



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1924

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ NADAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Août 1897 à Belley (Ain)

No.
541

Le Traitement actuel
des Nœvo carcinomes

Président de thèse : M. le Professeur SICARD

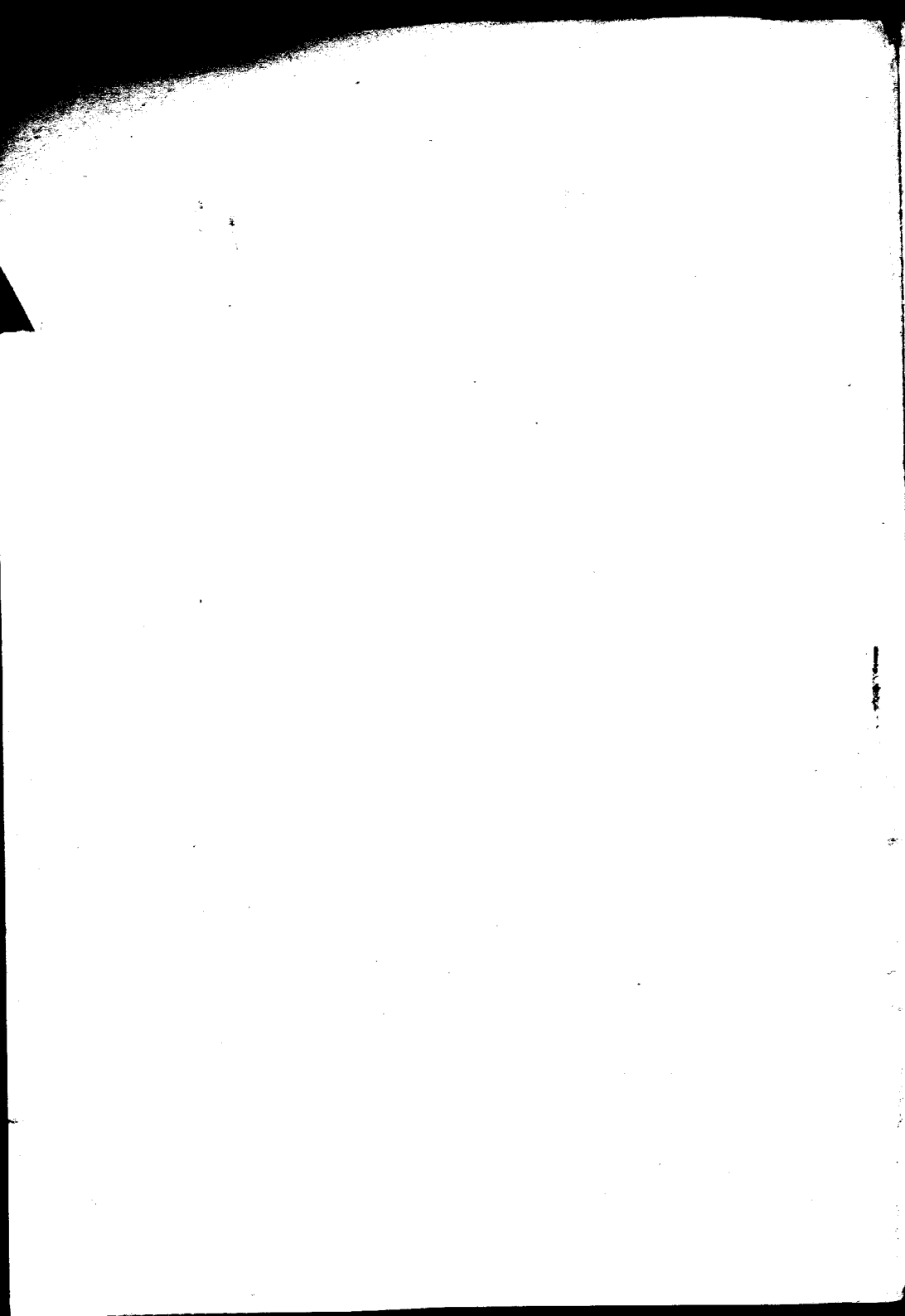


PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



855

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ NADAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Août 1897 à Belley (Ain)

Le Traitement actuel des Nœvo carcinomes

Président de thèse : M. le Professeur SICARD



PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ,

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	De LAPERSONNE
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	GOUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	BROCA (Auguste)
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉGALLE.....	Obstétrique.
PIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.....	Urologie.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
AIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.
LERJ.....	Clinique médicale.
LEPER.....	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUGLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE. — A MA MERE

Bien faible témoignage de ma vive
reconnaissance et de ma profonde affec-
tion.

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD,

Professeur de Pathologie Interne ;

Médecin de l'Hôpital Necker.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BELOT,
Chef du Laboratoire Central d'Electro-Radiologie
de l'Hôpital Saint-Louis.

Qu'il nous soit permis de témoigner au
Docteur Belot notre grande reconnais-
sance pour sa sollicitude constante.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Grenoble :

M. LE DOCTEUR TERMIER ;

M. LE DOCTEUR RENÉ PORTE.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris :

M. LE PROFESSEUR CARNOT,

Médecin de l'Hôpital Beaujon ;

M. LE DOCTEUR CATHALA,

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis ;

M. LE DOCTEUR BARBIER,

Médecin de l'Hôpital Herold ;

M. LE DOCTEUR SAVARIAUD,

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon ;

M. LE DOCTEUR LE NOIR,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine ;

M. LE DOCTEUR DEBRÉ,

Médecin de l'Hôpital Bretonneau ;

M. LE DOCTEUR RIEFFEL,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

A MES MAITRES

en Electro-Radiologie :

A Lyon : **M. LE PROFESSEUR CLUZET ;**

A Paris : **M. LE DOCTEUR BELOT ;**

M. LE DOCTEUR GASTAUD ;

Chef Adjoint du Laboratoire de Saint-Louis ;

M. LE DOCTEUR NAHAN,

Homage reconnaissant pour l'amabilité avec laquelle il nous a guidé dans ce travail.

INTRODUCTION

Au Congrès de Syphiligraphie et de Dermatologie de Strasbourg de 1923 les nœvo-carcinomes ont été surtout étudiés au point de vue de leur anatomie pathologique. La thérapeutique en a été peu discutée. En effet, jusqu'à ces derniers temps, les nœvo-carcinomes ont été considérés comme des tumeurs relevant seulement de l'intervention chirurgicale et de l'électrolyse. Les Rayons X devaient être exclus de leur traitement, car non seulement ils étaient inefficaces, mais encore ils semblaient provoquer une accélération, ils donnaient un coup de fouet à l'évolution.

Si ce dogme était intangible avec les techniques et les appareillages dont nous nous servions jusqu'alors garde-t-il aujourd'hui toute sa valeur ?

La thérapeutique röntgenienne évolue chaque jour, les techniques se sont modifiées et le rayonnement est plus sélectionné.

Les épithéliomas spino-cellulaires qui, jusqu'à présent, ne relevaient pas de la radiothérapie, paraissent maintenant avec une technique meilleure pouvoir être dans certains cas stérilisés d'une façon

définitive. Aussi peut-on se demander s'il n'en est pas de même pour certains nævo-carcinomes.

Dans ce travail fait dans le laboratoire de mon Maître le Docteur Belot, grâce aux conseils éclairés et dévoués du Docteur Nahan, nous exposerons les traitements préconisés et apporterons une faible contribution à l'avenir de la radiothérapie dans le traitement des nævo-carcinomes.

Etude anatomo-pathologique

Au terme classique de *noëvo-carcinome* au Congrès de Strasbourg en 1923, M. Masson a préféré le terme de *noëvo-cancer*, englobant ainsi dans une appellation plus générale, plus vague des tumeurs dissemblables au point de vue anatomo-pathologique les unes ayant une structure épithéliale, d'autres sarcomateuse. Ce terme plus large de *noëvo-cancer* nous permet ainsi de grouper sous un même terme des tumeurs histologiquement différentes mais ayant une même entité clinique, une même évolution, une même gravité.

Pour Brocq et Darier, en dehors du *noëvo-carcinome*, il n'existe pas d'épithéliome pigmenté. Il est probable que tout sarcome pigmenté est d'origine *noëvique*.

On devra éliminer :

1° Contrairement à l'opinion de Ribbert le sarcome mélanique de l'œil ;

2° Le sarcome multiple idiopathique pigmentaire ou hémorragique de Kaposi considéré suivant les auteurs, soit comme une néoplasie infectieuse, soit

comme une espèce à part de sarcomatose. Cette maladie en tous cas n'a aucun rapport avec les épithéliomes.

Par contre, le lentigo malin des vieillards, tache pigmentaire qui peut apparaître en tous points, doit y être rattaché. Il siège surtout à la face et souvent il donne naissance après quelques mois ou après de longues années à un carcinome de la peau. Pour Dubreuilh, qui en a récemment repris l'étude sous le nom de mélanose circonscrite précancéreuse, les lésions anatomiques sont identiques à celles qu'on observe dans les nævi mous. Ce lentigo malin est donc un nævus tardif étalé et les tumeurs qui en proviennent sont des nævo-carcinomes. Le panaris mélanique signalé par Hutchinson correspond fort probablement à une variété régionale du lentigo malin.

En somme, les nævo-carcinomes tirent leur origine de ces nævi cellulaires qu'on appelle verrues molles ou lentigo et de taches pigmentaires qui sont de même nature.

Le domaine des nævo-carcinomes est très étendu, puisqu'il comprend presque tous les cancers mélaniques.

Les nævo-cancers sont des tumeurs malignes à point de départ nævique, le plus souvent mélanique. Le point de départ nævique est constant par transformation maligne progressive, insidieuse d'un nævus saillant verruqueux ou plan et lisse. Quant à la mélanogénèse, sans être constante, elle est assez fréquente pour pouvoir être considérée comme un de leurs

caractères importants. Cette mélanogenèse permet de classer les nœvo-carcinomes dans la classe des mélanomes.

Nous ferons tout d'abord un léger exposé de l'anatomie pathologique, nous basant surtout sur les idées émises par M. Masson, à Strasbourg, afin de ne pas agrandir les limites histologiques du nœvo-carcinome et surtout afin de ne pas entrer dans les discussions concernant aujourd'hui ces tumeurs, notre exposé visant avant tout la thérapeutique du nœvo-carcinome cliniquement décelable et histologiquement identifié.

Classiquement, les nœvo-carcinomes au point de vue histologique sont des tumeurs intermédiaires entre le carcinome et le sarcome.

La structure et l'origine des nœvi qui leur servent de berceau permettent de comprendre les nœvo-cancers et ceux-là ne sauraient être interprétés sans une connaissance histophysiologique de la pigmentation cutanée.

Sauf au niveau de la tache mongolique où les cellules parenchymateuses sont capables de former la mélanine, celle-ci naît dans l'épiderme. C'est dans l'assise basilaire, et plus particulièrement dans les cellules rameuses d'origine épithéliale — les cellules de Langerhans — qu'elle se forme par oxydation d'un chromogène. Seules méritent le nom de mélanoblastes les cellules capables de produire le pigment.

Les cellules de Langerhans peuvent transmettre aux cellules épidermiques des substances qu'elles

empruntent au syncytium des cellules fixes dermiques, le chromogène est de celles-là. Elles peuvent transmettre aux cellules dermiques des substances formées par elles, par exemple la mélanine. Elles sont donc amboceptrices puisqu'elles peuvent emprunter au parenchyme des substances qu'elles distribuent aux cellules épidermiques et vice versa.

Le pigment qu'elles transmettent aux cellules dermiques n'est pas formé par celles-ci qui le reçoivent à la façon d'un corps étranger, en sont tatouées, le résorbent mais ne le fabriquent pas. Les cellules tatouées dermiques ne sont pas des mélanoblastes, mais des mélanophores. Le fait pour des cellules conjonctives d'être tatouées de mélanine est caractéristique de la mélanose.

Les nævi dont naissent les nævo-carcinomes sont des nævi cellulaires ordinairement pigmentés. Qu'ils soient de simples taches planes ou des nævi tubéreux leurs constituants sont de même nature et doivent être rattachés à la souche des mélanoblastes.

Mais, tandis que dans les taches simples les mélanoblastes en surnombre restent inclus dans l'épiderme où ils ont pris naissance, dans les nævi tubéreux ou nævi hyperplasiques ils prolifèrent, pénètrent dans le derme où ils subissent des transformations à mesure qu'ils s'éloignent de la surface. Dans les nævi les plus complexes ces éléments se trouvent disposés par étages. Dans les étages superficiels les uns sont épithéliodes, les autres rameaux langerhansiens. Dans l'étage moyen il n'existe que des cellules épi-

théliales groupées en aspect endocrinien. Dans l'étage profond les cellules acquièrent des caractères schwanniens, myoïdes et même conjonctifs.

Les nœvo-cancers reproduisent les uns ou les autres de ces aspects en les sélectionnant d'une façon plus ou moins stricte.

Aussi, suivant la nature dominante, on peut les classer comme suit :

A) *Nœvo-épithéliomes* correspondant aux éléments de l'étage superficiel des nœvi avec les variétés suivantes :

1° *Nœvo-épithéliomes* dimorphes où sont représentés les deux états épithélial et langerhansien des cellules nœviques. Ces tumeurs sont toujours pigmentées.

2° *Nœvo-épithéliomes* monomorphes avec une seule des formes associées se divisant en nœvo-épithéliomes langerhansiens toujours pigmentés et nœvo-épithéliomes endocriniens ou achromiques.

B) *Nœvo-sarcomes*, tumeurs dont les cellules arrondies rameuses ou fusiformes ont la propriété de donner lieu à la production de collagène et se comportent ainsi à la façon des cellules conjonctives. Rarement les cellules ont des caractères de fibres musculaires lisses (nœvo-myosarcomes).

Ces divers types morphologiques ne constituent pas des espèces distinctes et peuvent être associées de façons diverses dans un même néoplasme.

Etude clinique

Chaz un adulte les modifications d'un lentigo malin, de petites verrues molles, de nævi sont difficiles à mettre en valeur. Les taches du lentigo malin des vieillards attirent davantage l'attention.

Leur agrandissement se mesure tantôt par semaines, tantôt par années, elles peuvent rester stationnaires ou même régresser et disparaître alors qu'on craignait une évolution beaucoup plus grave.

Il n'est pas nécessaire et fatal qu'un nævus cellulaire ou pigmentaire prenne à un moment donné une allure maligne.

ÉTIOLOGIE

Le nævo-carcinome a le plus souvent comme point de départ un nævus pigmenté plan ou saillant. Les nævi mélaniques méritent à ce point de vue une mention spéciale. Ces nævi sont le plus souvent congénitaux. Ils peuvent apparaître tardivement sous la

forme d'une tache noirâtre parfois légèrement mamelonnée et saillante. Les sièges d'élection sont le visage, les conjonctives, les talons, les espaces interdigitaux, les rainures unguéales. Ces taches peuvent alors se modifier, elles sont au nœvo-carcinome un point d'appel sans vouloir toutefois les comparer à ce que les dermatoses précancéreuses sont aux épithéliomes cutanés. En général la transformation maligne des nœvi congénitaux est relativement rare si l'on tient compte de la grande fréquence de ceux-là. Les nœvi charnus non pigmentés peuvent de même dégénérer. Quant à la cause profonde de cette transformation des nœvi congénitaux ou non elle nous reste inconnue. Comme dans tout cancer on en est réduit à des hypothèses.

La comparant à la dégénérescence des plaques leucoplasiques de la langue, aux lésions de métrite chronique du col utérin on a invoqué l'influence des inflammations successives, des frottements, des traumatismes répétés, des excoriations successives, la possibilité de la survenue de malignité à la suite d'un durillon forcé, d'un panaris. Enfin pour certains auteurs la débilité, les causes de moindre résistance de l'organisme joueraient un rôle. Un point capital et indubitable est la survenue secondaire à une irritation thérapeutique répétée mal conduite. Tous les agents irritants sont susceptibles de faire évoluer vers le nœvo-carcinome une tache pigmentaire.

SIGNES CLINIQUES

Il est toute une série de symptômes qui fréquemment accusent et dès lors doivent faire craindre l'évolution maligne d'un *noeuvus*. En général cette transformation ne porte que sur un seul *noeuvus*.

Ils consistent en un accroissement relativement rapide, en une induration de la base, en l'apparition d'un bourrelet congestif. La peau avoisinante devient le siège d'une pigmentation brune, même noirâtre, et celle-ci constitue un caractère clinique important ; elle est variable suivant les cas, mais toujours plus ou moins marquée, parfois seules quelques taches mélaniques surviennent à l'occasion d'un traumatisme. Les signes subjectifs, fort variables, consistent en sensations particulières de picotements de prurit, de douleur. On ne saurait fixer aucune échéance même approximative à l'apparition de ces modifications inquiétantes.

L'histologie est incapable de déterminer où et quand commence la prolifération maligne.

« Je me déclare incapable, écrit Darier, de dire si tout *noeuvus* qui offre les caractères que nous venons de rappeler est déjà malin et évoluera nécessairement en *noevo-carcinome*. J'ai vu l'extirpation chirurgicale à ce stade tantôt suivie de succès complet, tantôt de récurrence plus ou moins hâtive *in situ* ou à distance.

En tous cas la malignité n'est pas douteuse lorsque la tumeur se transforme en un vaste cratère ulcéré

saignant facilement. Les ganglions correspondants s'engorgent, il peut même apparaître des métastases ou des signes de mélanose.

En général l'ulcération, à moins qu'elle ne soit provoquée par des cautérisations intempestives, est relativement tardive. On voit des nœvo-carcinomes volumineux ayant essaimé dans le voisinage et dont l'épiderme est seulement distendu et lamelleux sans perte de substance. A ce point de vue le nœvo-carcinome se comporte comme la plupart des sarcomes. Il n'est pas douteux qu'il existe parfois cependant des ulcérations précoces.

L'adénopathie est fréquemment le premier indice de la généralisation. Il n'est pas certain qu'une tuméfaction modérée des ganglions soit toujours due à leur envahissement par le néoplasme. On l'a vue dans des cas exceptionnels il est vrai, disparaître spontanément après l'ablation de la seule tumeur. D'ordinaire, les ganglions envahis grossissent jusqu'au volume d'un œuf de poule, deviennent adhérents et douloureux, ils sont sujets à des poussées de gonflement suivies de régressions partielles. Rarement ils ulcèrent la peau.

FORMES CLINIQUES

Classiquement, le nœvo-carcinome survient après 40 ans.

Il peut exister à la naissance, tel est le cas cité par

Darier « d'un enfant âgé de deux mois, né couvert de taches noires ou brunâtres de diverses dimensions disséminées sur tout le tégument sauf sur la face, les unes sont planes mais indurées de base, d'autres plus ou moins saillantes. Le nœvus le plus étendu couvre la moitié droite du tronc, celui-là est en voie d'accroissement rapide depuis 15 jours, sa surface bourgeonne et il commence à s'ulcérer, sa transformation en nœvo-carcinome est cliniquement évidente et la biopsie en a fourni la preuve. »

EVOLUTION

Bien souvent, nous l'avons dit, il n'y a pas de limites nettes entre un nœvus bénin et un nœvo-carcinome; en tous cas ces dernières sont des tumeurs d'une gravité exceptionnelle.

Le diagnostic doit en être précoce, car il est difficile d'en prévoir la marche, tantôt extrêmement rapide, tantôt lente, graduelle, progressive, allant de 5 mois à 5 ans. La mort en est l'aboutissant, en général par cachexie et généralisation viscérale et la mélanine semble se comporter comme un facteur de malignité extrême et vite envahissante.

Non diagnostiqué d'une façon précoce, non traité ou mal traité, il va rapidement se compliquer. Nous avons signalé dans l'étude sémiologique la fréquence, la précocité des adénopathies. Quant aux métastases elles peuvent être néoplasiques ou purement pigmen-

taires, c'est là un des points les plus curieux de l'histoire des nœvo-carcinomes. Il importe de bien montrer ces complications qui dicteront la conduite thérapeutique variable suivant les cas.

a) Les tumeurs secondaires apparaissent l'une après l'autre ou par poussées au voisinage de la tumeur primitive, et de préférence en aval du courant lymphatique sans que cela soit une règle absolue. Il se forme d'abord des nodules cutanés profonds, perceptibles au toucher plus qu'à la vue qui, en grossissant soulèvent et amincissent la peau et font une saillie bleuâtre ou ardoisée quand la tumeur est pigmentée, rose quand elle ne l'est pas.

Ces deux éventualités se produisent souvent dans un même cas. D'abord peu nombreuses et petites, les tumeurs secondaires finissent par confluer au point d'infecter toute la région qui est en outre oedématisée. A ce moment ou même d'une façon précoce, on peut voir des tumeurs secondaires apparaître en des points éloignés et quelconques des téguments.

b) Quant à la mélanose elle nous intéresse moins, car elle indique une extension considérable. Elle a des localisations et une allure extrêmement variables. Tantôt extension en tache d'huile profonde grave ou superficielle primitive avec lésions épidermiques caractérisant le lentigo malin, tantôt mélanose localisée extensive, soit près de la tumeur soit à distance. La mélanose peut enfin être généralisée sans ressembler toutefois au syndrome addisonien.

c) Les métastases viscérales sont plus importantes.

Celle du foie est facilement reconnue, elle est la plus fréquente. Le foie devient gros, mamelonné, puis bosselé de tumeurs dures du volume d'une noix. Un épanchement ascitique, pleural ou des signes de lésions nerveuses en foyer pourraient faire soupçonner l'envahissement des grandes séreuses ou du système nerveux central.

La mélanurie peut précéder la mélanose cutanée et prendre de ce fait une certaine valeur diagnostique. Il est probable qu'elle est en relation avec des métastases viscérales, en particulier avec la localisation hépatique. L'anémie et la polynucléose sont alors habituelles. Signalons la possibilité de métastases rénales, pulmonaires avec crachats mélaniques, d'atteinte du myocarde des os.

Des différents modes de traitement

AVANT-PROPOS

Par suite de la gravité exceptionnelle des nævo-carcinomes quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des nævi qui en sont l'origine ?

Doit-on les considérer comme certains adénomes du sein et les traiter ? Doit-on conserver l'ancienne formule de « noli me tangere ».

Leur fréquence extrême obligerait à de nombreuses interventions bien souvent inutiles si l'on en juge par la rareté de leur dégénérescence.

En général il ne faut pas les traiter, exception faite toutefois pour certains nævi exposés à des traumatismes répétés et à des ulcérations fréquentes.

En tous cas, à la moindre modification clinique d'un nævus, à la survenue d'une pigmentation plus marquée, sans aucun doute on doit intervenir. Suivant différentes causes, différentes formes cliniques, l'intervention est variable. En tous cas, il faut toujours recourir à un traitement complet et surtout éviter par une thérapeutique craintive, mal conduite, de donner un coup de fouet à un nævus qui, aban-

donné à son évolution n'aurait ,peut-être pas à coup sûr dégénéré.

Nous exposerons les avantages, les inconvénients des différentes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour. Nous n'étudierons que celles dont on a le plus parlé, omettant volontairement différents agents physiques tels que haute fréquence, neige carbonique, diathermie, radiumthérapie même, quoique nos essais radiothérapiques encourageraient à essayer ce dernier mode d'une façon régulière et suivie.

CHIRURGIE

L'évolution des nævo-carcinomes tantôt lente tantôt rapide, toujours grave, oblige à une intervention d'urgence. Seule la chirurgie au siècle dernier était indiquée.

Dès qu'un nævus se modifiait, devenait douloureux, s'ulcérail, se pigmentait, le traitement de choix était l'exérèse.

Lassar, le premier, en signale les mauvais résultats et rejette toute intervention chirurgicale. Il se contente d'un traitement arsenical à haute dose.

En 1888, Boulay dit : « De rares succès ont été obtenus par une large extirpation. Mais à côté de ces faits il est des résultats désastreux où l'intervention a été non seulement inutile mais nuisible. La vie des malades a été certainement abrégée comme si un violent coup de fouet avait été donné à l'affection. La question de la curabilité des tumeurs mélaniques n'a pas fait de progrès. » Dès cette période Boulay entrevoit que si l'on se décide à une intervention on n'aura quelque chance de succès qu'en rejetant toute demi-

mesure. C'est à une opération large que l'on devra avoir recours.

En effet la lésion n'est extirpable qu'à la condition d'être localisée, même avec adénopathies, mais siégeant au niveau de son territoire. Il est de toute évidence que les localisations secondaires viscérales, que les nodules cutanés à distance constituent une contre-indication formelle.

Quelles sont les techniques opératoires préconisées ? Souvent en présence d'une lésion localisée, sans adénopathie appréciable cliniquement on se contente d'une exérèse du *nœvo-carcinome* en dépassant largement les limites de l'infiltration.

Mais s'il existe des objections d'ordre général telles que la possibilité d'ouverture des vaisseaux entraînant la dissémination des germes malins et favorisant les métastases il en existe de plus spéciales.

1° Si la lésion siège à un membre, en un point où elle glisse aisément sur les plans profonds, l'exérèse est possible. Par contre, si la tumeur est à la face, adhère quelque peu à la profondeur et est volumineuse, l'intervention chirurgicale est délicate, imparfaite, si l'on intervient on doit recourir à de très gros délabrements.

2° Malgré la localisation apparente du mal en général cette exérèse est insuffisante, l'incision enserre de trop près la tumeur et bien souvent il se produit une récurrence *in situ*. Parfois, c'est la survenue après l'intervention d'une adénopathie néoplasique indiquant l'extension. Il est difficile alors de recourir à un évidement ganglionnaire, en tous cas

toute opération itérative sur le nœvo-carcinome est désastreuse. Nous avons vu bon nombre de ces tumeurs opérées et récidivant au bout d'un an, parfois même de quelques mois.

En présence des mauvais résultats obtenus par des interventions d'épargne, une chirurgie plus osée, plus radicale, n'a pas reculé devant de véritables mutilations, devant une amputation de membre par exemple.

Les résultats en sont bons lorsqu'on se trouve en présence de formes tout à fait précoces sans adénopathies et siégeant à l'extrémité d'un membre.

Par contre, lorsqu'il y a adénopathies concomitantes, tel un essaimage néoplasique au niveau du triangle de Scarpa à la suite d'un nœvo-carcinome du pied, les interventions sont encore imparfaites, la récurrence ganglionnaire se produit bien vite, parfois il existe une ulcération de la cicatrice, enfin alors qu'on croyait à une survie appréciable on voit survenir des signes d'envahissement viscéral.

Et ces interventions élargies ne sont encore possibles que sur les membres, c'est ainsi que nous avons vu après une large exérèse d'un nœvo-carcinome du cou une série de récurrences ganglionnaires se produire et obliger à de nouvelles opérations insuffisantes. Bien souvent le mal a dépassé les relais ganglionnaires beaucoup plus avant que la clinique ne le laissait prévoir.

La chirurgie jusqu'à présent s'est montrée ordinairement impuissante, on doit renoncer à ces interventions exceptionnellement radicales.

ELECTROLYSE

Depuis plusieurs années Brocq, Darier, Belot ont préconisé une thérapeutique plus simple à la portée de tout praticien quelque peu exercé et qui a donné d'excellents résultats.

C'est le traitement par l'électrolyse négative.

Mais là encore, si on veut éviter des récidives par trop rapides, des échecs complets parfois, il faut s'astreindre à une technique définie.

Le *but* en est de détruire les éléments malades par l'action de l'électrolyse après avoir au préalable, par un barrage fibreux en profondeur, opposé une barrière à l'envahissement du mal. Il en résulte que le premier acte de l'électrolyse doit consister non pas à une action sur la tumeur elle-même, mais en une sclérose profonde périphérique en tissu sain. On pourrait employer l'électrolyse positive ou bipolaire, nous nous sommes toujours servi de l'électrolyse négative, utilisant les effets produits autour de la cathode par la formation d'un dépôt de soude. L'électrolyse négative donne la sclérose la meilleure tout en conservant

aux tissus leur souplesse elle donne à la cicatrice une régularité supérieure à celle des autres méthodes.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'électrode indifférente est constituée par une plaque métallique de dix centimètres de côté recouverte d'un matelas spongieux imprégné d'eau salée et placée aussi près que possible de la région où se trouve le néo-carcinome. Ce n'est seulement que pour les cas où ce mode opératoire est impossible qu'on fera tenir par la main du malade l'électrode positive. Nous employons des aiguilles longues rectilignes en platine ; on peut à la rigueur leur donner une courbure spéciale si la tumeur est volumineuse. Nous nous servons d'une seule aiguille, on peut en rattachier deux ou trois au pôle négatif. Elles sont implantées en des points nombreux distants de quatre à cinq millimètres. En général nous préférons piquer directement les tissus sans armer à l'avance l'aiguille du courant, ce qui en rendrait la pénétration plus facile mais pourrait par contre faire disparaître les différences de sensations que l'on éprouve en piquant les tissus sains et les tissus malades plus résistants. Quant à l'intensité en règle générale elle oscille entre quatre et cinq milliampères. Une intensité de quatre milliampères est bien souvent suffisante quelque que soit le volume de la tumeur. Suivant la région irradiée et suivant la sensibilité du sujet on pourra légè-

relient modifier l'intensité. Nous laissons l'aiguille pendant une à deux minutes suivant le milliampérage. C'est le nombre de coulombs, c'est la quantité d'électricité qui importe plus que la qualité. On obtient des résultats identiques avec un milliampérage élevé et un temps réduit qu'avec une faible intensité et une durée plus longue des piqures.

Il faut s'efforcer par un barrage assez serré d'obtenir la sclérose des plans profonds.

Dans un premier barrage on pique ses aiguilles loin de la tumeur et circonférentiellement. Leurs directions doivent être telles que les points doivent converger en une même région apexienne de la tumeur, région profonde correspondant à son pôle inférieur. Dans les jours qui suivent, en procédant toujours de la même façon, on produit l'électrolyse entre les points déjà traités.

Le deuxième barrage enserre de plus près la tumeur; enfin le troisième barrage porte directement sur le *nœvo-carcinome*.

Il est rare qu'il survienne de la suppuration après les séances d'électrolyse, il faut cependant toujours veiller à l'asepsie, simplement lotions à l'alcool camphré de la région s'il n'y a pas d'ulcération, sinon pansements à l'eau néolée.

Aussitôt après l'électrolyse il se produit pendant quarante-huit heures une modification locale avec cedème très marqué.

La cicatrisation est peu déformante, non saillante, et cette guérison esthétique constitue une des indica-

tions de l'électrolyse négative. Esthétique, il est vrai, qui passe bien au second plan lorsqu'on doit traiter des lésions aussi malignes que le *nœvo-carcinome*, mais qui n'empêche nullement la guérison de la tumeur qui prime tout.

OBSERVATIONS

1^{re} Observation (présentée par M. Darier). — M. C..., 47 ans. Tumeur hémisphérique, non ulcérée, saillante de la pommette droite; volume d'une demi-noisette, teinte jaune gris, avec au centre quelques points mélaniques. Guérison par l'électrolyse, se maintient depuis trois ans.

2^e Observation. Service du Dr Belot. — M. J..., 51 ans. Envoyé dans le service par M. Roussy après biopsie montrant un épithéliome *nœvique*. Large *nœvus*, plan très pigmenté, du dos datant de l'enfance. Depuis 45 jours, dégénérescence maligne. Actuellement, tumeur pigmentée saillante, peu infiltrée, de la superficie d'une pièce de deux francs.

21 juillet 1924. Electrolyse négative. 5 milliampères, la tumeur diminue notablement.

Le malade est repris en août, il se produit une sclérose avec cicatrisation parfaite; la peau est redevenue souple, il persiste actuellement une pigmentation circonférentielle de toute la région dégénérée que nous traiterons plus tard.

3^e Observation (due à l'obligeance du Dr Belot). — Malade de 70 ans, sans antécédents. Depuis sa naissance, au voisinage de l'aile droite du nez, il existe une tache pigmentée du volume d'une lentille non saillante et sans tendance à l'extension.

En 1917, cette malade vient nous consulter, gênée par cette tache peu esthétique. Nous lui conseillons de s'abstenir

de tout traitement, surtout par les Rayons X. Depuis un an, la tache pigmentaire s'est légèrement étendue; elle provoque du prurit. En province, un radiologiste traite la tumeur par quelques séances de rayons X.

A la suite de ce traitement, dont le détail ne nous est pas connu, la tache double de surface. Elle s'ulcère, elle devient douloureuse. Très ennuyée, la malade vient nous voir.

A ce moment, elle présente une tache de la dimension d'une pièce de un franc siégeant à l'aile du nez, s'étendant sur la joue. Elle est saillante, ulcérée, douloureuse, saigne parfois et des éléments pigmentaires abondants se dessinent au travers de l'épiderme; il s'agit, à n'en pas douter, d'une tache pigmentaire évoluant vers une tumeur maligne. La gravité du cas est telle que nous acceptons de traiter par l'électrolyse, en faisant toutes réserves sur le pronostic, avertissant la famille de l'extension possible. Il n'est pas possible de déceler de ganglions.

Nous faisons de l'électrolyse négative suivant la technique décrite; tout d'abord, premier barrage en profondeur, puis attaque en surface, enfin destruction de tous les éléments pigmentaires persistants.

Six mois après, guérison totale sans eschàrre, sans réaction locale.

La cicatrice est blanche, à peine déprimée, la lèvre et l'aile du nez ne présentent aucune atrésie, les tissus sont souples. La guérison totale se maintient depuis cette époque d'une façon absolue.

4^e Observation (due à l'obligeance du Dr Belot). — X..., radiologiste, présente, sur l'extrémité du nez, une petite tache pigmentaire qui, depuis quelque temps, s'est mise à se développer.

Electrolyse en profondeur, puis en surface, de façon à former d'abord un barrage; enfin, destruction des éléments malades. La guérison est complète depuis deux ans.

5^e Observation (due à l'obligeance du Dr Belot). — M. G... se présente au Docteur Roussy, portant une grosse tumeur en chou-fleur occupant la pommette droite à sa jonction avec la paupière inférieure. La tumeur est ulcérée, noirâtre, saigne facilement et s'étend en profondeur vers la loge orbitaire. Elle s'est développée sur une tache pigmentaire. Elle existait depuis plusieurs années, et c'est à la suite de pointes de feu et de pansements intempestifs qu'elle s'est modifiée. Il n'y a pas de ganglions. Nous faisons de l'électrolyse négative, elle amène la disparition totale de la tumeur et une cicatrice à peine visible, abaissant cependant la paupière par sclérose profonde probable. A ce moment, apparaît, dans la région cervicale droite, un ganglion, du volume d'un petit œuf de pigeon, mobile, non douloureux, sans pigmentation. Il est probable qu'il s'agit là d'une métastase déjà en évolution au moment du traitement. Elle est traitée actuellement par la radiothérapie pénétrante, et a diminué des trois quarts au cours du traitement.

6^e Observation. — M^{me} T. A..., 57 ans. A la suite d'une ulcération légère accidentelle, apparaît, il y a 24 ans, une tumeur saillante du volume d'un haricot, de couleur noire violacée, indolore. La tumeur grossit peu à peu, elle reste mobile, nettement détachable du plan profond. En 1914, modification subite par augmentation de la tumeur devenant grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse. Opérée le 17 juin 1924, la cicatrisation s'ébauche, mais la lésion réapparaît. Le 26 juillet, la récurrence est assez étendue, infiltrée, les ganglions inguinaux sont atteints.

Electrolyse en juillet-août-septembre. Cette tumeur, qui siège à la face plantaire externe, diminue de volume; il existe au centre une pigmentation légère. Les ganglions ne se modifient pas.

L'électrolyse donne d'excellents résultats en présence d'un méso-carcinome bien limité. Nous

employons toujours cette même technique, ne cherchant pas comme l'ont fait certains auteurs, une escharrification rapide de la tumeur en une seule séance.

Ce procédé nous paraît souvent imparfait; par sa rapidité par l'ulcération possible de la région, il peut essaimer les germes malins, la cicatrisation en est toujours plus ou moins régulière.

Dans nos Observations, la plupart des malades n'avaient pas d'adénopathies. L'électrolyse en tous cas amène la cicatrisation de la tumeur, elle ne fait pas régresser l'adénopathie, et lorsque ceci se produit il s'agit bien souvent de lésions purement inflammatoires, pouvant même disparaître avec l'asepsie de l'ulcération tumorale. Il est difficile cliniquement de rattacher à la néoplasie seule certaines adénopathies, mais la survenue s'accompagnant de pigmentation ne crée aucun doute. Les ganglions apparaissent rapidement, augmentent, forment entre eux une gangue de péri-adénite. Quant à la biopsie ganglionnaire elle est toujours à rejeter.

L'électrolyse est un excellent procédé. Il est contre-indiqué formellement en présence d'un néov-carcinome envahissant. Seules, et nous y insistons, les tumeurs limitées, petites, peu infiltrantes, sans adénopathies, bénéficient de cette thérapeutique. Brocq, Darier et mon Maître le Docteur Belot n'ont eu qu'à s'en féliciter. C'est un procédé de choix qui, sans être le seul jusqu'à présent recommandable, donne toutefois d'excellents résultats.

L'électrolyse négative agit comme un destructeur des éléments malades, mais le gros avantage qui donne à ce procédé la supériorité sur le thermocautère, diathermie et autres agents caustiques, c'est qu'il n'agit pas comme les autres en superficie mais en profondeur, dans l'intimité des tissus sains tout d'abord, et au delà du mal. Les lésions scléreuses vont de la profondeur vers les plans superficiels et ceci est capital pour une tumeur qui évolue vers les couches profondes. On constitue ainsi un véritable barrage entre la néoplasie et le tissu normal. L'électrolyse positive bipolaire pourrait agir de même. On n'en retire aucun avantage sur la méthode de l'électrolyse négative, car la cicatrisation est toujours irrégulière, disgracieuse.

RAYONS X

Jusqu'à présent la radiothérapie était nettement contre-indiquée dans tous les nœvo-carcinomes.

Pour Darier la radiothérapie et la curiethérapie sont inopérants et même nuisibles.

Favre, dans le traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique écrit encore que dans un cas récent de nœvo-carcinome mélanique il a étudié avec Coste l'action de très hautes doses de rayons X sur un nodule cutané. Cette action lui a paru n'avoir fait que rendre plus atypiques encore et plus monstrueuses les cellules du néoplasme.

Nous pensons qu'aujourd'hui ces opinions doivent être révisées. Le coup de fouet donné à l'évolution du nœvo-carcinome n'existe pas et, devant certains échecs de l'électrolyse, nous avons songé à perfectionner nos essais radiologiques.

Ces auteurs avaient traité leurs malades avec une technique radiothérapique périmée. M. Darier était arrivé à des conclusions identiques autrefois en ce qui concernait les spino-cellulaires. A cette époque déjà, mon Maître le Docteur Belot, s'était opposé à l'idée de Darier.

L'opinion de Darier s'est modifiée en envisageant les résultats actuels obtenus grâce à un appareillage moderne et grâce à des techniques nouvelles. « Je me suis fait pendant longtemps, écrit-il dans son Précis de Dermatologie 1923, le défenseur convaincu de l'idée qu'il est dangereux et coupable de traiter par les radiations les épithéliomes spino-cellulaires, car j'en ai vu maintes fois d'aggravés par cette médication qui donne un coup de fouet à la prolifération du néoplasme, qu'au rebours les épithéliomes baso-cellulaires sont le triomphe de la radiothérapie. Mais la science a marché et les techniques ne sont perfectionnées, la radiothérapie intensive à doses massives par des tubes à grand rendement, avec sélectionnement précis des rayons par le moyen d'une filtration à travers des lames d'aluminium ou de métal plus lourd, cuivre ou zinc, d'une épaisseur qui peut atteindre de 8 à 10 millimètres et plus, ont conduit à obtenir des résultats thérapeutiques autrement inespérés. La radiosensibilité n'a rien d'absolu, c'est affaire de degré. Si les diverses espèces d'épithéliomes se comportent autrement vis-à-vis d'une dose de radiations telle qu'on la donnait naguère, cela tient à une différence de leur radio-sensibilité. Tous les éléments vivants sont radiosensibles puisque tous peuvent être tués; il suffit de connaître l'échelle de leur sensibilité, car il importe, en détruisant les éléments néoplasiques, de ménager les éléments normaux des tissus. La radiothérapie intensive est la seule applicable aux épithéliomes radio-résistants. »

Sans vouloir modifier du tout au tout la thérapeutique des nœvo-carcinomes comme le fait aujourd'hui M. Darier pour les spino-cellulaires, on peut se demander si avec nos moyens actuels il n'y a pas lieu de modifier la thérapeutique des nœvo-carcinomes et de rejeter l'idée d'une contre-indication formelle du traitement roëntgenien ?

Il est logique d'admettre que les échecs des radiothérapeutes tenaient à une insuffisance de pénétration des rayons. On utilisait une dose non filtrée ou peu filtrée qui était absorbée exclusivement par les éléments cutanés. La dose cancéricide se limitait à la superficie, elle n'atteignait pas la profondeur et donnait souvent de fausses guérisons par cicatrisation des lésions superficielles sous lesquelles la tumeur continuait à évoluer avec une rapidité beaucoup plus grande par suite d'une dose roëntgenienne insuffisante.

Actuellement grâce à l'homogénéité des faisceaux de rayons de courte longueur d'onde, de grande pénétration fournis par nos appareillages, grâce aux filtres qui éliminent les rayons peu pénétrants absorbés par les couches superficielles, on est en droit d'espérer mieux. On arrive à répartir les doses absorbées dans toute l'épaisseur de la néoplasie et à donner aux couches les plus profondes les doses cancéricides. De plus, avec l'augmentation de la distance locale on peut améliorer le taux de transmission, le rendre plus régulier et par suite plus efficace pour l'irradiation d'une tumeur.

C'est en se basant sur ces principes que nous avons tenté, malgré l'opinion classique, le traitement radiothérapique de certains nœvo-carcinomes.

Nous reconnaissons que le traitement ne remonte qu'à bien peu de temps pour en tirer une conclusion définitive et pour faire de ce mode thérapeutique l'auteur d'une guérison définitive. Par contre, nous croyons qu'il n'y a pas lieu de considérer comme une contre-indication formelle la radiothérapie des nœvo-carcinomes. Avec une amélioration certaine de la technique et de l'appareillage nous aurons de meilleurs résultats.

Dès maintenant nous avons constaté que le coup de fouet dont on a accusé les rayons X dans l'évolution de ces tumeurs n'existe pas. Au contraire il y a cicatrisation des lésions, arrêt de l'évolution pendant un temps assez long tout au moins, puisque nos observations sont encore trop récentes pour prononcer le mot de guérison.

OBSERVATION

(Présentée à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 12 juin 1924, par MM. Milian, Belot, Nahan.

Au mois de juillet 1923, M. A... vit apparaître à la région occipitale un petit bouton rouge qui peu à peu s'étendit en surface et devint végétant. Il se pré-

sente le 2 octobre au service du D^r Milian. La tumeur végétante régulièrement arrondie, mesure les dimensions d'un pièce de un franc. Elle est limitée par un bourrelet circulaire. Le fond uniformément rouge est suintant, il saigne au moindre contact. La base est infiltrée, dure. La douleur est insignifiante, mais il existe une légère gêne des mouvements du cou. Des deux côtés on observe une prolifération ganglionnaire, elle occupe toute la région cervicale, descendant en chaîne continue jusqu'au creux sus-claviculaire. Les ganglions sont durs, relativement mobiles, non douloureux, du volume d'un haricot à celui d'une noix. Ces ganglions sont apparus un mois après le début de la tumeur. L'examen du sang donne 4.500.000 globules rouges et 9.200 globules blancs. Hémoglobine 90. Le Wassermann est négatif.

Une biopsie pratiquée au laboratoire du service de M. Milian a montré qu'il s'agissait d'un *noevo-carcinome* : on excise largement en faisant la biopsie. Le malade est alors adressé au Docteur Moure qui extirpe largement les chaînes ganglionnaires de chaque côté. Les pièces examinées montrent un envahissement néoplasique confluent des ganglions.

Il est envoyé au Laboratoire central d'Electro-Radiologie de l'Hôpital Saint-Louis pour traitement radiothérapique; il arrive le 18 octobre. Un petit ganglion dur, de la grosseur d'une noisette vient d'apparaître sur la région occipitale, au bord de la cicatrice. On en pratique l'extirpation. L'examen histologique confirme le premier diagnostic, le ganglion est rempli

de cellules néoplasiques. Le 31 octobre il existe une récidive des plus nettes de la lésion cutanée occipitale antérieurement extirpée; en plus vient d'apparaître une adénopathie sus-claviculaire gauche à la limite de la ligne opératoire. La cicatrice opératoire porte quelques taches pigmentaires.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous appliquons la radiothérapie pénétrante à doses élevées. Nous irradiions tous les territoires malades, ceux qui ont été le siège de l'intervention et les nouvelles productions ganglionnaires.

Le rayonnement utilisé est fourni par une ampoule Coolidge immergée dans la cuve à huile Gaiffe-Pilon, elle est alimentée par une bobine donnant une tension maxima de 200.000 volts; l'étincelle équivalente est de 40 centimètres. Dans ces conditions, la longueur d'onde minima du faisceau est de l'ordre de 0.06 Angström. La filtration utilisée supprime toute la portion molle du faisceau et rapproche de l'homogénéité le rayonnement utilisé. Notons le gros avantage que l'on retire actuellement des appareillages à tension constante.

En général, suivant les lésions que l'on traite on a recours à un filtre de 8 à 10 millimètres d'aluminium, souvent un centimètre. Pour les adénopathies on a avantage à ajouter un filtre plus lourd, 0 mm. 5

ou 1 millimètre de zinc ou de cuivre auquel on ajoute 2 mm. d'aluminium.

Du 31 octobre 1923 au 17 novembre les doses suivantes sont appliquées en séances successives.

a) Sur les territoires ganglionnaires cervicaux en descendant aussi bas que possible (2 secteurs). Par porte d'entrée 4.100 R. Filtre zinc 0 mm. 5 et 2 mm. d'aluminium.

b) Sur la lésion cutanée (région occipitale) 4.500 R. Filtre 10 mm. d'al.

Les doses sont calculées avec l'ionomètre de Solomon.

A la suite de cette irradiation le nodule de récive du cuir chevelu disparaît, mais il persiste quelques petits ganglions dans la région sus-claviculaire gauche perceptibles au palper. Aussi nous reprenons le traitement le 28 décembre 1923, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après la précédente séance.

Nous irradiions la région cervicale et sus-claviculaire gauche. Dosé, dans les conditions précédentes 4.500 R. Filtre zinc 0 mm. 5 et 2 mm. d'aluminium. La dose est donnée en 7 jours.

Un mois plus tard disparition complète de l'adénopathie. La guérison apparente se maintient depuis cette époque, l'alopécie qui suivit l'irradiation de la région occipitale ne fut que transitoire, car quelques mois après la repousse des cheveux était complète.

Il faut enfin indiquer les avantages que l'on pourrait retirer de l'irradiation des relais ganglionnaires dans les nœvo-carcinomes peu envahissants, même

sans adénopathies cliniquement appréciables. En donnant une dose suffisamment pénétrante il semble que l'on agisse comme si l'on constituait un véritable barrage lymphatique.

A côté de ce cas heureux, nous signalons un cas moins favorable pour bien exposer cette question.

OBSERVATION. — M^{me} F... M..., 73 ans. Vue le 31 juillet 1924 avec diagnostic biopsique de nœvo-carcinome de la région malléolaire interne. Début il y a 5 ans sur un nœvus pigmentaire. Tumeur enlevée chirurgicalement le 3 octobre 1921. Récidive un an après. Tumeur arrondie, saillante, de la superficie d'une pièce de 5 francs; sa surface est rouge, ulcérée, avec quelques ganglions de la région inguinale.

Traitement en août sur les ganglions, sur la lésion suivant le mode opératoire précédent.

En fin septembre la tumeur diminue et s'affaisse. Reprise en octobre. La malade est vue ces jours-ci avec lésion aplanie et collerette d'épidermisation. L'adénopathie inguinale a rétrocedé en grande partie.

Ce cas est vraiment trop récent pour en tirer des conclusions fermes. La radiothérapie semble avoir fait régresser les lésions : il n'y a pas de coup de fouet.

MODE D'ACTION

On peut se demander pourquoi cette tumeur a guéri ? Nous ne croyons pas que le résultat tienne

uniquement au rayonnement utilisé et à la technique que nous avons suivie, d'autres malades traités de la même façon ont succombé. Bruno Bloch, de Zurich, au Congrès de Strasbourg, a, lui aussi, insisté sur la valeur des rayons X dans le traitement des nœvo-carcinomes, mais sans apporter d'observations précises. Nous avons eu quelques renseignements de lui :

« La méthode que nous employons pour les nœvo-carcinomes ne se distingue pas de la méthode que nous suivons généralement pour le traitement des carcinomes baso et spino-cellulaires. Les nœvo-carcinomes sont plutôt rares parmi nos malades. Je vous envoie l'extrait d'un cas :

Chez ce malade, âgé de 81 ans, est apparue au front une tumeur mélanique tubéreuse à la périphérie d'une tache pigmentée. Cette dernière existait depuis plusieurs années. Irradiation le 15 novembre 1922. 70 X/4 mm. aluminium. Guérison complète et jusqu'ici définitive. La tache pigmentaire a elle-même disparu. »

Pour mon Maître, le Docteur Belot, il faut faire intervenir deux facteurs.

D'abord une sensibilité exceptionnelle de ces éléments néoplasiques que ni la clinique, ni l'examen histologique ne permettaient de prévoir. En plus et surtout la tumeur était située dans un territoire où l'extension est relativement lente, l'envahissement ganglionnaire plus facile à déceler et à atteindre (tête et cou). La plupart des cas dans lesquels nous avons eu des succès étaient des lésions de la jambe

avec métastases inguinales visibles et certainement localisations viscérales. Là, la radiothérapie est impuissante parce qu'elle ne peut atteindre à dose destructive tous les foyers. Il faut toutefois voir dans l'action du traitement un effet soit uniquement dû à la quantité du rayonnement absorbé, soit à une action mixte due à la quantité, et surtout à la qualité du rayonnement qui a frappé les éléments cellulaires. Tandis que M. Regaud pense à une action spécifique suivant la longueur d'onde, par contre notre Maître le Docteur Belot, avec Guilleminot, soutiennent que la quantité de rayons absorbés influent avant tout sur les résultats obtenus. C'est une question fort complexe, controversée, et sur laquelle nous ne devons pas nous attarder dans ce court exposé.

RÉSULTATS OBTENUS

Nous ne voulons pas poser en principe que le meilleur traitement des œvo-carcinomes est la radiothérapie. Nous apportons simplement un cas heureux, plein d'espérance pour l'avenir. Nous en avons plusieurs en traitement. Il n'est pas douteux que ces tumeurs sont très graves et que jusqu'alors elles ne guérissent pas par la radiothérapie, car à côté de ce remarquable succès nous avons eu dans d'autres cas quelques améliorations et des succès complets. Aussi l'électrolyse conserve-t-elle toute sa

valeur quand la tumeur est suffisamment limitée pour permettre son application. Malheureusement ces lésions s'étendent souvent avec une telle rapidité que l'électrolyse est impraticable.

En tous cas, la radiothérapie doit toujours agir dans le minimum de temps.

Le dogme de la non-radiosensibilité de l'épithélioma spino-cellulaire que mon Maître le D^r Belot a toujours combattu est aujourd'hui renversé, avec lui aussi celui de la résistance des nœvo-carcinomes n'est plus absolu.

CONCLUSIONS

Jusqu'à présent la thérapeutique des nœvo-carcinomes est décevante dans un grand nombre de cas.

1° Dans les nœvo-carcinomes localisés, bien limités, il semble que la chirurgie donne de bons résultats, mais à condition de dépasser largement les limites du mal.

2° Dans les mêmes formes peu infiltrantes, l'électrolyse négative permet d'obtenir une guérison complète de la tumeur avec d'excellents résultats, curatif d'abord, esthétique ensuite.

3° Cependant, à côté d'un certain nombre de cas heureux, il arrive que ces techniques ne mettent pas toujours à l'abri d'une récurrence. En présence de formes plus étendues, infiltrantes et surtout avec ensemencement ganglionnaire, la chirurgie d'une part devra recourir à une véritable mutilation, souvent même insuffisante; l'électrolyse d'autre part est impossible à pratiquer.

4° La radiothérapie, jusqu'à ces derniers jours, était bannie avec raison du traitement des nœvo-carcinomes. Grâce aux améliorations de technique opératoire, grâce à la plus grande puissance des appareillages il semble qu'il faille réformer cette opinion. La roentgenthérapie peut, dans certains cas inespérés, déterminer d'une part la cicatrisation des lésions, d'autre part faire rétrocéder les adénopathies satellites.

Le peu de cas traités jusqu'alors, le peu de temps écoulé depuis l'irradiation ne nous permettent pas de dire que c'est là un mode curatif, mais nous devons espérer mieux, et un jour la radiothérapie pourra prendre dans le traitement des nœvo-carcinomes la place qui lui est due.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
SICARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BESNIER, BROCCO, JACQUET. — *Pratique dermatologique*, 1902.
BONNET (Paul). — *Melanose et tumeurs mélaniques (Thèse Lyon, 1911)*.
BOULAY. — *Archives générales de Médecine*, 1888.
BROCCO. — *Dermatologie pratique*, 1907.
— *Précis Atlas de Pratique dermatologique*, 1921.
DARIER. — *Compte rendu du Congrès de Londres*, novembre 1913.
— *Précis de Dermatologie*, 1923.
FAVRE. — *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, 1923.
LECENE. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, 1923.
LESSERTISSEUR-MAURICE. — *Du traitement par les rayons X des épithéliomes spinocellulaires ou épidermoïdes de la peau (Thèse Paris, 1923)*.
MILIAN, BELOT, NAHAN. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1924.
NAHAN (Louis). — *Diverses applications de l'électricité dans le traitement des verrues*.
— *Compte rendu du Congrès de Dermatologie de Strasbourg*, 1923.
-

1230



