

NOTE SUR UNE OBSERVATION

DE

SARCOME ALVÉOLAIRE MÉLANIQUE

DE LA PEAU

PAR

Les D^{rs} PETRINI (de Galatz) et V. BABES

PROFESSEURS A L'UNIVERSITÉ DE DUCHAREST.



COMMUNICATION FAITE AU

Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie

Paris, Août 1889.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1889

NOTE SUR UNE OBSERVATION

DE

SARCOME ALVÉOLAIRE MÉLANIQUE

DE LA PEAU

PAR

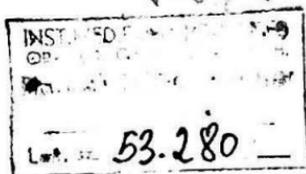
Les D^{rs} PETRINI (de Galatz) et V. BABES

PROFESSEURS A L'UNIVERSITÉ DE BUCHAREST.



Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie

Paris, Août 1889.



PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1889

31 MAY 2004



1005 1111 10

NOTE SUR UNE OBSERVATION

DE

SARCOME ALVÉOLAIRE MÉLANIQUE

DE LA PEAU

I

Les tumeurs malignes et mélaniques de la peau ne sont pas très réquentes.

Ainsi F.-B. Curling ¹ dit n'avoir observé qu'un seul cas de cancer mélanique du scrotum.

Mais, d'après Follin ², la peau serait un des lieux d'élection du cancer mélanique, et l'on y rencontrerait tous les degrés de cette espèce de néoplasie.

Cependant en parlant de l'étiologie de ces tumeurs, l'auteur dit que le cancer primitif de la peau est assez rare.

Il est certain que cette rareté existe pour les tumeurs mélaniques, malignes; quant aux épithéliomes, on connaît leur fréquence.

Bouilly ³, parlant des tumeurs du scrotum, dit que les sarcomes et les carcinomes sont tout à fait exceptionnels.

D'un autre côté, Paget, cité par Follin ⁴ sur 365 cas des cancers divers, relève 25 cas de mélanose, dont 14 avaient leur siège dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant aux causes de l'affection, parmi ces 14 cas, 2 pouvaient être considérés comme survenus à la suite des traumatismes.

Le cas que nous avons observé dernièrement, et qui fait le sujet de cette note, a aussi, comme on le verra, une origine traumatique, et, comme, malgré toutes les nouvelles recherches, la pathogénie de cette néoplasie laisse encore beaucoup à désirer, il est bon, au moins pour le moment, de mentionner cette cause de

1. *Traité pratique des maladies du testicule*, page 609.

2. *Traité élémentaire de path. externe*, t. II, 1872, page 68.

3. *Manuel de path. externe*, page 223.

4. Follin, *loc. cit.*

la néoplasie cutanée, quoique nous proposons de revenir, à la fin de cette communication, sur l'influence de ce traumatisme.

Comme chez notre malade la néoplasie a commencé probablement par la peau du scrotum, et que la plupart des auteurs sont d'accord sur la rareté de ces tumeurs dans cette région ; comme d'un autre côté nous avons pu assister à l'évolution de ces tumeurs et avons remarqué la marche rapide de l'accroissement de ces néoplasies, et sa généralisation sur la peau de la région pubienne, nous avons pensé qu'il était très intéressant d'étudier ce cas et de le publier.

Dernièrement à la Société de médecine de Berlin, le Dr Fürbringer ¹, communiquant les pièces anatomiques d'un cas de cancer mélanique, dit que son malade, âgé de vingt-cinq ans, mourut à la suite de son affection, et que l'on trouva dans les poumons un grand nombre des tumeurs cancéreuses mélaniques ; que, de plus, tout le système, sauf les os du crâne, était cancéreux.

Comme conclusion, Fürbringer émit l'opinion que la maladie avait débuté par le système osseux.

Le professeur Virchow qui présidait dit à cette occasion quelques mots, que nous avons cru devoir reproduire ici. « Je crois, dit-il, comme mon collègue, que la maladie a pu prendre naissance dans les os longs ; mais n'ayant pas trouvé de cas semblables dans la littérature, je dois réserver mon opinion, et cela d'autant plus, que quelquefois le cancer mélanique se développe primitivement dans le tissu adipeux sous-cutané, formation analogue à la moelle des os. »

Nous devons ajouter, avant de décrire l'observation du malade, que deux semaines après sa sortie de nos salles, il a été vu par un confrère, qui nous a dit avoir observé sur la peau du ventre quelques petites tumeurs à évolution différente et ayant toujours les caractères qu'on verra ici. Voici l'observation de ce malade :

Le nommé M. F., âgé de trente-six ans, né dans le département d'Ilfov, marié, laboureur à la campagne, est entré dans le service d'un de nous, à l'hôpital Colentina, le 1^{er} février 1888, et est sorti le 16 mars suivant. Le malade nous dit que son père est mort depuis longtemps et qu'il ignore la cause de sa mort. Sa mère vit encore, elle est âgée de soixante ans, mais elle est aveugle depuis une dizaine d'années. Notre malade s'est très bien porté, n'a fait aucune maladie jusqu'en l'année 1885. Il se maria en 1872, et eut cinq enfants tous bien portants, et sans aucune éruption sur le corps. Pendant l'année 1885, il lui est arrivé l'accident suivant : pendant qu'il aidait un de ses camarades à faire monter un tonneau sur une petite hauteur, il fut cogné par le timon

1. *Semaine médicale*, n° 26, du 27 juin 1888.

de la voiture qui avait servi au transport dudit tonneau, juste au scrotum qui fut déchiré en trois lambeaux, entre lesquels le testicule du côté gauche faisait hernie au dehors. De cet accident résulta une hémorrhagie assez abondante.

Transporté chez lui, il garda pendant trois semaines le lit, et en s'appliquant sur la plaie du scrotum quelques pommades empiriques, il fut guéri au bout de ce temps.

Jusqu'au moment de cet accident il affirme n'avoir rien observé sur son scrotum.

Mais bientôt après la guérison il constata une certaine végétation à la partie inférieure gauche, près du sillon inguino-scrotal, et située aux environs de l'endroit lésé. Cette végétation, grosse comme une graine de maïs, était couverte par moments de squames et occasionnait des démangeaisons.

Pendant toute une année cette végétation garda le même volume. Puis elle commença à augmenter, et, en prenant la forme d'un champignon de champ, arriva à avoir la grosseur d'une pièce de deux francs.

Cet accroissement continua jusqu'à l'automne de 1887, lorsque apparurent sur la peau du scrotum plusieurs petites nodosités d'un bleu noirâtre et accompagnées d'une certaine douleur.

Quelques-unes de ces petites tumeurs prirent un plus grand développement; ainsi une de celles qui siégeaient à la partie supérieure du sillon inguino-scrotal gauche atteignit le volume d'un œuf de poule. La surface de ces tumeurs était sécrétante, mais les douleurs étaient moindres.

A cette époque, octobre 1887, il vint à Bucharest et se fit recevoir à l'hôpital Brancoveano, dans le service du D^r Patzelt.

Dans ce service on lui enleva le testicule gauche, les deux tumeurs les plus grosses, et on racla les plus petites. Au bout de sept semaines, le malade quitta l'hôpital complètement guéri en apparence.

Mais bientôt après sa sortie de l'hôpital, les petits nodules, qui à la suite du raclage avaient plutôt l'aspect de petites taches bleuâtres, commencèrent à réapparaître, à s'accroître et à se multiplier en même temps.

A son entrée dans notre service, je constate :

Le malade jouit d'une bonne constitution, il est bien musclé, mais un peu maigre.

Tous les organes sont en bon état. Il n'a pas de troubles du côté de l'appareil génito-urinaire; pas d'inappétence, pas de constipation, ni de diarrhée.

En découvrant le malade et en regardant la région inguino-scrotale et pubienne, on voit un très grand nombre de petites taches rondes, et de tumeurs, variant de volume, comme nous allons le décrire, et ayant une couleur soit bleuâtre, soit d'un bleu noirâtre. Elles sont dures à la palpation, et, en prenant entre deux doigts les tumeurs arrivées à une certaine évolution, on s'aperçoit facilement que ces productions néoplasiques sont implantées dans la partie profonde du derme. Les taches que l'on observe ont une couleur ardoisée, ce qui indique le premier degré d'évolution des tumeurs plus volumineuses que nous constatons. Ces

taches rondes ont le volume d'un petit grain de millet, comme on peut le voir sur la planche macroscopique de cette note. Les tumeurs les plus grosses ont une coloration d'un bleu noirâtre.

Le nombre de ces néoplasies étant considérable, nous allons indiquer ici par région, l'existence de ces productions mélaniques.

Dans la région inguinale gauche au-dessus d'une cicatrice, nous constatons 15 petites tumeurs réunies entre elles, et si serrées qu'on a peine à les compter. La surface de ces tumeurs présente par-ci par-là des croûtes minces d'un blanc grisâtre et sale. La couleur de ces néoplasies est d'un bleu grisâtre, elles sont dures à la palpation, non ulcérées, varient de volume depuis celui d'une graine de millet jusqu'à celui d'une graine de maïs.

A la partie supéro-interne de la cuisse gauche on trouve 7 néoplasies semblables, disposées en séries parallèles au sillon inguino-scrotal correspondant. Ces tumeurs sont en voie d'évolution primitive, et elles ne proéminent à la surface de la peau que d'un millimètre. Elles sont plutôt développées en largeur qu'en hauteur, infiltrées dans le tégument, et dures à la palpation. Leur coloration n'est pas la même; tandis que quelques-unes ont une légère teinte grisâtre, d'autres ont un vert grisâtre. Au-dessous de ces tumeurs on sent les ganglions lymphatiques indurés.

En descendant plus bas on voit, sur le long du sillon inguino-scrotal gauche, 38 de ces petites tumeurs mélaniques. Elles ont une couleur bleu grisâtre et bleu noirâtre, et de grosseur variable.

Quelques-unes sont réunies entre elles, et forment trois groupes sphériques, faisant saillie de 5 millimètres à la surface du tégument, couvertes en partie de minces croûtes grisâtres. D'autres ne proéminent pas à la surface de la peau, sont de la grosseur d'une graine de millet, et font corps avec le derme. Autour de ces tumeurs on constate l'induration du tégument.

Entre la racine de la verge et la région pubienne on trouve 17 tumeurs pareilles aux précédentes, et à différents degrés d'évolution. Sur la verge même on trouve 3 tumeurs semblables, mais plus petites, à l'état d'ébauche seulement.

Aussi une d'entre elles ne se distingue du reste du tégument que par sa coloration grisâtre. Ici aussi les parties situées au-dessous de ces tumeurs sont indurées, et on sent un cordon dur qui occupe une ligne du sommet, jusqu'à la racine de la verge. A l'endroit où la peau de cet organe se continue avec la peau du scrotum, on trouve une tumeur mélanique, grosse comme une graine de maïs.

Sur la région médiane du scrotum nous trouvons une série de 40 tumeurs, de diamètres variables, fluctuantes et du volume d'une graine de millet à une grosse graine de maïs.

Quelques-unes de ces tumeurs constituent sur la partie médiane de la région un groupe, et par leur agglomération font saillie au-dessus du niveau de la peau d'à peu près un centimètre. Cette masse de néoplasies affecte à peu près la forme sphérique. Entre les limites de ces tumeurs se voient quelques croûtes d'un blanc grisâtre.

Autour de ces tumeurs rassemblées en groupe on trouve, disséminées en grand nombre, des taches bleuâtres, grisâtres, rondes, ne faisant pas de saillie à la surface, et constituant certainement l'état embryonnaire de ces néoplasies.

Les tumeurs isolées de cette région ayant le volume d'une graine de maïs sont dures, sphériques, bombées; et, tout autour, le tégument est aussi induré.

A la base du scrotum en commençant à son tiers inférieur, et en suivant une ligne sur le long du raphé médian, jusqu'au tour de l'orifice anal, et sur les parties latérales jusqu'aux sillons fessiers, on trouve une agglomération de tumeurs, à un degré d'évolution plus avancé que les précédentes, constituant une masse remarquable de ces tumeurs mélaniques. Cette masse a comme diamètre longitudinal 9 centimètres et 7 centimètres de largeur.

Ces tumeurs ont l'aspect de grains de raisin placés les uns à côté des autres. Entre ces tumeurs on constate des croûtes grisâtres, ce qui fait que la surface de ces néoplasies ne présente pas une coloration uniforme. Cependant à les regarder de près, on voit qu'elles ont la même coloration d'un bleu grisâtre ou noirâtre. Leur volume seulement est plus grand; il atteint celui d'un grain de raisin, une d'entre elles est même grosse comme une noisette. Le nombre des tumeurs qui siègent dans cette région est de 80. Les tissus voisins sont aussi considérablement indurés. Tout autour de l'orifice anal, on constate quelques taches bleuâtres, grisâtres, comme celles observées dans les autres régions. On trouve de semblables tumeurs embryonnaires sur le trajet du sillon inguino-scrotal droit. A la partie supéro-interne de la cuisse droite nous trouvons 3 tumeurs mélaniques. A ce même endroit, on sent par la palpation, infiltré dans la peau, un petit nodule, qui, après quelques jours, a pris un développement sensible et qui fait saillie au niveau du tégument, présentant une coloration grisâtre.

II

A propos de la marche évolutive de ces tumeurs, nous devons faire observer qu'une petite tache ronde, à peine teintée en gris, prenait déjà, après cinq à sept jours, un certain volume, faisait saillie sur le tégument, et prenait une coloration d'un gris ardoisé bleuâtre; de plus, au cours de leur évolution, ces tumeurs changeaient aussi de couleur et de forme et devenaient sphériques et bleu noirâtre. Nous avons donc suivi l'évolution de ces néoplasies, et constaté que toujours elles commençaient par une simple petite tache ronde d'abord à peine grisâtre, et arrivaient au volume d'un grain de maïs, leur coloration devenant presque noire.

Nous devons aussi faire remarquer que dès l'évolution embryonnaire de ces simples taches que nous venons de signaler, nous constatons un certain degré d'induration dans la peau de la région envahie; et, qu'avec l'évolution de ces néoplasies, cette induration augmentait. Pendant le

séjour de ce malade dans notre service, il s'est toujours plaint de douleurs du côté des régions envahies par les tumeurs; la douleur, au dire du malade, était assez forte, et se faisait sentir dans chaque tumeur. Cette douleur était encore plus forte, plus insupportable dans la région inguinale gauche, au niveau de la cicatrice existante.

Les ganglions des régions inguinales sont augmentés de volume. Dans la région inguinale droite, nous trouvons quatre ganglions volumineux; l'un de ces ganglions est gros comme une petite noix, et soulève la peau en surface. La palpation ne cause aucune douleur dans cette région. Les ganglions correspondants du côté gauche sont englobés dans la cicatrice que nous avons mentionnée formant une masse dure, diffuse sur une étendue de 7 centimètres. Cette masse dure se prolonge d'un côté vers la racine de la verge et la région pubienne, et de l'autre côté du scrotum, sur le trajet du sillon inguino-scrotal gauche; enfin nous trouvons cette même infiltration dure du tégument du côté de la région supéro-interne de la cuisse gauche. En comprimant avec les doigts cette masse, le malade accuse de la douleur.

Au niveau de cette masse dure, la surface de la peau est inégale, dans certains endroits elle est déprimée, ailleurs elle est soulevée, et cet aspect est dû à la cicatrice qu'on trouve ici. L'examen de la peau du scrotum fait constater un empâtement sclérotique des couches scrotales, qui sont douloureuses à la pression. Les parties de la peau de cette région non envahie par la néoplasie ont une coloration d'un rouge prononcé.

Le malade ne présente qu'un seul testicule, celui du côté droit, le testicule gauche ayant été extirpé dans l'opération mentionnée. En faisant l'énumération des globules rouges du sang chez ce malade, avec l'appareil de Malassez, nous avons constaté un nombre de 3 800 000 hématies; mais le nombre des globules blancs, comprenant plusieurs champs microscopiques, était plus grand.

De même nous avons constaté la disposition normale des hématies, leur volume et leur forme normaux; et, à côté des globules de $9\ \mu$, nous avons trouvé des hématies de $7\ \mu$, et quelques globulins de $2\ \mu$.

Nous avons fixé le sang sortant du doigt du malade par l'acide osmique 1 p. 100; nous avons coloré avec le rouge d'aniline; cet examen ne nous a rien révélé. Notre attention pendant l'examen a été surtout portée vers les globules blancs, et, en examinant du sang frais, avec le n° 12 de Reichert, nous avons observé dans quelques globules blancs, dans leur protoplasma, des granulations noires de pigment. L'examen microscopique du sang a été toujours pratiqué le matin entre dix et onze heures, et avant le déjeuner.

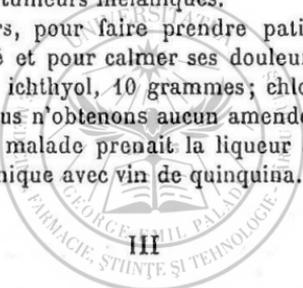
L'examen de l'urine nous a fourni le résultat suivant : coloration jaune, pâle à l'émission; mais, exposée à l'air et à la lumière du jour, l'urine prenait une teinte foncée, et devenait noire après quelques heures. Cette remarque a été faite aussi par le Dr Istraty, notre collègue distingué à la Faculté des sciences, qui a bien voulu faire l'analyse de l'urine de ce malade.

Sur ce point, notre observation concorde avec celles des docteurs Liselt

et Balze¹. Il est à observer que l'analyse de l'urine nous indique 1005 comme densité, alors qu'à l'état normal, elle est de 1018 à 1022; les matières organiques et minérales sont aussi diminuées; l'urée est évaluée à 3,05 par litre, et à 4 gr. 57 par vingt-quatre heures, au lieu de 25 grammes et plus à l'état normal en vingt-quatre heures. L'acide urique est aussi très diminué; de même, l'indican est à peine appréciable. L'examen microscopique de l'urine ne nous a rien donné d'anormal. En ce qui concerne l'analyse de l'urine de notre malade et la constatation d'une diminution de la quantité de l'urée et de l'acide urique, notre observation est d'accord avec celle de M. F. Muller, qui, au huitième Congrès allemand de médecine interne (session de Wiesbaden, 15-18 avril 1889), a dit qu'il y a diminution de la quantité d'urée dans les urines des cancéreux, et le coma final serait dû à une intoxication par les matières extractives, les déchets encombrant l'organisme. Elle doit être la vérité, et il est certain que la retenue des substances extractives dans le sang doit jouer un grand rôle dans la prognose de ces néoplasies. Dès son entrée dans le service, et avant de faire l'examen histologique de ces néoplasies, nous avons institué le traitement suivant : une pommade avec 50 grammes de vaseline, 5 grammes de résorcine, pour appliquer sur les tumeurs mélaniques.

Après quelques jours, pour faire prendre patience au malade qui demandait à être opéré et pour calmer ses douleurs, nous prescrivions : vaseline, 50 grammes; ichthyol, 10 grammes; chlorhydrate de cocaïne, 0,50 centigr.; mais nous n'obtenons aucun amendement à la douleur.

En même temps le malade prenait la liqueur arsenicale de Fowler, et une alimentation tonique avec vin de quinquina.



Pour l'examen histologique, nous avons pris sur le malade dès son entrée dans le service une petite tumeur mélanique, sphérique, non ulcérée, sur la région pubienne, et, le 10 mars suivant, nous en prenons encore une semblable sur la région supéro-interne de la cuisse.

Ces deux petites tumeurs ont été durcies par l'alcool, gomme et alcool. Les coupes, colorées au picro-carminate d'ammoniaque à 1 pour 100 de Ranvier, ont été examinées dans la glycérine neutre.

Tout d'abord on constate une dissociation des couches du *stratum corneum* au niveau des petites tumeurs et de leur voisinage. En outre, on voit des élévations produisant des petites écailles superficielles et profondes, flasques et souvent rompues (c).

La couche de Malpighi est assez bien conservée et assez épaisse même au niveau des noyaux superficiels. Seulement ici les pa-

1. Prager, *Vierteljahrsschrift*, t. II, p. 140, 1860.

pilles sont très basses ou même disparues. Aux parties voisines des tumeurs le derme est peu modifié et c'est surtout autour des vaisseaux qu'on trouve une accumulation des cellules embryonnaires, en même temps qu'une prolifération des endothéliums et des cellules périthéliales de certains vaisseaux sanguins.

Par places, ces cellules contiennent des grains d'un pigment brun.

En étudiant le développement des plus petites tumeurs dans la profondeur du derme, on constate une vascularisation plus abondante, une zone des cellules proliférées et migratrices plus *large* et entre les fibres peu modifiées du tissu conjonctif des cellules irrégulières, souvent avec des prolongements, d'autres avec les caractères des cellules endothéliales gonflées (v). Certains de ces éléments plus grands que les autres sont en même temps pigmentés. (Pl. II, c.)

Dans cette zone on voit des groupes assez bien limités de cellules embryonnaires (pl. I et pl. II), ayant l'aspect de follicules lymphatiques; dans ces foyers pénètrent des cellules isolées de forme différente, pigmentées, plus grandes, aux noyaux moins précis, ou bien des corpuscules pigmentés plus petits.

Comme ces petites tumeurs se trouvent en contact intime avec les glandes sudoripares, nous avons représenté la relation de la tumeur proprement dite avec ces glandes.

En examinant superficiellement nos préparations microscopiques on est porté à croire que les éléments de la tumeur proviennent des cellules glandulaires, tandis qu'après un examen approfondi on voit que le mélange des éléments de la tumeur sur les glandes consiste dans une suppression, dans une dégénérescence des éléments glandulaires.

Les paquets des glandes (pl. I. et pl. II) sont entourés d'un tissu fibreux concentrique, et chaque tube montre la membrane basale épaissie (b).

La couche des cellules situées sur cette membrane est peu modifiée, et, entre ces cellules et les cellules longues cylindriques, il y a des vacuoles qui renferment par places du pigment brunâtre.

La lumière des glandes renferme une masse grenue jaunâtre.

Entre les anses glandulaires existe une prolifération des cellules qui tapissent les fentes lymphatiques et dans leur lumière se trouvent de grandes cellules irrégulières isolées pigmentées.

Dans le voisinage de la tumeur les anses glandulaires sont comprimées et leur épithélium a subi une dégénérescence uniforme, hyaline, leur lumière est comprimée et la partie périphérique des cellules glandulaires renferme beaucoup de vacuoles et souvent du pigment.

La tumeur même commence évidemment avec une prolifération des vaisseaux lymphatiques entre les trabécules fibreuses.

Au commencement on constate encore la disposition des cellules endothéliales gonflées et des cellules pigmentées dans leur intérieur, tandis que plus tard ces cellules endothéliales multipliées se mêlent avec les cellules pigmentées et des grains de pigment libre, en formant de petits alvéoles.

Il semble que ces groupes cellulaires donnent naissance aux alvéoles bien prononcés dans certaines parties de la tumeur (a). Ces alvéoles, peut-être moins réguliers que les alvéoles d'un carcinome, montrent une individualisation et une séparation plus marquées des cellules que dans un carcinome d'origine épithéliale; et on voit toujours à la périphérie des nodules la tendance des cellules endothéliales à la formation des éléments néoplasiques (v).

Les cellules renfermées dans les alvéoles sont d'une grandeur et d'une forme très variées.

A la périphérie on rencontre souvent des formes en crosses adhérant encore par un prolongement à la paroi, tandis qu'ailleurs et surtout au centre ces cellules sont plutôt rondes, parfois avec plusieurs noyaux pigmentés, et souvent avec des noyaux en voie de division indirecte (k).

Les noyaux ne sont pas grands et ils n'ont pas le caractère vacuolaire avec des grandes nucléoles de cellules carcinomateuses.

Il faut bien remarquer que cette disposition alvéolaire n'existe pas dans toutes les parties de la tumeur, et par places on observe une infiltration plus ou moins diffuse des grandes cellules pigmentées, fusiformes dans le tissu sans tendance à la formation des ilots (i).

On reconnaît partout la tendance à la formation des petits lobules qui, par leur confluence, forment des nodules macroscopiques dans lesquels les parties centrales sont plus pigmentées que la périphérie. Les alvéoles les plus grandes renferment des masses brunâtres, dans lesquelles on distingue à peine quelques cellules mal colorées, tandis que leur stroma fibreux est bien prononcé.

On peut voir dans (t) certains de ces groupes des lobules que nous venons de mentionner, qui pénètrent presque jusqu'à la surface, mais qui n'ont nulle part aucune connexité avec les couches épithéliales épidermiques. Il existe toujours une couche souvent comprimée de tissu conjonctif libre, qui sépare la tumeur du réseau malpighien comprimé. Ce dernier est plus pigmenté qu'à l'état normal, et on voit des grains de pigment entre les cellules de l'épithélium muqueux. Les tumeurs se terminent sans limite bien nette dans les couches profondes de la peau.

Ici il semble qu'elles ont un certain rapport avec les faisceaux

abondants dans cette région des muscles lisses (m), proliférés par places, qui, à un examen superficiel, nous donnent l'aspect de petits îlots, de cellules appartenant à la tumeur.

Nous croyons devoir, à l'occasion de cette communication, décrire la genèse de ces tumeurs mélaniques. Un cas de tumeur multiple pigmentée examiné par l'un de nous au laboratoire de M. Arnold à Heidelberg, nous semble très instructif à ce point de vue.

Nous nous contenterons de donner la description histologique des parties à la limite de la tumeur en question.

Dans cette tumeur on voit mieux que dans celles qui font le sujet de cette communication, la participation des fibres conjonctives et de ses cellules à la formation des éléments néoplasiques; on voit même très bien que les tissus fibreux aux vaisseaux en prolifération (v) par une multiplication de ses éléments fournissent des cellules fusiformes ou en crosses.

Dans ces cellules on constate une karyomitose énergique et souvent une multiplication des noyaux endogènes.

Les éléments de nouvelle formation deviennent pigmentés, et en même temps leurs noyaux se colorent moins bien. Enfin les cellules farcies de pigment ne possèdent plus ni noyaux ni nucléoles colorables (p).

Il résulte de cette dégénérescence des cellules un ramollissement et la formation de petites cavités (d) qu'il ne faut pas confondre avec des alvéoles qu'on trouve dans la même tumeur et dont on peut bien suivre l'origine parablastique. On y voit des cellules fusiformes ou sous forme de crosses qui se détachent peu à peu de la paroi des petits vaisseaux lymphatiques (e) et qui tombent dans la lumière de ces vaisseaux, dilatées, en montrant ici très bien les figures de la karyomitose.

A un degré plus avancé de cette néoformation, les vaisseaux dilatés par places se présentent comme des alvéoles avec des cellules pigmentées et dans lesquelles on constate de grands éléments pigmentés en voie de karyomitose (c).

Ces alvéoles se dilatent encore en formant de petits noyaux visibles à l'œil nu (a), remplis d'éléments irréguliers avec des traces d'une prolifération endogène (c. c) et même d'une formation qui ressemble beaucoup aux îlots vasculaires embryonnaires, renfermant des vacuoles pourvues de globules rouges de sang.

On voit donc que la formation d'alvéoles dans les mélanosarcomes se rencontre même dans des cas dans lesquels l'origine parablastique de la tumeur n'est pas douteuse, et ces alvéoles sont formés par une prolifération atypique des cellules qui tapissent les petits vaisseaux lymphatiques.

Cette prolifération présente toujours la tendance à une nouvelle formation par karyomitose. Seulement l'irrégularité et la vitesse de la multiplication même, qui mène à des formes et à des dispositions atypiques des cellules avec prolifération endogène, et en même temps la formation de pigment qui par son accumulation produit leur dégénérescence, empêchent la formation d'un tissu résistant.

Dans l'article mélano-sarcome de la dermatologie de Ziemssen, l'un de nous décrit des formes dans lesquelles existe en même temps une néoplasie atypique de l'épiderme.

On y pouvait constater la pénétration des éléments pigmentés parablásticos entre les cellules épithéliales, et on peut admettre dans ce cas une irritation du tissu pigmenté comme l'atypie épithéliale. Seulement cette atypie montre toujours le caractère épithélial. Dans nos deux cas, au contraire, on peut exclure la participation de l'épithélium tégumentaire, aussi bien que celui des glandes de la peau à la formation de ces tumeurs mélaniques.

On peut, au contraire, constater dans le développement des éléments qui composent la tumeur soit des éléments fibro-plastiques, soit des cellules qui tapissent les trabécules des couches profondes de la peau, soit des endothéliums des petits vaisseaux lymphatiques, de sorte qu'on pourrait diviser ces tumeurs : 1° en fibro-plastiques ; 2° en endothéliales ; 3° en mixtes. Ces deux dernières formes seront ordinairement alvéolaires. Jusqu'à ce point on peut bien suivre la genèse de ces tumeurs, mais il serait difficile de remonter plus avant à leur origine.

IV

Il n'est pas douteux qu'il s'agit souvent des germes embryonnaires des *nævi* héréditaires, qui sont le point de départ de ces tumeurs, et nous sommes disposés à admettre, malgré les différences qui existent dans la composition du pigment, du sang et celle des tumeurs mélaniques, qu'il s'agit dans ces tumeurs d'une prolifération des tissus atypiques, surtout en ce qui concerne la formation des nouveaux vaisseaux et du sang.

Cette dernière supposition est basée sur le fait que dans des noyaux récents des sarcomes pigmentés, on peut souvent mettre en évidence par un traitement du tissu tout à fait frais, avec de l'acide osmique, une masse des vaisseaux de nouvelle formation, remplis avec des globules rouges, irréguliers comme forme et comme coloration, qui disparaissent absolument si on traite le tissu frais avec de l'eau, de l'alcool, ou par n'importe quel autre réactif, employé pour le durcissement des tissus.

Notre supposition s'appuie encore sur le fait indéniable que la plupart des éléments de nouvelle formation appartiennent au système vasculaire.

Si nous admettons que le pigment des mélano-sarcomes est l'expression d'une formation atypique du sang, et surtout du pigment sanguin anormal, on pourrait peut-être supposer que c'est justement ce pigment qui, par son contact avec des cellules vaso-formatrices, agit comme une espèce de ferment pour produire une prolifération vicieuse de ces éléments, en causant la même néoformation et le même pigment atypique. De cette manière on comprendra pourquoi les premiers éléments renfermant des grains de pigment dans un tissu encore normal, montrent aussitôt la tendance à une prolifération exagérée, souvent endogène et vaso-formatrice avec augmentation du pigment; tandis qu'un pigment d'autre nature tout en produisant une hypertrophie des cellules, ne détermine ni cette prolifération, ni la multiplication intracellulaire du pigment.

Enfin il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, on a signalé le traumatisme comme une des causes de la production de cette tumeur. Ainsi M. Von Esmarch (de Kiel), au dix-huitième Congrès de la Société allemande de chirurgie (session de Berlin, 24-27 avril), à propos de la pathogénie et du diagnostic du cancer, dit : « Les tumeurs malignes succèdent souvent à des irritations locales, plaies traumatiques, cicatrice, prédisposition. » Aussi dans l'observation du malade consignée dans cette note, on ne peut pas nier une certaine liaison entre un traumatisme et l'évolution de la néoplasie aux dépens de la cicatrice résultant de la blessure traumatique mentionnée. Quelle influence peut-on accorder au traumatisme dans le développement de cette néoplasie?

Nous pensons que, de même que pour la tuberculose enkystée, on peut admettre pour cette tumeur maligne que les germes embryonnaires de la tumeur sont restés à l'état d'une vie latente, empêchés dans leur évolution par l'énergie vitale des tissus nourris régulièrement. Le traumatisme, en détruisant jusqu'à un certain point cette nutrition régulière, par le broiement des tissus et des vaisseaux correspondants, pourrait très bien réveiller la proliférabilité des germes morbides et leur donner la faculté de se développer librement.

Une autre supposition qu'on ne peut pas exclure absolument, et selon laquelle les germes de la tumeur seraient rentrés dans l'organisme, au moment du traumatisme, nous semble pour le moment dépourvue de tout fondement.

