

## § II. — Cancer de la peau.

L'étude des pseudoplasmes hétéromorphes de la peau a déjà été faite avec détail dans le premier volume de cet ouvrage, aux articles ÉPITHÉLIOME et CARCINOME, et je n'ai l'intention de revenir ici que sur certains points de l'histoire du cancer cutané.

Ce cancer est très-souvent consécutif à un pseudoplasme de même nature, développé dans des parties voisines. Ainsi le squirrhe du sein s'accompagne fréquemment de tubercules cancéreux dans la peau qui entoure la mamelle. Quelques-uns de ces tubercules ont le volume d'une noisette, tandis que d'autres ne sont pas plus gros que la tête d'une épingle. Le cancer primitif de la peau est plus rare, et c'est lui dont il sera question ici. Son développement a un côté clinique intéressant ; car la maladie, à son début, peut être facilement prise pour une lésion presque insignifiante.

HISTORIQUE. — J'ai montré dans l'article ÉPITHÉLIOME comment s'était constituée peu à peu, au double point de vue clinique et anatomique, l'histoire du cancer et du cancroïde épithélial de la peau. L'histologie pathologique instituée par les études micrographiques n'a fait que confirmer ce que d'anciens chirurgiens avaient soupçonné sur la nature distincte de ces deux produits morbides ; peut-être même, dans ces dernières années, a-t-on été trop loin, car au moment où l'on étudiait avec le plus de soin les *épithéliomes*, on a souvent méconnu de véritables cancers de la peau. Il faut consulter sur ce point de chirurgie les différents travaux que j'ai indiqués aux articles ÉPITHÉLIOME et CARCINOME.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le cancer primitif de la peau revêt le plus souvent les formes du *squirrhe*, de l'*encéphaloïde* et de la *mélânose*.

Le *squirrhe* cutané débute par un ou plusieurs petits tubercules durs, incompressibles, arrondis ou de forme ovalaire, aplatis ou légèrement convexes quand ils ont un petit volume, tubéreux lorsqu'ils sont plus larges. Ces tubercules sont développés dans l'épaisseur du derme et se déplacent avec la peau, qui est souvent dense, fine et un peu rougeâtre au-dessus d'eux. Une incision faite dans leur épaisseur permet de constater tous les caractères connus du squirrhe avec absence de suc.

Quand la peau sert de trame à un *encéphaloïde*, les noyaux de matière cancéreuse ont l'aspect d'un tissu mou, à trame légèrement fibreuse, blanchâtre, piqueté de rouge çà et là. Il est très-facile d'exprimer du suc cancéreux d'une coupe de ces cancers encéphaloïdes de la peau. Quelquefois même on voit ce suc se réunir de façon à former de petites cavités remplies d'un liquide blanchâtre, crémeux, qu'on prendrait pour du pus dans un abcès.

Une autre forme du cancer cutané, c'est la *mélânose*, que j'ai déjà décrite avec soin. J'ai dit alors que la peau était un des lieux d'élection

du cancer mélané, et l'on peut voir là tous les degrés de cette espèce de cancer. Tantôt, en effet, on trouve dans un tissu grisâtre des taches d'un gris de fer, ou tout à fait brunes ; tantôt une matière absolument noire, à laquelle le nom d'*anthracine* a été donné autrefois. On doit savoir d'ailleurs qu'une très-petite quantité de pigment suffit à colorer une assez grande étendue de tissu cancéreux.

Les éléments micrographiques du cancer cutané sont ceux que nous avons fait connaître à l'article général sur le cancer.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début du cancer cutané par un petit tubercule indolent laisse souvent le malade dans une tranquillité parfaite sur la nature si grave d'une semblable lésion. Des douleurs plus ou moins vives, qui surviennent plus tard, éveillent son attention et le conduisent à consulter un chirurgien. On trouve souvent alors la surface épidermique rouge ou bien une érosion superficielle du derme. Dans les cas que j'ai observés, on constatait, sous une couche épaisse d'épiderme, une surface granuleuse, humide, piquetée de taches noirâtres sur un fond gris. Quelquefois un ulcère taillé à pic succède à l'érosion superficielle du derme ; dans d'autres cas l'ulcération ne s'établit point, mais la production morbide s'étend par le développement de tubercules carcinomateux dans le voisinage du tubercule primitif.

La propagation de la tumeur se fait, soit par le développement successif de petits cancers à une distance plus ou moins grande du mal, soit par l'engorgement cancéreux des ganglions. J'ai observé à cet égard quelques cas très-curieux que je mentionnerai brièvement, parce qu'ils montrent bien le grand danger de petits cancers de la peau en apparence insignifiants.

J'enlevai au talon d'un homme un petit cancer du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, moitié encéphaloïde, moitié mélanique. La cicatrisation se fit bien ; mais, six mois après, on trouvait dans l'aîne de ce malade une tumeur ganglionnaire volumineuse, à marche rapide, dont je fis l'extirpation en présence de Velpeau, et qui renfermait de la mélânose à l'état liquide. Le malade succomba trois jours après l'opération avec des accidents comateux.

J'ai extirpé une énorme tumeur encéphaloïde de l'aîne à une femme qui, huit mois auparavant, avait eu à la face externe de la jambe un *bouton* qu'un médecin avait détruit par la pâte de Vienne, et qui avait laissé une cicatrice souple un peu bordée de noir à sa circonférence. Cette femme guérit de cette grande opération ; mais, trois mois après, elle succombait à des accès d'étouffements provoqués sans doute par la compression qu'exerçaient sur ses organes respiratoires des ganglions thoraciques infiltrés d'éléments cancéreux, car cette malheureuse, peu de temps avant sa mort, avait vu naître dans les régions sus-claviculaires deux énormes tumeurs.

Je citerai enfin un troisième cas analogue aux précédents : une femme, opérée par les caustiques d'une très-petite tumeur qui se trouvait sur la

peau du gros orteil droit, vint me consulter six mois après cette cautérisation faite par Thomas (de Tours). La cicatrice était un peu brunâtre, mais sans tuméfaction ni douleur, et ce qui tourmentait la malade, c'était une tumeur assez fluctuante à la partie supérieure de la cuisse. Il était remarquable de trouver là, comme dans les cas déjà cités, une indépendance apparente de la maladie primitive et de l'engorgement ganglionnaire. Aussi un chirurgien de Paris qui vit la malade avec moi crut à un kyste séreux de l'aîne, et n'accepta pas mon diagnostic d'une poche ganglionnaire remplie de mélanose demi-liquide. L'opération vint malheureusement confirmer ma supposition; et quatre à cinq mois après l'ablation, d'ailleurs partielle, de ce cancer ganglionnaire, la malade succombait aux progrès de l'altération cancéreuse.

Le cancer cutané peut s'ulcérer, et l'on observe alors tous les accidents déjà étudiés des ulcères cancéreux : tels que destruction des parties, écoulements sanguins, etc.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer primitif de la peau est assez rare. La forme qu'on observe le plus souvent est l'encéphaloïde plus ou moins mêlé de mélanose. Sur 365 cas de cancers divers, Paget a relevé 25 cas de mélanose, dont 14 avaient leur siège dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces 14 cas de mélanose cutanée cancéreuse, on trouve que dans un cas il n'y avait aucune cause locale, que dans 2 on pouvait accuser des blessures, quoiqu'on ne connût pas bien l'état antérieur de la peau; enfin, que dans 10 cas le cancer mélané avait succédé à une tache pigmentaire congénitale, et dans un autre à une verrue. C'est à la face et aux membres inférieurs qu'on observe le plus souvent le cancer cutané.

DIAGNOSTIC. — Ce cancer ne peut être confondu qu'avec certaines formes d'épithéliome dont nous avons fait l'histoire générale dans le premier volume. Mais si l'on examine avec soin ces deux tissus morbides, on trouve qu'ils diffèrent l'un de l'autre par des caractères assez tranchés. Ainsi la surface de l'épithéliome est papillaire, et sa coupe est d'un jaune pâle, facile à écraser, un peu sèche, ou du moins privée du suc qu'on peut en général faire sortir par la pression du cancer; de plus, les éléments microscopiques sont très-différents dans le cancer et dans l'épithéliome, affection qui marche lentement et est souvent de longue durée.

Le pronostic du cancer cutané est très-grave, car la plupart des malades succombent soit à la généralisation du cancer, soit par l'infection du système lymphatique, soit par un autre mécanisme.

TRAITEMENT. — On peut enlever le cancer cutané par le bistouri ou le détruire par les caustiques. Je donnerai ici la préférence au caustique arsenical, qui étend son influence loin des parties sur lesquelles il est appliqué. Cependant le caustique ne préserve pas plus que le bistouri d'une récurrence presque fatale. Quand le cancer cutané s'accompagne d'infection ganglionnaire commençante, il est bon de s'abstenir de toute opération.

## ARTICLE III.

## AFFECTIONS ENDÉMIQUES.

Je dirai seulement quelques mots de deux affections endémiques de la peau, qui ont un caractère chirurgical, mais sur la nature desquelles on est loin d'être d'accord : l'une, le *bouton d'Alep*, a été mieux étudiée que l'autre, le *bouton de Biskra*.

## 1° Bouton d'Alep.

On donne le nom de *bouton d'Alep*, *pustule d'Alep* (*bouton d'un an* des Arabes, *hhabb el sekeh*), à une affection cutanée tuberculeuse qui règne endémiquement à Alep, à Bagdad, sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, dans toutes les villes situées entre Bagdad et Alep, au pied du Liban, à Téhéran, et peut-être même à Candie et en Égypte.

HISTORIQUE. — On a, depuis Volney (1), publié un certain nombre de travaux intéressants sur le bouton d'Alep; nous nous bornerons à indiquer les suivants :

GUILHOU, *Essai sur le bouton d'Alep* (thèse de Paris, 1833, n° 165). — RAFALOWITSCH, *Briefe eines russischen Arztes, aus d. Türkei*. [Lettres d'un médecin russe en Turquie.] Ausland, 1847, n° 218. — WILLEMIN, *Mémoire sur le bouton d'Alep*, avec deux planches coloriées, 1854.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie consiste en un ou plusieurs tubercules, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, qui se développent lentement à la face et aux extrémités, sur la partie interne des membres. Chez les indigènes, c'est la face qui est le siège de prédilection de l'éruption; chez les étrangers, c'est le contraire qui a lieu. Guilhou a vu soixante-dix-sept tubercules sur un individu; mais le plus souvent le bouton d'Alep est unique, et dans ce dernier cas les Arabes lui attribuent une plus grande gravité. On donne à Alep le nom de *bouton mâle* au bouton unique, et celui de *bouton femelle* au bouton multiple.

Le bouton d'Alep débute par une saillie lenticulaire, sans chaleur, sans prurit, sans rougeur. De petites écailles blanchâtres se forment au-dessus de ce tubercule, s'en détachent, et se reproduisent alternativement, jusqu'à ce qu'au bout de quatre à cinq mois, le tubercule arrive à une période de ramollissement, qui est souvent annoncée par de vives douleurs, surtout quand le bouton siège au niveau des articulations. Alors une croûte se forme à la surface du bouton par suite de l'exhalation d'une sérosité limpide. Cette croûte tombe spontanément ou est arrachée par le malade, puis elle se reforme et se détache de nouveau. On voit alors au-dessous d'elle une ulcération inégale, rouge, située tantôt au niveau des téguments, tantôt plus bas qu'eux, et ne présentant pas les bourgeons charnus des ulcérations ordinaires.

(1) *Voyage en Syrie et en Égypte*, t. II, p. 130.