

Zeitschrift:	Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche
Herausgeber:	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Band:	11 (1955)
Heft:	4-5
Artikel:	Quelques remarques sur les mélanomes
Autor:	Nicod, J.L.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-307230

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Quelques remarques sur les mélanomes

Par J. L. Nicod, Lausanne¹

Le mélanome, cette tumeur que l'on a qualifiée tantôt de carcinome tantôt de sarcome, a toujours été considéré comme une tumeur maligne. Sans doute a-t-on rencontré depuis longtemps des cas qui, traités pourtant comme tant d'autres, ont évolué de façon favorable, permettant de longues survies sans récidives, ni généralisations. Mais ces cas, somme toute assez exceptionnels, restaient quelque peu mystérieux, malgré de nombreuses tentatives d'explication de leur comportement en quelque sorte anormal.

Les cliniciens ont cherché si une localisation particulière de la tumeur pouvait être un facteur de bénignité ou de malignité. Les histologues de leur côté ont prétendu trouver dans les formes et les arrangements cellulaires des motifs de gravité progressive. Mais en somme jusqu'à ces dernières années, rien de bien concluant n'a été proposé.

En particulier, il est difficile d'accepter que les mélanomes fuso-cellulaires soient moins graves que les globo-cellulaires. Sur les 30 cas que *von Albertini* et *Jaeger* ont étudiés, les 15 qui étaient globo-cellulaires ont certes évolué fatalement en moins de 5 ans, tandis que sur 10 autres qui étaient fuso-cellulaires, 3 seulement se sont terminés par la mort et encore par la faute de maladies intercurrentes.

Dans le matériel que j'ai récolté dans mon service, je n'ai pas pu jusqu'à présent confirmer cette opinion. En effet, dans une première série que nous avons contrôlée, 16 mélanomes étaient globo-cellulaires; quatre d'entre eux ont été prélevés sur des patients qui sont encore en vie et en bonne santé après 3, 4, 4 ½ et 10 ans. En revanche, sur 5 cas à cellules fusiformes, 3 malades sont décédés plus ou moins rapidement à la suite de généralisation de leur tumeur.

Ces quelques chiffres – que je sais trop insuffisants pour m'autoriser à généraliser – montrent cependant qu'il faut être prudent dans l'appréciation pronostique de la lésion mélanique. D'ailleurs, la fréquence des cas à structure mixte est si forte (16,6% pour *von Albertini* et

¹ D'après une communication présentée à la Section médicale de l'Académie yougoslave de Zagreb le 18 mai 1954.

Jaeger, 25% dans mon matériel) que l'on doit se demander si des coupes sériées ne montreraient pas dans la majorité des cas la présence côte à côte des deux types structuraux, avec éventuellement la prédominance de l'un ou de l'autre. Suivant la région où porterait alors l'examen, l'appréciation serait nécessairement totalement faussée ou tout au moins entachée d'erreur. Nous avons exploré de la sorte quelques-uns de nos mélanomes globo-cellulaires ou fuso-cellulaires et, contrairement à cette crainte, nous avons pu noter la remarquable uniformité de leur structure.

Si donc sur ce point précis nous restons encore dans l'incertitude, il faut bien reconnaître que les travaux d'*Allen* et de ses collaborateurs nous ont appris que les nævi avaient des structures diverses dont certaines pouvaient expliquer l'évolution maligne habituelle. C'est ainsi que l'identification de ce que l'on a appelé le nævus de jonction, c'est-à-dire, de cette tumeur dont les éléments superficiels forment des thèques dans l'épiderme, a permis de comprendre le pourquoi de la gravité des localisations aux bourses, aux orteils, à la plante des pieds et à la paume des mains. Dans ces régions, en effet, le nævus est toujours ou presque du type «de jonction» et l'on sait que la plupart des mélanomes se développent précisément sur un nævus de ce genre.

D'un autre côté, *Allen* et *Spitz* ont établi que le nævus de l'enfant n'évolue qu'exceptionnellement en mélanome et que, si même histologiquement il en a la structure ou presque, pratiquement il ne se comporte pas comme un cancer. On a donné le nom de mélanome juvénile à ces tumeurs qui sont donc d'apparence histologique maligne et pourtant de comportement clinique étonnamment bénin. Comme la majorité des cas se recrute chez les enfants avant la puberté, on aurait pu les appeler «mélanomes pré-pubertaires». Mais *Allen* et *Spitz* eux-mêmes ont observé des structures et des évolutions semblables chez de jeunes adultes et même chez un homme de 42 ans; aussi serait-il peut-être plus convenable de parler de «mélanomes de type juvénile ou infantile».

Les observations d'*Allen* et *Spitz* n'ont guère été confirmées jusqu'à présent. Sans doute, la rareté du mélanome chez l'enfant a-t-elle été maintes fois signalée; les cas connus en sont cependant exceptionnels, bien que *Spitz* en ait observé 13 et *Pack* et *Perzik* 15. Mais *Prudente*, sur 3 mélanomes pré-pubertaires, en a vu deux en pleine généralisation déjà lors du premier examen clinique. *Bimes* de son côté, qui a étudié un important matériel, n'en a observé que deux avant la puberté et tous les deux ont rapidement évolué vers la généralisation.

Intéressés pourtant par les affirmations d'*Allen* et *Spitz*, mes colla-

borateurs ont recherché si dans notre matériel il y avait des cas comparables aux leurs. Nous en avons trouvé 4 utilisables, qui concernaient de jeunes enfants. En fait, sur ces 4 cas, il n'y en a que deux qui correspondent à ceux des auteurs américains. En voici brièvement les caractères principaux.

Obs. 1 (E. 2848/38). Il s'agit d'une fillette de 3½ ans. Sur le cuir chevelu elle porte une tumeur de 8 mm de diamètre que l'on excise largement. La néoplasie est constituée par des cellules fusiformes ou globuleuses, disposées en cordons infiltrants, parfois anastomosés. Leur noyau est rarement en mitose, mais parfois irrégulier et plus ou moins monstrueux. Quelques cellules géantes multinucléées se voient dans les parties profondes de la tumeur. A ces éléments sont mêlées des cellules étoilées ou allongées, chargées de mélanine. De plus, le stroma montre une forte infiltration inflammatoire banale. A la surface, il n'y a pas d'ulcération, mais l'épiderme est infiltré et dissocié par des cellules venues de la profondeur. L'image est bien d'un mélanome que chez l'adulte on qualifierait de malin. Or, aujourd'hui, soit tantôt 16 ans après que la tumeur ait été diagnostiquée et excisée, la patiente est en parfaite santé.

Obs. 2 (E. 7235/50). La tumeur, localisée à la queue du sourcil chez un garçon de 3 ans, est excisée alors qu'elle mesure 8 mm de diamètre. Elle est faite de cellules qui, respectant totalement l'épiderme, infiltrent le derme en formant une plage mal délimitée. Ces cellules sont très polymorphes, tantôt volumineuses et très acidophiles, tantôt petites, rondes ou fusiformes. Quelques-unes sont en mitoses. Elles sont accompagnées d'éléments globuleux ou très irréguliers à noyau petit et à protoplasma chargé d'un pigment brun jaune. Celui-ci ne contient pas de fer. C'est de la mélanine: il réduit l'argent. Le tissu tumoral montre, plus encore que dans le cas précédent, une très forte infiltration inflammatoire banale. Chez un adulte, pareille tumeur serait dite mélanome et sa malignité ne ferait aucun doute. Or, 4 ans après qu'il ait été opéré, l'enfant se porte parfaitement bien et rien ne laisse craindre la moindre récidive, ni la moindre métastase.

Ajoutons, avant d'y revenir plus loin, que dans ces deux observations, si nous avons rencontré des cellules monstrueuses, nous n'en avons vu que très peu qui fussent géantes et eussent plusieurs noyaux.

Nos deux autres cas, catalogués sous la rubrique des mélanomes maliens, s'écartent des précédents.

Obs. 3 (E. 2830/37). Garçon de 9 ans avec une tumeur noirâtre à la peau, de 7 mm de diamètre. Elle est constituée par des cellules fusiformes, étoilées, irrégulières qui sont porteuses de mélanine et infiltrent profondément le derme. Ces éléments sont accompagnés de nombreuses cellules non ou à peine pigmentées, qui sont disposées en îlots ou en travées irrégulières. Vers la surface, les cellules des deux types débordent l'épiderme sans le dissocier ni le détruire. Nous n'avons rencontré que de très rares mitoses.

Il s'agit dans ce cas certainement d'un nævus bleu et l'on pourrait sans autre l'écartier de notre discussion, s'il ne présentait pas quelques caractères qui méritent attention. Le nævus bleu est constitué d'ordinaire par des chromatophores épars dans un stroma fibreux abondant. Ses cellules sont, comme nous l'avons vu ci-dessus, de forme irrégulière, étoilées, dendritiques et chargées de mélanine. Il est remarquablement bénin. Dans 5 cas cependant, *Allen* et *Spitz* l'ont vu évoluer de façon maligne. Ces cas se distinguaient des autres par leur richesse en cellules. Or, précisément, nous avons noté dans notre observation que les cellules non ou très peu pigmentées sont nombreuses et disposées en cordons anastomosés ou groupées en petits amas à limites indistinctes. Leur protoplasma est acidophile et leur noyau est volumineux avec gros nucléole. Cette

richesse en cellules est surtout remarquable dans les parties profondes du derme où se voient des sortes de bourgeons plus larges, un peu infiltrants. Ces coulées cellulaires donnent nettement une impression de malignité, même si les mitoses y sont inexistantes ou très rares. Pareille lésion chez un adulte éveillerait de grandes craintes. Chez notre enfant, une survie de 17 ans nous permet d'être affirmatifs: malgré les apparences il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne.

Notre 4e observation (E. 1303/32) est à l'origine un nævus composé. Il en a dans sa partie supérieure les thèques intraépidermiques et tout à fait en profondeur la structure fasciculée et dissociée du nævus intradermique commun. Mais dans sa zone intermédiaire, il forme des plages plus ou moins arrondies et des trainées anastomosées en réseau qui sont particulièrement riches en cellules. Celles-ci sont pour la plupart dépourvues de mélanine. Elles sont en général régulières. Quelques-unes sont en mitose et d'autres sont géantes et multinucléées. Ces deux éléments, chez un adulte, imposeraient un diagnostic de malignité. Chez notre patient, la première idée est qu'il en est bien ainsi. Et pourtant *Allen* et *Spitz* nous ont montré que précisément mitoses et cellules géantes n'ont pas la même valeur pronostique chez les jeunes. Des structures de ce genre se voient en effet dans des cas où la survie est si longue qu'elle exclut toute idée de cancer.

Notre observation est bien conforme à cette règle. Il s'agit en effet d'une fillette qui avait 4 ans en 1932. Sur le dos, elle portait une tumeur pédiculée de 10 mm de diamètre qui a été excisée avec la peau du voisinage. Aujourd'hui, l'enfant est devenue une jeune femme qui est en parfaite santé et travaille sans aucune gêne. Ainsi donc, malgré sa mauvaise apparence, notre tumeur n'était pas un mélanome. Aujourd'hui, nous la laisserions dans le groupe des nævi composés, au sens qu'*Allen* et *Spitz* donnent à ce terme.

Ajoutons au bref exposé de nos observations quelques remarques qu'elles suggèrent. *Allen* et *Spitz* ont-ils vu juste? J'ose répondre par l'affirmative et je pense que la revision des collections de mélanomes dans les instituts de pathologie démontrerait bien que ce que l'on appelle mélanome chez l'enfant n'est pas équivalent à ce qui porte le même nom chez l'adulte. Le mélanome de l'enfant est donc bénin. Mais l'est-il toujours? Certainement pas. Les cas connus de la littérature le prouvent. D'ailleurs, *Allen* et *Spitz* l'admettent aussi. Comment l'histologiste va-t-il alors juger les cas qui seront soumis à son verdict? *Allen* et *Spitz* se sont donné beaucoup de peine pour préciser les éléments morphologiques qui devraient permettre une appréciation pronostique exacte. J'avoue qu'il m'est difficile de les suivre et je pense qu'il sera toujours malaisé, sinon impossible, d'apprécier exactement tous les cas. Un exemple: les cellules géantes multinucléées qui constituaient pour eux un caractère important pour le pronostic de bénignité, ils les ont signalées dans les couches superficielles du derme, près de la couche basale de l'épiderme. Or, dans notre 1re et notre 4e observations, les cellules géantes, du même type que les leurs, étaient éparses dans toute l'étendue de la pièce. Il n'y en avait pas spécialement aux

endroits que précisent les auteurs américains et pourtant la tumeur était tout à fait bénigne. D'ailleurs, *Allen* et *Spitz* n'ont-ils pas reconnu eux-mêmes qu'il était impossible de prévoir avec certitude lequel des nævi de jonction, par exemple, donnerait un mélanome malin. Ce sera donc en définitive le flair ou ... la chance de l'histologiste qui lui éviteront l'erreur.

Cette constatation quelque peu pessimiste ne doit cependant pas diminuer la valeur des idées défendues par *Allen* et *Spitz*. Elle doit nous inciter, au contraire, à poursuivre dans la même voie et à fournir à leur hypothèse, soit pour la confirmer, soit pour l'écartier, un matériel de preuves toujours plus abondant et plus exact.

Quoi qu'il en soit, les observations dont j'ai fait état nous permettent une conclusion pratique, à savoir qu'il faut chez l'enfant renoncer définitivement aux grandes mutilations que semble au premier abord imposer et nécessiter un diagnostic de mélanome. A ce propos, je ne puis que me féliciter d'avoir toujours conseillé au chirurgien une certaine retenue en cette matière. En effet, on sait fort bien que le mélanome, lorsqu'il est très malin, n'est guère enrayé par les grandes amputations mutilantes dont l'inutilité a maintes fois été prouvée. Aussi, s'il l'est moins ou pas du tout malgré les apparences, on pourra mettre les malades au bénéfice des théories d'*Allen* et *Spitz* et leur assurer dans bien des cas une vie normale dans la conservation intégrale de leurs tissus et de leurs organes. Ceci revient à dire qu'avant de prononcer l'arrêt quasi fatal qu'est le diagnostic de mélanome malin, clinicien et histologiste auraient intérêt à se consulter, à discuter du cas s'il s'agit d'un enfant et à prendre la décision thérapeutique la plus favorable, ou, si l'on veut, la moins néfaste à leur patient.

Résumé

L'on a prétendu que les différences de malignité des mélanomes étaient fonction de leur structure histologique, les fuso-cellulaires étant moins graves que les globo-cellulaires. Cette opinion n'est pas confirmée par le matériel étudié à l'Institut d'Anatomie pathologique de Lausanne. En revanche, le mélanome chez l'enfant avant la puberté a une évolution en général bénigne, malgré l'aspect «cancéreux» de sa structure. Quatre observations viennent à l'appui de cette thèse d'*Allen* et *Spitz*.

Zusammenfassung

Es wurde behauptet, daß der Unterschied in der Bösartigkeit der Melanome eine Funktion ihrer histologischen Struktur sei, daß die

Spindelzellenmelanome weniger bösartig als die Rundzellenmelanome seien. Diese Ansicht wird durch das im Institut für Pathologische Anatomie in Lausanne befindliche Material nicht bestätigt.

Bei Kindern vor der Pubertät zeigt das Melanom allerdings einen gutartigen Verlauf trotz des cancerösen Aspektes seiner Struktur. Vier Beobachtungen stützen diese Auffassung von *Allen* und *Spitz*.

Riassunto

Si è affermato che la malignità dei melanomi fosse diversa a secondo della loro struttura istologica e che i fuso-cellulari fossero meno maligni dei globo-cellulari. Questa opinione non è confermata dal materiale esaminato all'Istituto d'Anatomia Patologica di Losanna. Nel bambino prima della pubertà invece il melanoma ha un'evoluzione generalmente benigna, nonostante l'aspetto «canceroso» della sua struttura. Quattro osservazioni confermano questa tesi di *Allen* e *Spitz*.

Summary

It had been thought that the difference in malignity of melanomas was a function of the histological structure, the fuso-cellullary being less severe than the globo-cellullary form. This opinion is not confirmed by the material studied at the Pathological Anatomical Institute of Lausanne. Melanoma in children before puberty has in general a benign developement inspite of the «cancerous» aspects of its structure. Four observations support the theory of *Allen* and *Spitz*.

von Albertini, A., et Jaeger: 5e Congrès int. cancer, Paris 1950. – Allen, A., et Spitz, S.: Cancer 6, 1 (1953). – Bimes, C: Bull. Ass. franç. Cancer 40, 481 (1953). – Jaeger, H.: Oncologia (Bâle) 6, 66 (1953). – Pack, G. T., et Perzik, S. L.: Calif. Med. 66, 283 (1947). – Prudente, A.: Acta Un. int. Cancer. 9, 794 (1953). – Spitz, S.: Amer. J. Path. 3, 591 (1948).