une rougeur bleuâtre, pigmentées, cyanotiques, hyperémisées, lesquelles se transforment aussitôt en des infiltrations dures, fibreuses, lisses, accompagnées d'une sensation de picotement, de prurit, de tension des téguments parfois très pénible, et gênant les mouvements. C'est au niveau de ces nappes infiltrées que surviennent plus tard les nodosités. Celles-ci apparues, c'est la période *néoplasique* qui commence, succédant au *stade maculeux*.

Tel est le début très net du type de sarcome créé par Kaposi. Il existe cependant dans le mode d'apparition des lésions un certain nombre de déviations à ce type.

Le début peut se faire par une seule papule grosse comme un pois dans la plante du pied ou par une plaque infiltrée rouge bleu sur la face dorsale des mains ou par des douleurs très vives avec tuméfaction des mains et des pieds; les nodules apparaissent ensuite. Au lieu de débiter d'emblée par les extrémités, une tumeur initiale peut se montrer sur un point quelconque des membres ou de la face, comme l'ont vu Hardaway, de Amicis, et ce n'est que quelques mois après, deux à trois mois en moyenne, que les mains et les pieds sont atteints par l'affection sous forme de nombreuses tumeurs et de plaques d'infiltration. Les malades présentent alors le même aspect que lorsque les lésions débutent d'emblée par les extrémités.

Symptômes. — Cet aspect est caractéristique : les tumeurs sont *symétriques* et présentent par leur siège, leur coloration, leur nombre, leur volume, leur disposition et leur évolution, une symptomatologie tout à fait spéciale à cette variété de sarcome (Pl. IX).

Le nombre des tumeurs est très variable; il ne varie pas seulement suivant les sujets, mais il varie aussi chez le même malade suivant les régions. On en compte depuis une centaine jusqu'à un millier. C'est aux extrémités et aux membres : pieds, mains, jambes, cuisses, avant-bras et bras qu'elles se trouvent et elles deviennent d'autant plus rares que l'on se rapproche du segment supérieur du membre et surtout du tronc. Quelquefois elles sont confluentes sur un membre et discrètes sur l'autre. Leur extension progressive au tronc, à la face et même sur les muqueuses est toujours plus lente.

Suivant les régions où elles se trouvent, les tumeurs présentent parfois des caractères un peu particuliers au point de vue de leur forme, de leur volume, de leur couleur, de leur consistance.

Dans l'immense majorité des cas, leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, d'un noyau de cerise, d'une fève ou d'une aveline. Ce sont les comparaisons qui reviennent le plus souvent dans les observations. Leur accroissement est lent, mais l'augmentation de leur nombre est plus ou moins rapide.

Quant à leur forme, elles sont arrondies ou ovoïdes, allongées ou aplaties. Elles sont habituellement sessiles, quelquefois, mais rarement, elles se pédiculisent.

Leur coloration est remarquable : les productions morbides sont pour la

plupart violacées, de couleur vineuse et même noir violacé; d'autres ont une teinte moins sombre et varient de la teinte rouge bleu au rouge brun. Quand elles commencent à apparaître, elles sont d'une teinte rouge sombre, puis prennent une teinte violacée que la plupart conservent, tandis que d'autres deviennent brunâtres, livides et noirâtres. Leur coloration varie parfois suivant leur volume et suivant qu'elles sont plus ou moins superficielles : les intra-dermiques étant toujours plus foncées. Une particularité assez importante à signaler, c'est que lorsque la coloration est brunâtre, violacée ou livide, la pression du doigt ne la fait pas disparaître.

Au point de vue de leur disposition, les tumeurs peuvent être isolées ou réunies en groupe. Quand elles restent isolées, elles deviennent plus ou moins grosses et sont plus ou moins confluentes suivant les régions. Agglomérées, elles forment des plaques constituées par la réunion de tumeurs primitivement isolées. Ces plaques sont plus ou moins volumineuses, quelquefois de la dimension du creux de la main; elles sont violacées, bosselées, mamelonées, irrégulièrement épaisses. Parfois, tandis que le bord de ces placards est saillant, le centre en est déprimé, comme atrophié et d'aspect cicatriciel. Les parties périphériques sont constituées dans ce cas par des nodosités juxtaposées qui sont restées saillantes, tandis que le centre s'est en quelque sorte affaissé.

Au niveau des mains et des pieds, les lésions ont un aspect très caractéristique. La peau est épaissie, dure, bleuâtre, la face dorsale des mains et des pieds présente une tuméfaction œdémateuse et une dureté spéciale, les pieds ont un aspect éléphantiasique et sur la région plantaire les tumeurs, au lieu d'être saillantes, peuvent être aplaties; sous l'action de la marche, elles arrivent à déprimer la peau comme pour s'y former une loge. Les mains présentent une infiltration diffuse, ferme, presque cartilagineuse, les doigts sont épaissis, gonflés, ont un aspect fusiforme typique et sont par suite écartés les uns des autres (Pl. VIII).

Qu'elles soient isolées ou groupées, petites ou en grands placards, la couche épidermique qui recouvre les tumeurs présente quelques caractères particuliers. La surface est lisse et offre un aspect brillant ou ridé semblable aux nodules lépreux. De plus on voit se former sur les saillies et les tubercules des lames épidermiques qui s'exfolient facilement; sur certaines de ces élevures se produisent même des éléments cornés, stratifiés qui les font ressembler à une grosse verrue ou à une crête de coq. Au pied sur les bords, il n'est pas rare, quand l'affection dure depuis de longues années, de constater ces agglomérations verruqueuses, inégales, recouvertes d'épiderme corné et au centre de la région plantaire une kératodermie desquamante.

La consistance des tumeurs sarcomateuses est d'une manière générale dure, élastique, mais elle varie avec leur volume et leur siège anatomique. La plupart des gros placards donnent à la main une sensation toute particulière de fermeté : la peau qui les recouvre ne peut être pincée ou ridée; si on cherche à les saisir entre les doigts, on reconnaît que c'est bien le derme

Tome IV, Pl. IV



La Pratique Dermatologique

Imp. Firmin Didot et C^{ie} Paris.

Sarcomatose cutanée

Maison et C^{ie} Éditeurs, Paris.Moulage Baratta, Hôp. St-Louis, N^o 1107 (Hallopeau)