

groupe de tumeurs qu'on a observé des faits de guérison après emploi de l'arsenic.

C'est en effet un des caractères remarquables du sarcome cutané que la disparition possible de certaines tumeurs, avec ou sans ulcération antérieure, avec ou sans cicatrices consécutives.

2. Certains sarcomes se développent au niveau des mains et des pieds, simultanément ou à peu près, sous forme de nodules multiples. De nouveaux nodules apparaissent dans le voisinage, et la sarcomatose s'étend vers la racine des membres, dans une direction centripète. La face, le tronc plus tard sont atteints, enfin les viscères. Cette maladie à évolution régulière et fatale, tout à fait incurable, constitue le type Kaposi.

3. Enfin les mélanosarcomes doivent être étudiés dans un chapitre distinct : ils diffèrent des précédents par leur étiologie et leur évolution.

**I. SARCOMATOSE A DISTRIBUTION IRRÉGULIÈRE.** — Il existe quelques faits, réunis par Perrin, où le développement du sarcome aux extrémités fut précédé par le développement de tumeurs en d'autres points du corps. Secondairement les extrémités furent atteintes, et dès lors la marche suivit exactement celle du type Kaposi.

Les sarcomes à distribution irrégulière se présentent sous des types cliniques nombreux. C'est ainsi que Unna en distingue cinq variétés que nous décrirons d'après lui.

**1° Sarcomes durs et blancs.** — Ce type a été observé par Unna dans deux cas. Les nodules, compris d'abord dans le derme, font plus tard saillie à la surface de la peau qui est blanche, rosée ou bleuâtre, mais toujours de couleur claire. Leur surface est lisse et tendue, quelquefois on y trouve des télangiectasies. Leur volume peut atteindre celui d'une prune. Les tumeurs ne sont pas douloureuses, elles résistent au doigt, parfois se résorbent partiellement et même peuvent disparaître. Jamais elles ne se pigmentent ni ne s'ulcèrent. Elles rappellent par quelques caractères le molluscum. Il s'agit de sarcomes fusocellulaires et de fibrosarcomes.

**2° Sarcomes durs et pigmentés (type Piffard).** — Les nodules ont une couleur foncée, rouge brun ou violacé ; ils se développent à la suite de télangiectasies avec hémorragies superficielles qui peuvent être suivies de taches pigmentaires. Les tumeurs sont moins dures que dans la forme précédente. En général, elles se distribuent sur des régions déterminées, souvent d'une manière symétrique et surtout sur la moitié inférieure du corps. Il s'agit ici de tumeurs très vasculaires, non mélaniques. Ce sont des angiosarcomes et des angiofibrosarcomes.

**3° Sarcomes mous (type Neumann).** — Ces tumeurs ont une consistance molle et une couleur claire. Elles se développent sous forme de plaques arrondies et forment à la fin de volumineuses saillies

à large base. Ces lésions, qui se rencontrent surtout dans le dos, ont été souvent confondues avec le mycosis fongoïde. Ce sont des sarcomes globo-cellulaires.

**4° Sarcomes gommeux (type Funk-Hyde).** — Les tumeurs sont molles, peu ou point pigmentées, volumineuses. Elles se ramollissent au centre et s'affaissent après avoir donné une sécrétion semi-liquide. Il s'agit de sarcomes avec dégénérescence myxomateuse centrale.

**5° Sarcomes hypodermiques (type Perrin).** — Les tumeurs sont dures, elles naissent et se multiplient dans l'hypoderme. Elles peuvent acquérir un volume assez notable sans que la peau leur devienne adhérente ; à la fin, celle-ci rougit et s'ulcère. Ce sont des sarcomes globo-cellulaires.

Tous les sarcomes de la peau ne peuvent être rangés dans ces types et il faudra en établir de nouveaux. L'un de nous (L.) a observé une forme extrêmement caractérisée, à marche presque aiguë. Les tumeurs commencent par des nodules durs, intradermiques, qui se développaient dans l'épaisseur de la peau sans déterminer de saillie importante. Les plus caractéristiques formaient des plaques aplaties, de plusieurs centimètres de diamètre, ovalaires, extrêmement dures. Leur surface légèrement convexe avait une couleur rose tendre, violacée à la périphérie (1).

La multiplication des tumeurs fut extrêmement rapide. Entre certaines des plaques néoplasiques, on rencontrait des dilatations capillaires, en l'absence de toute infiltration. Histologiquement, il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

**II. SARCOMATOSE SYSTÉMATISÉE (TYPE KAPOSI).** — Synon. : *Sarcome pigmentaire multiple idiopathique* (Kaposi, 1869); *sarcome idiopathique multiple hémorragique* (Kaposi, 1895); *acrosarcome cutané télangiectoïde multiple* (Unna).

**SYMPTÔMES.** — La maladie se développe sur les mains ou les pieds : en général, ces deux régions sont envahies à peu près en même temps. Ce sont d'abord des taches, parfois rouge vif, qui prennent bientôt une teinte violacée. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une fève ; les unes ne s'accompagnent d'aucune infiltration dermique ; d'autres correspondent à des nodosités résistantes que l'on sent au doigt.

Ces nodosités se multiplient et deviennent saillantes sur le dos et la paume des mains, le dos et la plante des pieds ; on observe en outre une infiltration diffuse, dure, de couleur sombre, qui déforme les doigts et tuméfie la main ; les doigts, fusiformes, restent écartés les uns des autres

(1) Il existe au musée de Saint-Louis un moulage dû à Le Dentu, étiqueté sarcome encéphaloïde et dont les caractères se rapprochent de ceux que nous avons observés dans notre cas.

Quelquefois cette infiltration diffuse est le premier phénomène objectif; les taches, les nodules apparaissent plus tardivement.

Les malades éprouvent des sensations de gêne, de tension pénible, parfois du prurit; cependant, on a observé des douleurs spontanées et à la pression, et même très vives (Schwimmer).

Au bout de quelques mois, de nouvelles nodosités apparaissent sur les avant-bras et les jambes, puis sur les cuisses et les bras; dans certains cas, elles se disposent en séries qui paraissent suivre le trajet des voies lymphatiques.

Les nodules sarcomateux ont des caractères très différenciés qu'il convient de mettre en relief.

Leur couleur est toujours foncée, de teinte variable du reste; leur surface est violacée, brune, gris foncé ou noirâtre, véritablement purpurique. La peau qui les recouvre est lisse, tendue, brillante. Leur volume varie. La plupart des tumeurs sont petites et ne dépassent guère les dimensions d'une cerise, mais certaines, dans quelques cas, atteignent le volume d'un œuf de pigeon ou d'une mandarine, surtout à la racine des membres et sur le tronc. Elles sont rondes ou ovales, hémisphériques quand elles sont petites, mais souvent aplaties, disposées en « macarons ».

Les lésions se groupent en certaines régions: les tumeurs confluentes forment des masses qui ont les mêmes caractères, la même évolution que les tumeurs isolées. Au doigt, on sent des tumeurs qui ne se perçoivent pas à la vue. En grossissant, elles font saillie, et, si elles n'ont pas envahi le derme, elles n'amènent aucun changement de coloration. La peau glisse sur elles. Leur consistance est élastique; quelquefois, si elles sont très vasculaires, elles sont molles en certains points et paraissent légèrement réductibles.

Parmi les tumeurs et les infiltrations néoplasiques, certaines, avec ou sans ramollissement, s'affaissent au centre. On constate alors une dépression centrale, pigmentée, entourée d'un bourrelet déchiqueté, induré, rouge brun, couvert de squames dures et sèches (Kaposi). D'autres tumeurs disparaissent totalement, en laissant des cicatrices déprimées, pigmentées.

Suivant Kaposi, les tumeurs ne s'ulcèrent jamais. Il existe quelques exceptions à cette règle générale (Filetti).

Les ganglions lymphatiques sont rarement volumineux. Leur étude histologique n'a du reste pas été faite avec assez de soin, et il est probable qu'ils deviennent sarcomateux, sans hypertrophie notable, car on ne comprend guère la marche de la maladie si on n'admet pas qu'elle suit les voies lymphatiques.

ÉVOLUTION. — La marche de la sarcomatose systématisée est lente. La maladie dure de trois à cinq ans. Lorsqu'elle a atteint la face et le tronc, la multiplication des tumeurs devient plus rapide; des nodules sarcomateux peuvent apparaître dans la bouche et le

pharynx. Le malade maigrit, pâlit, se cachectise, on observe des épistaxis, des hémoptysies, des mélaena, divers symptômes de localisations viscérales de la fièvre, et, sans rémission, le tout aboutit à la mort.

Les cas observés chez l'enfant ont eu une marche rapide et ont amené la mort en un an.

Les sarcomes du type Kaposi ont en général le type fuso-cellulaire; ils sont extrêmement vasculaires; le pigment qu'ils contiennent est d'origine sanguine et peu abondant, aussi Kaposi a-t-il substitué au nom qu'il leur avait donné à l'origine celui de sarcome hémorragique (1).

III. SARCOMES MÉLANIQUES PRIMITIFS (2). — L'évolution du sarcome mélanique comprend deux périodes. Au début, on observe une tache noire, souvent développée au niveau d'un nævus ancien, surtout d'un nævus irrité, ulcéré. Elle siège en un point quelconque du tégument, assez souvent à l'extrémité des membres; parfois elle est sous-unguéale. Cette tache s'indure, fait saillie; la croissance de la tumeur initiale est lente. La couleur est extrêmement foncée (encre noire, sépia, dit Perrin); elle ne dépasse guère les dimensions d'une noisette, n'atteint que par exception celles d'une noix (Perrin). Elle est ronde ou ovalaire, hémisphérique ou un peu aplatie, excessivement dure. En général, elle est mobile sur les parties profondes. Quelquefois elle occupe le derme et l'hypoderme, quelquefois l'hypoderme seul, et la peau glisse dessus.

La croissance de la tumeur s'accélère, si elle est irritée, et surtout si elle est l'objet d'une intervention chirurgicale; dans ce cas, elle repullule et la généralisation se produit.

Le début de la généralisation est assez tardif, sauf dans les condi-

(1) On peut rapprocher du type Kaposi le sarcome lymphangiomeux hémorragique que l'un de nous a décrit avec Jeanselme en 1892 (\*). Dans cette forme, les tumeurs développées le long des lymphatiques d'un membre, sous-cutanées au début, de coloration violacée, s'ulcèrent régulièrement. Les ulcérations offrent des bords sinueux, décollés, une surface mamelonnée inégale, vermeille ou bourbillonneuse. Certaines des ulcérations guérissent, laissant une cicatrice; quelquefois les tumeurs disparaissent ainsi totalement. Ces tumeurs restent pendant plusieurs années limitées à un même membre et envahissent les ganglions qui semblent faire obstacle à leur dissémination; elles offrent, dans leur mode de distribution, leurs caractères et leur évolution, les plus grandes analogies avec les lymphangites tuberculeuses nodulaires; elles s'en distinguent surtout par des hémorragies incessantes qui se produisent, soit dans l'intimité du tissu, soit à l'extérieur après l'ulcération; l'examen histologique montre que ces hémorragies sont dues à l'altération d'un grand nombre de veines et de capillaires par des bourgeons néoplasiques: il en résulte des foyers de dégénérescence au sein desquels se produisent des ruptures vasculaires.

(2) Les sarcomes mélaniques secondaires de la peau présentent les mêmes caractères que les sarcomes primitifs: ils sont consécutifs aux sarcomes de la choroïde.

(\*) HALLOPEAU et JEANSELME, Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse (II<sup>e</sup> congrès international de dermatologie et A. D., 1892).

tions que nous venons d'indiquer. Des tumeurs, du même caractère que la tumeur primitive, se développent sur le trajet des lymphatiques qui partent de la région qu'occupe celle-ci, ou bien les ganglions sont envahis directement et forment dans l'aisselle, dans l'aîne, de grosses masses dures, ligneuses, multilobulées, qui adhèrent à la fois à la peau et aux parties profondes (Perrin). Enfin on peut constater la formation de tumeurs mélaniques en des points quelconques du tégument, sans que les ganglions paraissent intéressés. Le nombre de ces tumeurs secondaires, en général peu considérable, s'est élevé à 105 dans un cas de Bulkley, à 561 dans un fait de Rothacker.

Tous ces néoplasmes ont exactement la couleur, la forme, la dureté du néoplasme initial. Tous sont absolument indolents. Leur volume n'atteint pas celui d'une noix.

Dans 50 p. 100 des cas (Perrin), on observe l'ulcération d'une ou deux tumeurs. Il s'écoule alors, non du sang, mais un liquide parfois très épais, de couleur noirâtre, maculant le linge d'une tache sépia.

Certaines tumeurs peuvent disparaître : elles s'aplatissent au centre, et ne laissent qu'une tache noire ou livide.

La généralisation cutanée est suivie de la généralisation viscérale. Dans quelques cas, celle-ci se produit à la suite du développement d'une tumeur mélanique primitive de la peau, sans généralisation cutanée. On observe divers signes de localisation viscérale, en outre la mélanurie, la mélanémie, la leucocytose avec pigmentation des globules blancs. La mort est due à la cachexie, à des accidents pulmonaires, cérébraux, etc.

Duncan Bulkley a signalé à cette phase terminale une pigmentation noire universelle de la peau.

La durée du sarcome mélanique ne dépasse guère deux à trois ans. Lorsqu'on observe les premiers signes de généralisation viscérale, la mort est proche et se fait dans un délai de six semaines au plus.

DIAGNOSTIC DES SARCOMES CUTANÉS. — Les épithéliomes vulgaires de la peau occupent en général la face ; on observe des végétations ou des perles épithéliales, un ourlet dur spécial ; la progression se fait en surface plus qu'en profondeur ; à la période d'ulcération, aucune confusion n'est encore possible.

Le mycosis fongoïde ne peut être confondu avec le sarcome que dans les cas rares où les tumeurs en sont le premier symptôme et ne sont pas associées à des lésions érythrodermiques ou eczématoïdes. Ces tumeurs ont des caractères précis : ce sont des saillies mamelonnées, demi-sphériques, de couleur rouge vif ou rouge violacé, quelquefois blanc jaunâtre ; elles peuvent s'ulcérer, se résorber. S'il y avait quelque difficulté de diagnostic, elle serait tranchée par une biopsie.

Les gommages cutanées ont une marche progressive : d'abord pro-

fondes, intradermiques ou sous-dermiques, elles amènent rapidement des changements de coloration de la peau, qui s'ulcère. La matière évacuée par l'ulcération a des caractères propres ; elle est filamenteuse ; l'ulcération a une forme régulière, des bords fermes, taillés à pic.

Les fibromes se reconnaissent aisément, grâce à leur consistance molle, à leur enveloppe flétrie. Lorsqu'ils sont multiples, on trouve habituellement des taches pigmentaires (neuro-fibromatose).

Les tubercules sous-cutanés douloureux, de même que les névromes de Duhring et Kosinski, offrent une sensibilité excessive au contact et des douleurs paroxystiques qui n'existent jamais dans le sarcome.

Parmi les maladies qu'il est possible de confondre avec les sarcomes, citons encore, à l'exemple de Perrin, les tumeurs de la ladrerie (contenu liquide qu'on peut retirer par ponction), les nodosités lépreuses (coloration fauve, troubles de sensibilité), le xanthome (couleur jaune-chamois, jaune clair, siège au sommet des articulations, à la paume des mains et à la plante des pieds), les myxomes de la peau, la chéloïde sous-cutanée d'Hutchinson.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES SARCOMES CUTANÉS. — Nous en distinguons quatre formes :

- 1° Sarcome à cellules fusiformes ;
- 2° Sarcome à cellules rondes ;
- 3° Sarcome à cellules géantes ;
- 4° Sarcome mélanique.

1° **Sarcome à cellules fusiformes (fuso-cellulaire).** — Ces sarcomes sont formés de cellules identiques aux cellules fixes normales du tissu conjonctif, tassées les unes sur les autres, ordonnées en faisceaux plus ou moins réguliers. Unna n'a jamais constaté de figures de karyokinèse. Entre ces cellules, on ne trouve que des restes minimes du tissu conjonctif, et on ne voit de fibres élastiques qu'auprès des vaisseaux. Ceux-ci sont limités par des cellules identiques à celles de la tumeur. Quelquefois ils deviennent extrêmement nombreux (angiosarcomes), mais la plupart des sarcomes fuso-cellulaires sont peu vascularisés.

La tumeur se développe dans le tissu sous-cutané ou le derme profond ; on trouve toujours à sa surface une zone plus ou moins épaisse de derme à peu près normal, le séparant de la surface.

Elle s'étend par des traînées de cellules sarcomateuses qui s'irradient à distance le long des vaisseaux sanguins. La présence de mastzellen est rare ; on peut voir quelques plasmazellen à la limite de la tumeur.

Tous les organes de la peau, glandes sébacées, follicules pileux, s'atrophient et disparaissent. Les glandes sudoripares sont repoussées dans la profondeur.

Certaines variétés méritent l'attention. Parfois le tissu conjonctif persiste et peut être mêlé intimement aux cellules sarcomateuses ; il peut même être aussi abondant que le tissu sarcomateux (fibrosar-

comes); dans ces formes, le tissu élastique persiste toujours. On observe deux types rares de myxosarcome, l'un à dégénérescence centrale, l'autre à dégénérescence périphérique.

Certains sarcomes fuso-cellulaires sont pigmentés; on trouve, dans les cellules, des granulations jaune clair ou jaune d'or plus ou moins abondantes.

Contrairement à Babès, Unna(1) admet que ces sarcomes n'ont pas généralement une origine vasculaire, même dans la plupart des cas d'angiosarcome.

2° **Sarcome à cellules rondes (globo-cellulaire).** — Dans cette forme, très fréquente, la masse du néoplasme est formée de cellules rondes, petites, dont le noyau n'est pas toujours très colorable, juxtaposées, et souvent séparées par des fibrilles fines, formant un réticulum délicat dont les mailles n'enferment quelquefois qu'un seul élément (lymphosarcome). Des vaisseaux larges, en abondance modérée, ayant souvent conservé leur endothélium, circulent dans le tissu du néoplasme. Celui-ci est cloisonné par des tractus importants, d'origine conjonctive.

A la périphérie de ces sarcomes, Unna a noté la tuméfaction et la prolifération des cellules fixes, la présence de mastzellen et de plasmazellen, celles-ci quelquefois en très grande abondance. Les cellules du sarcome dérivent, suivant Unna, de ces plasmazellen, et, par leur intermédiaire, des cellules fixes.

On observe très fréquemment des figures karyokinétiques dans le sarcome à cellules rondes, au contraire de ce qu'on observe dans le sarcome fuso-cellulaire. Comme ce dernier, le sarcome à cellules rondes respecte presque toujours l'épiderme et en est séparé par une zone conjonctive.

Unna a observé une variété remarquable qu'il décrit sous le nom de forme figurée, et où l'on observe, au centre de nodules formés de cellules sarcomateuses rondes, des amas clairs. Ces amas comprennent entre autres éléments des cellules pâles à plusieurs noyaux et même, à leur périphérie, des cellules géantes.

3° **Sarcome à cellules géantes.** — Cette forme est extrêmement rare; on y trouve de grandes cellules à noyau clair dérivant des cellules fixes, des cellules géantes ayant exactement le caractère des cellules géantes de la syphilis ou de la tuberculose, d'autres qui sont des chorioplaxes, enfin des plasmazellen. Tous ces éléments sont répartis sans orientation définie. Les endothéliums vasculaires persistent.

Ces sarcomes rappellent à de très nombreux points de vue, par leurs caractères histologiques, les néoplasmes d'origine infectieuse (2).

4° **Sarcomes mélaniques.** — A la coupe, les tumeurs paraissent bigarrées; de coloration noirâtre en certains points, elles sont à peine

(1) UNNA, *Histo-pathologie*.

(2) L. PERRIN et LEREDDE, *A. D.*, 1895.

pigmentées en d'autres. Elles sont souvent ramollies dans leurs parties centrales, qui constituent une sorte de bouillie. Le pigment est identique au pigment épidermique et au pigment choroidien; on ne peut y déceler de fer par les réactifs histologiques.

Les auteurs qui ont étudié ces tumeurs les considèrent en grande majorité comme des sarcomes, et nous nous sommes conformés à l'opinion classique. Mais il existe, à côté des sarcomes mélaniques, des épithéliomes mélaniques, et même, suivant Unna, les tumeurs mélaniques de la peau sont peut-être dans tous les cas des carcinomes, développés aux dépens des inclusions épithéliales qu'il a rencontrées dans un grand nombre de nævi. La tumeur est formée de cellules souvent dégénérées, souvent pourvues de nombreux noyaux qui seraient des cellules épithéliales logées dans les alvéoles; le pigment infiltre ces cellules, les cellules fixes du tissu conjonctif, les cloisons connectives, et se distribue le long des vaisseaux. On trouve, à la limite des blocs épithéliomateux, des plasmazellen accumulées, comme il est de règle dans les épithéliomes. Dans les tumeurs secondaires, les tumeurs métastatiques, on retrouve la même structure (Unna).

TRAITEMENT DES SARCOMES CUTANÉS. — La sarcomatose systématisée n'est susceptible d'aucun traitement chirurgical. Dans certains cas, la marche de l'affection a paru ralentie par le traitement arsenical à hautes doses. On peut employer des injections étendues à dose progressive, sous la forme suivante :

Liqueur de Fowler.....	1 partie.
Eau distillée.....	4 parties.

Douze à trente gouttes.

ou bien

Arséniate de soude.....	0gr,05
Eau distillée.....	10 grammes.

Dix à vingt gouttes.

On pourra également administrer l'arsenic par voie rectale, suivant le procédé employé par le professeur Renaut dans la tuberculose.

Le traitement arsenical sera surtout employé dans les cas de sarcomes multiples. Mais lorsque la tumeur sarcomateuse sera unique et qu'il ne s'agira pas d'un sarcome mélanique, on pratiquera l'ablation aussi complète que possible.

Aucune intervention ne sera essayée chez les malades atteints de sarcome mélanique. Les ulcérations seront pansées au moyen de poudres absorbantes ou d'enveloppements humides. (L.)

## ÉPITHÉLIOMATOSE CUTANÉE

Parmi les proliférations *malignes* des épithéliums cutanés (épiderme, glandes sébacées et sudoripares, follicules pileux) certaines déterminent des formes cliniques qui, dès leur origine, ont des caractères spécifiques et une évolution maligne : ces formes sont de beaucoup les plus rares. En général, les tumeurs épithéliomateuses de la peau ne prennent ces caractères et cette évolution qu'à un moment tardif; souvent, pendant de longues années, elles sont précédées par des proliférations épithéliales à marche lente, qui ont des caractères bénins, non seulement au point de vue clinique, mais même au point de vue histologique, étant formées par des cellules identiques aux cellules épithéliales normales de la peau, et ne présentant aucune trace de la désorientation cellulaire, que l'on peut considérer, à l'exemple de Fabre-Domergue (1), comme le symptôme microscopique essentiel de la malignité. On ne peut distinguer par exemple entre certains papillomes qui deviendront envahissants et d'autres qui ne le deviendront jamais; de même, parmi les cornes de la peau, certaines aboutissent à la formation de tumeurs à marche rapide, certaines persistent indéfiniment et ne s'accroissent plus à un moment donné; et même certaines proliférations épithéliales qui prendront une forme maligne sont exactement identiques, au double point de vue macroscopique et microscopique, à des proliférations qui guérissent spontanément.

A notre sens, tout se passe comme si la gravité était dominée non par des caractères propres à la néoplasie elle-même, mais par la résistance du terrain, résistance toute locale bien entendu, inaptitude du sol à laisser germer des cellules épithéliales, que cette germination soit d'origine parasitaire ou reconnaisse une autre cause.

Il est indispensable, jusqu'au jour où nous posséderons un caractère distinctif qui permette de séparer les proliférations épithéliales bénignes des proliférations malignes, de donner au terme épithéliome cutané un sens large. Mais nous en séparons les proliférations épithéliales qui se développent dans des circonstances étiologiques précises (verruques vulgaires, papillomes vénériens et syphilitiques...) et certaines affections qui n'aboutissent pas régulièrement à l'épithéliome malin : ainsi les adénomes sébacés de Balzer et Ménétrier, les idradénomes sudoripares de Jacquet et Darier.

ÉTILOGIE. — L'épithéliome cutané, dans la grande majorité des cas, se développe sur la face; il peut s'observer chez des sujets jeunes et des adultes, mais à la suite d'altérations prolongées et profondes de la peau, de lésions congénitales (xeroderma pigmentosum) ou

(1) FABRE-DOMERGUE, *Les cancers épithéliaux*. Paris, 1898.

acquises. Chez les sujets âgés, les épithéliomes sont infiniment plus fréquents; la régression sénile est évidemment une condition favorable, et les épithéliomes sont plus communs chez les individus dont la sénilité cutanée est très intense que chez les autres. Aussi observe-t-on, coexistant avec l'épithéliome, l'atrophie, la sécheresse de la peau, la perte complète d'élasticité; on peut voir également des télangiectasies, des nævi volumineux.

Toutes cicatrices et lésions à tendances cicatricielles, quelle que soit leur origine, mais, en particulier, les cicatrices dues aux brûlures, à l'application de corps caustiques, à des ulcérations prolongées, peuvent être l'origine d'épithéliomes; on peut même observer sur une seule cicatrice des épithéliomes indépendants (Leredde). Le lupus aboutit assez souvent à une forme d'épithéliome particulièrement grave et rapide; les cicatrices d'origine syphilitique sont parfois suivies de cancer; ce fait s'observe au niveau de la peau comme au niveau de la langue; exceptionnellement le cancer complique des syphilides en évolution.

Parmi les lésions cutanées qui peuvent aboutir au cancer, citons les verrues séniles, le psoriasis (Cartaz, White, von Hebra) en particulier dans ses formes lichénifiées, à lésions locales rebelles, les lésions de kératose arsenicale (cancer arsenical d'Hutchinson), diverses lésions diffuses de la peau, d'origine traumatique; Rollet a observé le développement d'épithéliomes chez des ouvriers qui fabriquent des briquettes de houille et chez lesquels on observe, par le fait de brûlures et d'incrustations de poussières dans la peau, des cicatrices et des tatouages multiples de la face; Derville et Guérmonprez ont décrit le « papillome des raffineurs ».

Nous pourrions encore signaler, à l'exemple d'autres auteurs, diverses lésions telles que des proliférations verruqueuses, papillomateuses, des lésions hyperkératosiques (acné sébacée concrète), les cornes cutanées, qui pourraient à un moment donné dégénérer en épithélioma. Mais nous considérons ces lésions comme de nature épithéliomateuse dès l'origine; sans doute elles évoluent lentement, quelquefois guérissent spontanément, mais on observe des faits semblables dans des épithéliomes perlés qui, dès leur apparition, ont les caractères certains d'épithéliomes, par leurs caractères objectifs seuls.

Par contre, nous éliminons de la description de l'épithéliome le xeroderma pigmentosum et même l'affection décrite par Unna sous le nom de *Carcinom der Seemannshaut*. En dehors des lésions épithéliomateuses qui compliquent fatalement ou non ces diverses maladies, on observe des lésions qu'on ne peut rattacher à l'épithéliomatose et qui la précèdent.

Les épithéliomes de la peau sont en effet les plus bénins des cancers épithéliaux, et la plupart affectent pendant des années le caractère de maladies locales, évoluant en surface plus qu'en profondeur, et avec une lenteur excessive.