

dues, en général oblongues, présentant de légères bosselures à leur surface. Enfin un caractère différentiel des plus importants, c'est que la sensibilité est modifiée et le plus souvent abolie au niveau des tubercules lépreux. L'ensemble des phénomènes morbides, présentés par le malade : léontiasis, plaques anesthésiques, état des nerfs cubitiaux, difformités des extrémités, localisation de l'éruption, permettront le plus souvent de faire le diagnostic, s'il y avait des doutes, la biopsie les dissipera en décelant la présence du bacille de Hansen.

Les *nodosités rhumatismales* peuvent, comme on le sait, être divisées au point de vue de leur évolution en deux grandes catégories : les unes éphémères apparaissant et disparaissant en quelques heures et par conséquent impossibles à confondre avec de véritables tumeurs de la peau ; les autres plus stables et pouvant persister plusieurs jours et même plusieurs semaines. Celles-ci sont quelquefois intra-dermiques, le plus souvent sous-dermiques et siègent dans les plans fibreux profonds. Elles sont de grosseur variable, d'un pois à une noisette et même plus, dures, bien limitées, un peu douloureuses, quelquefois très sensibles à la pression. Elles ressemblent surtout à des fibromes ou à des gommés syphilitiques. Mais n'ayant ni la couleur, ni surtout l'évolution du sarcome, il suffit, en cas de doute, d'observer pendant quelque temps le malade pour arriver à poser le diagnostic d'une manière certaine.

Les *névromes de la peau* constituent une affection des plus rares. Ils sont caractérisés par des nodules plus ou moins bien délimités, arrondis d'ordinaire, de la grosseur d'un pois à une noisette, d'une consistance dure et élastique. On ne peut guère les confondre avec des tumeurs sarcomateuses, car ils sont presque toujours limités à un membre, disposés selon le trajet des filets nerveux et ils sont le siège de douleurs excessivement violentes, spontanées et surtout survenant sous l'influence de la moindre excitation.

Les mêmes caractères permettent de reconnaître d'emblée les *tubercules sous-cutanés douloureux*.

Les variétés ordinaires de la *chéloïde* se distinguent aisément du sarcome ; il n'en est plus de même de la *chéloïde sous-cutanée*. Celle-ci prend, en effet, naissance dans le chorion et même dans le tissu cellulaire sous-cutané et ne tend jamais à former les plaques surélevées et bosselées qui caractérisent le type vulgaire : elle est simplement constituée par des plaques indurées qui peuvent être le siège des mêmes douleurs et des mêmes démangeaisons que les chéloïdes ordinaires ; l'examen microscopique ne révèle dans leur structure que du tissu fibreux pur.

De Amicis a insisté sur le diagnostic différentiel du sarcome qui débute par les extrémités avec l'*asphyxie locale* et la gangrène symétrique des extrémités. Dans l'asphyxie locale, la coloration des téguments est le seul symptôme qui rappelle un peu les sarcomes ; la marche de l'affection, sa localisation si spéciale, l'absence de tumeurs proprement dites, la diffusion, le peu de limites précises des lésions, tous ces signes si caractéristiques permettront d'affirmer le diagnostic.

Le diagnostic de la sarcomatose avec la *neuro-fibromatose généralisée* présente rarement des difficultés ; celle-ci est, en effet, une maladie congénitale caractérisée par le développement de nævi pigmentaires et de fibromes cutanés et hypodermiques. Aux symptômes cutanés s'associent régulièrement des troubles nerveux d'origine centrale, troubles psychiques, moteurs et sensitifs, et presque toujours on constate un retard dans le développement général de l'organisme, de la scoliose, etc. C'est une affection en quelque sorte immobile, sans évolution ; cependant il est assez fréquent de voir un de ces fibromes prendre tout à coup un accroissement considérable qui tantôt conserve la structure du fibrome, tantôt devient sarcomateux, épithéliomateux. C'est dans ce dernier cas qu'un histologiste non prévenu, examinant la tumeur majeure, pourrait affirmer qu'il s'agit là de sarcomatose.

Les *dermatomyomes* ou *myomes de la peau* sont caractérisés par des tumeurs plus ou moins nombreuses, parfois localisées en une région du corps, parfois généralisées et disséminées sur presque toute l'étendue des téguments. Elles sont plus ou moins saillantes, intra-cutanées, quelquefois volumineuses, sessiles ou pédiculées ; leur évolution est des plus lentes, elles restent pendant longtemps stationnaires, ne subissant aucune phase régressive, ne disparaissant pas spontanément. Ces divers caractères permettront de les reconnaître ; en cas d'hésitation, il est facile de pratiquer la biopsie et de constater que ces tumeurs sont presque entièrement constituées par des fibres musculaires lisses.

Le *carcinome de la peau* est caractérisé par des nodules plus ou moins volumineux, variant comme dimensions de celle d'une grosse tête d'épingle à celle d'une noisette, fermes au toucher, d'un rouge rosé ou d'un rouge brun, d'abord isolés, puis devenant peu à peu confluents de façon à former des masses irrégulières, mamelonnées, qui peuvent s'ulcérer, bourgeonner, devenir fongueuses. Cet aspect est assez caractéristique, mais il est surtout un grand fait clinique qui domine toute l'histoire pathologique du cancer de la peau, c'est que cette affection est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, consécutive à un cancer viscéral, ou à un cancer du sein, souvent à une récurrence de ce cancer après ablation. On voit alors la lésion cutanée partir de la cicatrice, s'étendre peu à peu, gagnant de proche en proche, faisant tache d'huile pour ainsi dire. Cette marche est donc bien différente de celle de la sarcomatose généralisée de la peau.

Le *mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée* de Vidal et Brocq est au point de vue clinique caractérisé par des tumeurs bien limitées, siégeant surtout au cuir chevelu, à la face ou sur le tronc, elles sont discrètes sur les membres ; leur volume varie d'un pois à une noisette, mais elles peuvent atteindre de grandes dimensions : un œuf de pigeon, un œuf de poule, le volume du poing ; elles sont alors formées par l'agglomération de tumeurs plus petites. Leur origine est superficielle, elles naissent dans le corps papillaire et, symptôme important, elles s'ulcèrent spontanément. L'ulcération siège au sommet de la néoplasie, ses bords sont anfractueux, décollés, le fond est sanieux, il en sort

une matière puriforme, blanchâtre, elle se vide peu à peu, la coque s'affaisse et tombe en putrilage comme celle d'un kyste sébacé en suppuration. Cette ulcération peut se cicatriser spontanément, mais la surface peut s'ulcérer de nouveau. Histologiquement elles sont caractérisées par des amas de cellules rondes séparées par un réticulum très net. Mais cliniquement la grande différence entre la sarcomatose généralisée et les tumeurs mycosiques d'emblée, réside dans l'ulcération⁽¹⁾.

Traitement des sarcomes de la peau. — Les sarcomes sont des tumeurs malignes dont la terminaison est fatale; leur durée est seulement plus ou moins rapide suivant l'âge du malade, suivant l'espèce histologique du néoplasme. C'est une affection générale incurable, et il n'est pas possible d'espérer que l'extirpation des nodosités, faite à temps, puisse enrayer la marche de la maladie. Il n'existe actuellement, au point de vue médical, aucun traitement spécifique, aucune méthode sérothérapique permettant d'arrêter d'une manière sûre l'évolution de la sarcomatose.

Au point de vue chirurgical, une intervention n'est à pratiquer que pour les sarcomes localisés. L'acte opératoire doit être complet, il faut éviter toutes les interventions incomplètes, telles que : applications de caustiques, destructions partielles; la seule conduite qui soit imposée par les faits est l'ablation radicale, dépassant de beaucoup les limites du mal, amputation d'un doigt ou d'un membre. Dans ces cas la guérison peut être parfaite, surtout quand il s'agit de sarcome fasciculé. En cas de récurrence locale, après une première opération, une ablation nouvelle s'impose encore et cette deuxième intervention peut être suivie de guérison, comme dans un cas de Defontaine⁽²⁾.

Pour le sarcome mélanique, il n'en est plus ainsi : on peut établir comme une règle, qui, jusqu'ici ne présente pas d'exception, que l'intervention opératoire a sur ce néoplasme la plus triste influence. Ce ne sont pas seulement des opérations incomplètes, maladroites, mais des ablations totales, radicales qui ont des effets désastreux. Rien n'est plus saisissant que l'unanimité des observateurs à cet égard; Busch qui en a été particulièrement frappé a donné à son mémoire le titre significatif « Du danger d'extirper les tumeurs mélaniques de la peau ». La conséquence la plus redoutable de l'intervention est la généralisation très rapide après l'acte opératoire; aussi faut-il considérer ces tumeurs comme de vrais *noli me tangere*.

L'abstention est d'autant plus la règle générale, que de nombreux faits démontrent qu'une tumeur mélanique à laquelle on ne touche pas, ne subit aucune modification pendant un délai de neuf à dix ans. C'est aussi ce que

(1) D'après un cas publié par Gastou sous le nom de *dermatose innominée*, à la Société de dermat., du 5 juillet 1900, p. 250, il faudrait faire le diagnostic du sarcome (type Kaposi) avec le lichen plan hypertrophique. Quand nous vîmes ce malade, nous pensâmes pourtant qu'il s'agissait de sarcome pigmentaire multiple idiopathique. Kaposi, auquel fut présenté ce cas au Congrès international de Paris, 1900, n'hésita pas à dire « sarcoma mihi ».

(2) DEFONTAINE, *Soc. de chir.*, t. XII, 1888.

les oculistes ont observé pour le mélanosarcome de la choroïde, qui devient d'un pronostic fatal après l'ablation.

Dans le sarcome pigmentaire multiple idiopathique, quand le début se fait d'emblée par les extrémités par plusieurs foyers, ou dans toute autre variété de sarcomes à éclosion simultanée en plusieurs points de la peau, il est certain que l'on ne peut songer à aucune opération. — Mais quand le début a lieu sur les extrémités, par une tumeur isolée, comme on l'observe dans quelques cas du type Kaposi, l'exérèse de ce nodule initial a été pratiquée; la récurrence ne s'est pas fait attendre plus de deux à trois mois, soit locale, soit en un point plus ou moins éloigné du premier siège, l'amputation du membre fut faite, mais quelques mois après, l'affection récidivait dans le moignon, la pullulation des tumeurs se produisait.

Avant de discuter l'influence de la médication interne, nous devons signaler l'électrolyse qui semble dans quelques cas avoir été pratiquée sans danger et avec un effet d'arrêt sur la tumeur. Brocq⁽¹⁾ a employé dans un certain nombre de tumeurs l'électrolyse négative, elle lui a donné de bons résultats dans trois cas de nævus mélanique de la face.

La médication interne qui a été le plus souvent employée, est la médication arsenicale. C'est la meilleure assurément, mais il ne faut pas cependant lui attribuer une trop grande valeur : l'arsenic a été donné dans certains cas pendant plusieurs années, sans qu'on ait pu constater le moindre effet soit au niveau des lésions cutanées, soit dans l'état général du malade. Dans d'autres cas, au contraire, on a observé la résolution des nodules; mais il ne faut pas oublier que cette résorption, cette atrophie se produisent sans aucune médication. Les observations de Schwimmer et de Kaposi sont très nettes à cet égard; Kaposi dans de nombreuses communications est revenu sur ce fait que dans le type de sarcome pigmentaire multiple idiopathique, l'arsenic donné à hautes doses ne produit aucun effet; il agit, au contraire, dans les cas semblables à ceux que Köbner a publiés et qui se rapprochent plus ou moins du mycosis fongoïde. Dans ces cas, on put voir disparaître un grand nombre de petites tumeurs laissant à leur place un état atrophique de la peau, semblable à celle de la sclérodémie. Que l'on cesse le traitement, la repullulation des tumeurs se produit; en le reprenant, elles disparaissent de nouveau⁽²⁾.

Pour obtenir ces résultats, l'arsenic a toujours été administré longtemps et à des doses très élevées soit par l'estomac, soit par injections sous-cutanées; c'est aujourd'hui la méthode hypodermique qui doit être employée, d'autant que par cette voie l'arsenic ne paraît pas déterminer de diarrhée. Köbner a fait pendant trois mois 51 injections qui représentent 8 grammes de liqueur

(1) BROCCQ, *Soc. franç. de derm.*, 7 nov. 1901.

(2) SAMUEL SHERWELL (*The American Journal of the med. sc.*, octobre 1892, p. 445) donnait 8 gouttes quatre fois par jour (soit 32) de quatre parties de liqueur de Fowler et de une partie de solution de Donovan. En augmentant progressivement, il est arrivé à 104, à 120 gouttes par jour, soit 6 centigrammes et demi par jour.

de Fowler. Après cette première période de traitement pendant laquelle les injections étaient de 4 gouttes, la dose fut progressivement augmentée; elles furent faites de 6, puis de 7 et demie, enfin de 9 gouttes, toujours additionnées d'une égale quantité d'eau distillée. Köbner arriva ainsi à avoir injecté depuis le début du traitement 14^{gr},75 de liqueur de Fowler. Après une suspension de quelques semaines, les injections furent reprises encore pendant deux mois, on injecta 6 grammes de la solution, de sorte qu'en totalité on employa 20^{gr},75, c'est-à-dire 28 centigrammes d'acide arsénieux pur.

Actuellement c'est surtout au cacodylate de soude ou à l'arrhénal que l'on s'adresse pour les injections hypodermiques; elles sont faites profondément dans la fesse tous les jours à la dose de 0^{gr},05 à 0^{gr},10 en séries de sept jours séparés par des intervalles égaux⁽¹⁾.

Il nous reste à dire quelques mots de la sérothérapie dans le traitement des sarcomes. Pour ceux⁽²⁾ qui considèrent les sarcomes comme ayant une origine infectieuse, c'est-à-dire comme étant produits par des micro-organismes encore indéterminés, la sérothérapie ou les injections de toxines microbiennes devaient avoir une action sur la marche de la sarcomatose et peut-être une influence curative. D'ailleurs le hasard avait déjà fait voir que certaines maladies infectieuses intercurrentes, la scarlatine, la fièvre typhoïde, le choléra, mais surtout l'érysipèle avaient produit des résultats accidentels. Quand l'agent pathogène de l'érysipèle fut connu et put être cultivé, Felheisen en 1882 fit des inoculations à des malades atteints de sarcomes; d'autres l'imitèrent. Coley⁽³⁾ de New-York a fait connaître sa statistique comprenant ses cas personnels et d'autres antérieurs, au nombre de 17; parmi ces cas, il en est 8 où l'érysipèle a été artificiellement produit par des inoculations de cultures virulentes; la guérison aurait été obtenue dans deux cas; dans les autres les tumeurs ont d'abord diminué de volume pour reprendre leur marche quelque temps après. Enfin dans huit cas les inoculations n'ont pas produit d'érysipèle. Kreibich a injecté aussi des cultures stérilisées de streptocoques; chaque fois il y a eu élévation de température, mais pas de fonte appréciable de la tumeur. Galippe et Hallopeau⁽⁴⁾ ont observé un cas de guérison de sarcome de l'amygdale, de la cavité bucco-pharyngienne et de la face, dû à Biedert de Haguenau, suivi de guérison à la suite d'un érysipèle intercurrent. Quelle serait l'action de l'érysipèle? Pour les uns, les micro-organismes érysipélateux et les modifications sanguines produites par eux détruisent directement le tissu sarcomateux, les autres croient à une destruction par le microbe de Fehleisen de l'agent infectieux encore indéterminé qui donne lieu à la production du sarcome.

(1) Les cacodylates et les autres composés organiques non toxiques remplacent désormais les anciens composés de l'arsenic minéral, dont ils permettent de multiplier les effets utiles sans en avoir les propriétés nocives. Le méthylarsinate disodique ou arrhénal contient 54,1 pour 100 de son poids d'arsenic métalloïdique, répondant à 45 pour 100 d'acide arsénieux. Malgré cette quantité relativement énorme d'arsenic, on peut donner, exceptionnellement il est vrai, ce médicament à un adulte à la dose de 200 milligrammes, et plus sans l'intoxiquer; mais la dose thérapeutique est de 25 à 100 milligrammes par jour. Il peut être indifféremment pris par la bouche ou en injections hypodermiques; elles ne sont pas douloureuses. (A. GAUTIER, *Acad. de méd.*, février 1902.)

(2) DELBET, *loc. cit.*

(3) W. B. COLEY, *Amer. Journal of the med. sc.*, 1895.

(4) GALIPPE e HALLOPEAU, *Ann. de dermat.*, 1898, p. 1117.

La médication par la quinine, suivant la méthode de Jaboulay⁽¹⁾, doit être rapprochée de la sérothérapie; elle pourra être essayée surtout dans les sarcomes mélaniques⁽²⁾. Tous les deux jours et même tous les jours pendant huit jours on peut faire une injection intra-musculaire de 0,50, 0,60 de sulfochlorhydrate de quinine, les huit jours suivants donner deux à trois cachets par jour de 0,60 de quinine. Continuer ainsi plus ou moins longtemps suivant la tolérance des malades.

SARCOPTÉ. — Étym. : de *Σαρξ*, chair et *κοπτειν*, couper.

Nom du parasite qui produit la gale de l'homme. C'est un arachnide, de l'ordre des acariens, famille des sarcoptides, tribu des sarcoptides psoriques, genre sarcopte, espèce *sarcoptes scabiei*, variété *hominis*.

Synonymie : *acarus humanus*, *subcutaneus*, *acarus scabiei*, etc.

Voir les articles : *Dermatozoaire*, t. I, p. 842, et *Gale*, t. II, p. 726.

SAURIASIS. — Étym. : de *Σαῦρα*, lézard. — Syn. : Ichtyose hyperkératosique, saurodermie.

Forme intense d'ichtyose dans laquelle les squames, larges, épaisses et dures, simulent la carapace des grands sauriens.

Voir l'article : *Ichtyose*, t. II, p. 855.

SCARLATINIFORME (ÉRYTHÈMES). — Besnier a décrit sous le nom d'érythèmes scarlatiniformes récidivants, en 1876, des érythèmes aigus ou subaigus qui se rapprochent des pyrexies érythémateuses par la *réaction générale*, parfois intense, qui les accompagne à leur début; de la scarlatine par les caractères de l'éruption, voire même quelquefois par des *localisations* ou des *complications* qui rendent l'assimilation plus étroite; mais que leurs conditions étiologiques et pathogéniques *variables*, leur durée *inégalement*, irrégulière, leur mode évolutif, leur *non-contagiosité* et leur *caractère récidivant*, ramènent beaucoup plus près des érythèmes proprement dits.

La délimitation précise de ce groupe est difficile, car, dans beaucoup de cas, les altérations légumentaires dépassent le type conventionnel de l'érythème exsudatif pour affecter des caractères plus profonds, et se confondre,

(1) JABOULAY, *Soc. de chir. et Presse méd.*, n° 16, 1901.

(2) PÉCUS, Traitement de la mélanose chez le cheval par la quinine. (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, p. 109, 1905.)