

THE BRITISH JOURNAL
OF
DERMATOLOGY AND SYPHILIS
MAY, 1922.

DES ÉPITHÉLIOMES PRIMITIFS DE LA PEAU.*

J. DARIER,
Paris.

Dans la question des cancers de la peau l'intérêt de l'heure actuelle se porte principalement sur leur étiologie, sur les conditions de leur malignité relative, et sur la radiosensibilité des diverses espèces. Les acquisitions récentes relatives à la production expérimentale de ces cancers ont rénové le sujet et l'ont particulièrement mis à l'ordre du jour.

Nous avons actuellement trois moyens pour créer du cancer : Les rayons X, avec lesquels on réussit rarement, la méthode n'étant pas réglée ; un parasite animal, le *spiroptera neoplastica* qui a donné des succès dans près de la moitié des cas chez les rats pies à Fibiger de Copenhagen ; les badigeonnages de goudron, inaugurés par les Japonais, et repris par Fibiger, qu'on expérimente actuellement dans tous les pays, et par lesquels on obtient des cancers de la peau vraiment malins avec une réelle constance sur les souris.

Il ressort de ces expériences que les causes du cancer sont multiples ; qu'une même espèce de cancer peut être produite par des causes diverses et qu'un même agent peut produire des tumeurs différentes. Elles ont aussi mis en lumière le rôle d'une prédisposition diverse de certaines races et certaines familles d'animaux.

* Abstract of a paper read before the Section of Dermatology, Royal Society of Medicine, on March 16th, 1922. The paper was illustrated by numerous photographs of cases and microscopical preparations. A fuller description with the appropriate illustrations will be found in the first fasciculus of the *Atlas du Cancer* to be published shortly by the Association française pour l'étude du Cancer, and in an article by MM. Darier and Ferrand which will appear in the *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

Quant aux conditions de la malignité et à la radiosensibilité des cancers, il reste acquis qu'elles sont en relation avec la structure histologique de chaque tumeur. Moi qui ne suis pas cancérologue, mais simple dermatologiste, je me suis depuis 30 ans attaché à étudier la structure des diverses espèces de cancers de la peau ; c'est sans doute pour cela que j'ai eu l'honneur d'être invité à vous parler de ce sujet.

L'étude de l'ensemble des cancers de la peau, y compris les sarcomes, serait trop vaste. Je me bornerai donc à étudier les 3 espèces les plus communes, auxquelles les autres variétés se rattachent plus ou moins. Les deux premières sont bien connues et je ne m'y arrêterai que pour fournir des points de comparaison ; la troisième est relativement nouvelle et n'a jamais été bien décrite ni figurée.

I. *L'épithéliome spino-cellulaire* (É. pavimenteux lobulé, prickle-cell carcinoma) est l'espèce la plus commune (50%) et la plus maligne. On l'observe surtout à la bouche, mais aussi sur la face, les oreilles, et le reste du corps, sur les cicatrices, les ulcères et le lupus tuberculeux. Il débute par une verrucosité ou une corne cutanée, et sur les muqueuses par de la leucoplasie verruqueuse. Il se développe soit en surface, sous forme de "macaron," soit en profondeur sous forme de tumeur nodulaire dure ; l'ulcération est précoce, anfractueuse, et parsemée de "vermiottes" caractéristiques. Son évolution est rapide ; bientôt il envahit les ganglions lymphatiques et peut donner lieu à des ulcères cancéreux ganglionnaires et à des métastases viscérales, qui pourtant sont rares. Il conduit fatalement à la mort en 18 mois à 3 ans, par cachexie et hémorrhagies. Il est très radio-résistant.

Au point de vue histologique il est caractérisé par des travées relativement larges et lobulées, composées de cellules grandes et claires de type malpighien, munies de filaments d'union ; elles évoluent en globes épidermiques à centre corné, centre entouré de cellules à kératohyaline et de cellules lamelleuses. Ses éléments conservant la morphologie et l'évolution des cellules du type malpighien, on peut donc donner à cette espèce de cancer le nom d'*Épithéliome pavimenteux typique*.

II. *L'épithéliome baso-cellulaire* (É. pavimenteux tubulé, Basalzellen carcinoma, rodent ulcer) est assez commun également (30 à 40%). Il se développe surtout sur les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la face chez les

vieillards, mais aussi sur les membres et sur le tronc, et même sur les lèvres, la langue et les organes génitaux. Souvent il est une conséquence de la kératose sénile, et peut donner lieu à l'Épithéliomatose multiple de Besnier; quelquefois il commence par une ou plusieurs petites perles, ou par un bourgeon rouge et érosif, ou encore par une érosion plane, en "coup d'ongle," très persistante.

L'aspect clinique de cet épithéliome est très polymorphe; j'en décris 5 types principaux: 1° *L'É. plan cicatriciel* dans lequel on voit une surface cicatricielle ou ulcérée entourée d'un ourlet de petites perles papuleuses.—2° *L'É. superficiel* que j'ai appelé *Pagetoïde* (en m'excusant de prendre le nom du grand savant qu'était Sir James Paget pour en faire un adjectif), lequel est constitué par une plaque rose jaunâtre, souvent atrophique, parsemée de squames et de croûtelles, ressemblant au Paget's disease of the nipple; il siège de préférence à la face, mais aussi en taches disséminées et multiples sur le corps.—3° *L'É. bourgeonnant* qui en quelques mois donne lieu à une tumeur saillante et rouge du volume d'une noix.—4° *L'ulcus rodens* qui est un ulcère serpigineux pouvant progresser pendant plus de 20 ou 30 ans.—5° *L'ulcère térébrant* qui se creuse une caverne, envahit les cavités de la face, cause d'horribles mutilations, et tue par hémorrhagies ou méningite.

L'épithéliome baso-cellulaire est caractérisé par la lenteur de son évolution, qui peut durer de 12 à 30 ans, par sa ténacité et sa repullulation après opération; mais sa *malignité* est *toute locale*; jamais il n'infecte les ganglions ni ne donne de métastases. Il est très radio-sensible.

Sa structure histologique peut être résumée comme suit: Travées étroites, bosselées, foliolées, souvent ramifiées et en réseaux, qui proviennent soit des bourgeons interpapillaires, soit des follicules pilo-sébacés, soit des glandes sudoripares. Les cellules néoplasiques sont petites, tassées, mal délimitées, vivement colorables. Elles diffèrent nettement des cellules malpighiennes, n'ont pas de filaments d'union, ne subissent pas la kératinisation et ne forment donc pas de globes épidermiques. On les a comparées aux cellules basales de l'épiderme (Krompecher). Comme elles ont perdu le type malpighien ou peut appeler les tumeurs qu'elles constituent, des *Épithéliomes atypiques*.

III. À ces deux espèces bien connues et généralement admise il

faut en ajouter une troisième, que j'étudie depuis plusieurs années, qui est une espèce intermédiaire ou combinée des deux précédentes et que j'appelle *Épithéliome métatypique* (carcinoma spino-baso-cellulaire). Cet épithéliome n'est pas très rare (10 à 15%). Je l'ai rencontré surtout sur la face et notamment sur le nez, mais aussi au cuir chevelu, au cou, sur le genou, et ailleurs. Il est difficile à distinguer en clinique de l'épithéliome baso-cellulaire, et souvent c'est parce que l'on constate qu'il ne guérit pas par la radiothérapie que l'attention est attirée. Je l'ai vu débiter d'ordinaire sous forme d'une petite tumeur saillante, gris-rosé, demi-molle, translucide; mais quelquefois c'est une érosion, ou un ulcère térébrant et mutilant. Son développement est plus rapide que celui de l'É. baso-cellulaire; il peut rester stationnaire quelques mois ou des années, et prendre ensuite un accroissement brusque avec ulcération profonde. Ce qui est important à connaître c'est que cet épithéliome métatypique peut *envahir les ganglions* et se généraliser, et qu'il est *radio-résistant*.

L'histologie est nécessaire jusqu'ici pour en affirmer le diagnostic. A ce point de vue on en peut distinguer deux types, entre lesquels il y a des combinaisons.

1° *L'épithéliome métatypique mixte* (18 cas) a la configuration et la structure d'un É. baso-cellulaire, mais il renferme des *globes*. Ceux ci sont formés de cellules lamelleuses conglomérées, pâles et acidophiles, munies quelquefois de filaments d'union, mais sans kératohyaline, lesquels entourent un centre colloïde. Il y a donc juxtaposition de tissu baso-cellulaire et de tissu spino-cellulaire, sans kératinisation complète.

2° *L'épithéliome métatypique intermédiaire* (9 cas) est d'ordinaire constitué par un réseau de travées étroites comprenant 2 ou 3 rangées de cellules; celles-ci, plus grandes, plus claires et mieux limitées que les cellules baso-cellulaires, n'ont pourtant ni les dimensions ni toujours les filaments d'union des spino-cellulaires; elles ont donc des caractères franchement intermédiaires. De plus on rencontre dans les travées des globes, qui, comme dans la type mixte sont des globes parakératosiques à centre colloïde.

L'importance qu'il y a à distinguer ces 3 espèces d'épithéliomes est double. Au *point de vue scientifique*: on enseigne que la cellule cancéreuse est anarchique, embryonnaire ou différenciée et en

somme plus ou moins atypique. Or on voit que, parmi les épithéliomes de la peau, ce sont ceux qui sont le plus atypiques qui sont les moins malins, les plus lents et les plus radiosensibles, tandis que les plus typiques (spino-cellulaires) ont des propriétés opposées.

Au point de vue pratique : il est essentiel de distinguer ces 3 espèces pour le pronostic et aussi pour le traitement, en raison de leur radiosensibilité variable. On ne peut plus dire aujourd'hui que l'É. baso-cellulaire guérit toujours par les rayons X et le radium, et que cette thérapeutique ne guérit jamais et aggrave même l'É. spino-cellulaire. La radio-sensibilité des éléments épithéliomateux, comme celle des éléments normaux, présente des degrés et une véritable gamme. De plus, les progrès de la technique ont montré que dans les irradiations la quantité n'est pas tout, qu'il faut tenir compte de la qualité des rayons, lesquels doivent être sélectionnés par des filtres épais, et qu'il convient de faire des applications massives en une période courte.

D'une façon générale j'estime qu'on doit actuellement traiter :

1° Par l'excision chirurgicale totale et précoce : les É. spino-cellulaires opérables et les É. métatypiques limités.

2° Par la radiothérapie ordinaire (rayons X ou radium) : les É. baso-cellulaires non pénétrants.

3° Par la radiothérapie intensive ou par la radio-puncture : les É. spino-cellulaires non opérables mais accessibles en totalité, ainsi que les É. baso-cellulaires et métatypiques térébrants. Cette méthode n'a pourtant pas encore fait ses preuves complètes.

Je termine par le vœu qu'on distingue dorénavant systématiquement des tumeurs aussi différentes par leur aspect clinique, leur évolution, leur pronostic, et leur structure histologique que sont les épithéliomes spino-cellulaires, baso-cellulaires, et métatypiques. En confondant leur description dans un seul et même chapitre "des Épithéliomes de la peau" on aboutit à des notions imprécises et floues, qui déconcertent les étudiants et les praticiens, et ne leur permettent pas de choisir le meilleur traitement qui convient à leurs malades.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.