

“ Il est à remarquer dans ces coupes le petit nombre de vaisseaux, et la plupart présentant bien cette apparence de tunnels vasculaires sans parois propres, si fréquents en tissus sarcomateux.

“ Dans cette masse de cellules disposées sans ordre aucun, on constate des granulations mélaniques, irrégulièrement disséminées, tantôt confluentes, tantôt isolées, mais situées surtout à l'intérieur des cellules

Diagnostic sarcome mélanique, se rapprochant par endroit de l'endothéliome.”

-o-

Revu au commencement de novembre, le malade se dit être absolument dans le même état. La lésion buccale a cependant augmenté en profondeur, surtout dans la direction des incisives. La voûte palatine est en voie de dénudation, et à certains endroits nous y voyons des îlots d'os mortifié. Il existe seulement un peu de sensibilité à gauche.

Le patient est très anxieux de savoir le résultat de l'examen microscopique, et croyant sa maladie dangereuse, il nous prévient à l'avance qu'il ne consentira à aucune opération. Nous lui donnons alors les explications nécessaires, sans lui cacher la gravité de son cas,

L'intervention chirurgicale est discutée avec le patient au point de vue de la mutilation, des nombreuses complications, et de la récurrence plus que probable. Le malade s'étant refusé à l'opération, nous lui répétons nos conseils hygiéniques. Nous lui prescrivons un gargarisme à la résorcine, et la liqueur de Fowler après ses repas.

Il retourne à la campagne où il habite toujours et revient nous voir en février et avril. Il n'accuse pas encore de douleur, mais son affection augmente rapidement. La voûte palatine continue à se dénuder, de petits séquestres se détachent et la fistule s'agrandit. Ce sarcome à marche atypique, si longtemps indolent, semble reprendre le temps perdu et nous fait présager une terminaison fatale dans un avenir prochain.

-o-

Cette observation nous paraît particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. Devons-nous d'abord faire remonter à 21 ans, le début de la pigmentation comme conséquence du traumatisme reçu à cette époque ? Nous savons que toute région cutanée fortement ou chroniquement irritée peut se pigmenter ; que l'irritation soit de nature physique, mécanique ou pathologique. Ce fait pourrait-il s'appliquer à notre cas ? Il serait difficile de l'admettre, puisque les tissus du palais chez l'homme, n'ont pas la propriété de produire de pigment mélanique.

Devons-nous faire intervenir une théorie parasitaire, ou encore attribuer à la mélanine du sang, l'origine de la mélanose ? Les hypothèses que nous pourrions faire seraient des plus problématiques ; car nous devons l'admettre, les connaissances étiologiques que nous avons tous sur ce sujet sont encore des plus vagues.

Cette néoplasie n'a sûrement pas débuté avec la mélanose, puisqu'il est généralement admis que le sarcome mélanique a une marche rapide. Par l'histoire clinique, nous voyons que la pigmentation remonte à vingt ans, que l'évolution s'est faite très lentement avec des symptômes presque nuls. Douze ans après son début cette tache pigmentaire n'avait que six millimètres de diamètre, et était à niveau avec la muqueuse palatine. Sous l'effet irritant de la teinture d'iode — ou simple coïncidence — la lésion augmente en étendue et en profondeur. La fistule naso-buccale apparaît en septembre 1906, et depuis lors progresse rapidement. D'après cet exposé et l'examen histologique, nous croyons que cette mélanose primitive était de nature bénigne. Dans ces dernières années un élément néoplasique serait venu se mettre de la partie, tout en s'infiltrant de pigment et dès lors aurait donné à l'affection une marche envahissante, destructive et franchement maligne.

D'après Delbet, toute tumeur mélanique qui naît ailleurs qu'à l'œil et à la peau, est un sarcome. Bien intéressant aurait été alors l'examen microscopique d'un bourgeon enlevé il y a un an ou deux. A ce moment-là peut-être, aurions-nous constaté une tumeur endothéliale. Les anatomopathologistes ne sont pas encore d'accord sur la transformation histologique de l'endothéliome et du sarcome. Monod et Arthaud ont avancé que le sarcome est une forme aggravée de l'endothéliome. Aujourd'hui, notre tumeur est franchement sarcomateuse, bien qu'à certains endroits, nous trouvons des cellules qui se rapprochent de l'endothéliome.

Quel doit être le pronostic ? Nous savons que dans le sarcome, la variété mélanique est une des plus graves. De plus, lorsque le néoplasme envahit la voûte palatine et la perforé, l'évolution se fait rapidement, et il entraîne invariablement la mort du sujet.

Si nous avions tenté l'opération, nous aurions eu tout probablement une récurrence, vu la dissémination de la maladie vers le nez et le sinus maxillaire gauche. Nous aurions eu encore tous les dangers connus des complications post-opératoires, et les ravages considérables faits à la figure.

En terminant, nous ferons remarquer combien notre cas est étrange, par sa mélanose primitive du palais, sans lésions concomitantes de l'œil et de la peau, par la lenteur de sa marche — de vingt années — et par sa récente complication sarcomateuse.