

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Malherbe (épithélioma  
calcifié de)**

**MALHERBE, A / CHENANTAIS, J. fils.  
- Note sur l'épithéliome calcifié des  
glandes sébacées**

*In : [Le] Progrès médical (Paris), 1880, Vol. 8, pp.  
826-8*

cariées, on observait à peu près la même disposition. L'auteur pense que l'épithéliome n'est qu'un degré plus avancé de cette prolifération cellulaire du réseau de Malpighi, qui s'observe dans les irritations superficielles chroniques, et qu'il est possible de trouver tous les degrés anatomiques de ce processus; il conseille, dans les cas d'épithéliome de cette nature, d'exciser les tissus le plus loin possible autour de celui-ci, si on veut se mettre à l'abri d'une récidive.

MARIE.

### SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

#### 2. Cancer de la langue; par M. DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Cet homme, âgé de 66 ans, est malade depuis huit ou neuf mois; mais ce n'est que depuis le mois de décembre 1879 qu'il est réellement alité. Au mois de mai de l'an dernier, il remarqua sur la pointe de la langue, et se continuant sur la face inférieure de cet organe, une tuméfaction légère, nullement douloureuse, mais déterminant une gêne assez marquée de la déglutition.

Les mouvements de la langue devinrent de plus en plus difficiles, par suite de l'augmentation de son volume, qui se fit rapidement, en même temps qu'il s'établit des adhérences au plancher de la bouche. Depuis deux mois, elle n'a pas augmenté sensiblement de volume, mais, en revanche, l'adhérence au plancher est complète; il est impossible au malade de porter la langue au dehors de la cavité buccale, et toute tentative faite pour porter en haut ou sur les côtés la pointe de l'organe est suivie d'un écoulement de sang assez abondant et détermine de vives douleurs.

Remplissant presque complètement la cavité buccale, la langue est large, étalée et déborde en avant les arcades dentaires, repoussant les lèvres inférieure et supérieure. La face dorsale présente des bosselures, dont deux principales situées de chaque côté de la ligne médiane et occupant la partie moyenne de la langue. Elles s'étendent en arrière dans une assez grande étendue, mais on peut arriver avec le doigt sur leurs limites postérieures et remarquer que la masse qui est à droite s'étend un peu plus loin que celle du côté opposé.

On remarque de plus, sur le pourtour de l'organe, tout près des bords et de la pointe, des dépressions dues aux dents de l'arcade supérieure, exerçant une pression continue sur cette partie de la langue. Des dépressions semblables s'observent sur la face inférieure. Une recherche attentive n'a pu faire trouver de ganglions.

Depuis deux mois seulement, le malade éprouve de vives douleurs lancinantes et spontanées, et la déglutition, aujourd'hui très difficile par suite de l'adhérence de la langue, provoque aussi d'assez fortes douleurs. Dès le début de la maladie, la salivation a été plus abondante qu'à l'état normal, mais elle a toujours augmenté depuis et elle s'accompagne aujourd'hui de mucosités épaisses, quelquefois sanguinolentes, qui donnent une odeur fétide à l'haleine du malade.

L'état général du malade n'est pas trop mauvais; cependant, il accuse un amaigrissement assez notable, causé sans doute par la difficulté de l'alimentation. Les aliments solides sont refusés par le malade, à cause des douleurs qu'ils provoquent pendant la déglutition, de sorte qu'il ne peut prendre que du lait et des potages depuis quelque temps. Les autres organes sont absolument sains; l'urine est de couleur normale, elle n'est pas trop abondante et ne contient ni albumine ni sucre.

Les antécédents sont absolument nuls; le malade n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. Signalons cependant ce fait qu'il fumait la pipe. M. Trélat fait l'amputation de la langue le 4 mars. Une incision est faite à la peau sur le pourtour du bord inférieur de la mâchoire inférieure, incision qui s'arrête sur les côtés, au niveau du point où l'artère faciale croise le maxillaire. Les parties molles qui forment le plancher de la bouche sont ensuite complètement sépa-

rées de l'os et, par l'ouverture qui en résulte, la langue est attirée au dehors. L'amputation est alors faite avec l'écraseur linéaire; les deux tiers antérieurs sont enlevés.

Le malade avait été anesthésié au moyen du chloral uni à la morphine:  $\left\{ \begin{array}{l} \text{chloral, 7 grammes.} \\ \text{sirop de morphine, 30 grammes.} \end{array} \right.$

Le soir même de l'opération, le malade succombait sans être revenu à lui et sans avoir eu d'hémorrhagies.

**AUTOPSIE.** — Les poumons sont congestionnés aux deux bases, mais surtout à droite. Pas de liquide dans les plèvres. Le cœur, petit et mou, ne présente aucune lésion des orifices. Le foie est petit, mais il présente à la coupe l'aspect normal. Les reins sont un peu gros et congestionnés. Le cerveau et les méninges ne présentent rien d'anormal.

L'examen histologique de la tumeur à l'état frais et par le grattage a montré que c'était un épithélioma; l'examen sur des coupes sera fait ultérieurement. L'examen macroscopique montre, sur une coupe antéro-postérieure, une altération complète de la partie antérieure de la langue, altération qui a sans doute débuté par les parties molles du plancher de la bouche et envahi consécutivement la langue. De plus, on remarque des traînées qui, de la masse principale de la tumeur, se portent en arrière dans l'épaisseur de l'organe.

**3. Note sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées;** par MM. A. MALHERBE, professeur à l'École de Médecine de Nantes et J. CHENANTAIS fils, ancien interne des hôpitaux de Nantes, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Notus nous proposons d'appeler l'attention sur une variété de tumeur des glandes sébacées dont nous avons pu recueillir six exemples en une douzaine d'années, et dont nous présentons quelques spécimens à la Société. Ces tumeurs, dures et calcifiées dans une grande partie de leur étendue, se présentent à l'œil nu comme une sorte d'éponge calcaire dont les cavités sont remplies par des parties molles; elles ont une dureté comparable à celle du tissu osseux, mais elles se brisent et s'écrasent assez facilement. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle du poing d'un adulte. Elles occupent généralement la tête ou le cou; mais, dans un cas, le siège était à la partie supérieure du bras. Elles se rencontrent à tous les âges, mais probablement surtout dans la jeunesse et l'âge adulte. Le porteur d'une de nos tumeurs était un enfant de quinze mois. Cliniquement, elles marchent avec une certaine lenteur; celle de nos tumeurs qui est grosse comme le poing avait mis cinq ans à se développer. Elles paraissent absolument bénignes et ne récidivent pas après l'ablation. Certaines d'entre elles, après avoir grossi pendant un certain temps, semblent s'arrêter dans leur évolution. Dans aucun cas, nous n'avons eu connaissance d'un retentissement quelconque sur les ganglions.

Par suite de leur bénignité et de la facilité de leur ablation, ces tumeurs n'ont, au point de vue de la clinique chirurgicale, qu'un intérêt assez secondaire. Mais il n'en est pas de même au point de vue anatomo-pathologique. Leur structure est extrêmement curieuse en elle-même, et en raison des déductions qu'elle fournit pour le développement des tumeurs en général.

Donnons d'abord un aperçu de cette structure:

**Cellules.** Lorsqu'on écrase entre deux lames de verre un petit fragment de la tumeur, on obtient avec la plus grande facilité la dissociation des éléments calcifiés qui la composent. On voit que ce sont des éléments cellulaires larges et aplatis, de forme variable, munis d'un noyau bien apparent. Le protoplasma cellulaire est totalement granuleux, foncé par suite d'une véritable pétrification qu'il a subie. Le noyau de la cellule ayant mieux résisté à l'infiltration calcaire, se détache en clair sur le protoplasma; certaines cellules ont un noyau colorable par le carmin, ce qui prouve que la cellule était encore à l'état de cellule épithéliale vivante (non épidermisée) lorsqu'elle a été envahie par le phosphate de chaux. Les dimensions de ces cellules calcifiées sont très variables; elles présentent toutes les variétés de forme et de diamètre que l'on rencontre

dans les épithéliomes lobulés; mais nous n'avons jamais rencontré plus d'un noyau par cellule.

**Blocs osseux.** Outre ces éléments cellulaires, dans les préparations faites sur deux de nos tumeurs (pièce n° 13, 1<sup>re</sup> série et pièce n° 104, 1879) par la méthode de la dissociation, nous avons rencontré de petits blocs d'os vrai, munis d'ostéoplastes et de canalicules osseux. La méthode très grossière de l'écrasement du tissu calcifié donne ici d'excellents résultats, parce que, vu leur pétrification, les éléments cellulaires ont acquis une grande résistance, ne se brisent ni ne se laissent écraser, et se séparent seulement au point d'union des cellules entre elles.

**Rapport des cellules entre elles.** Pour nous rendre compte du rapport des cellules calcifiées les unes avec les autres, nous avons traité des morceaux de la tumeur par l'acide picrique en solution concentrée, ce qui nous a donné une décalcification complète et permis de faire des coupes minces.

**Vue d'ensemble des coupes.** Avant d'étudier les rapports des cellules entre elles, disons un mot de l'ensemble des coupes. Ces coupes sont représentées très fidèlement par les dessins à la chambre claire que nous avons l'honneur de présenter.

Elles montrent au premier coup d'œil deux parties : une partie rouge composée de tissu conjonctif ou osseux et de quelques boyaux épithéliaux qui ont pris le carmin, et une partie grisâtre ou brune constituée exclusivement par des boyaux de cellules épithéliales calcifiées. En un mot, la tumeur présente l'aspect classique de l'épithéliome tubulé, tel que l'ont décrit et figuré MM. Cornil et Ranvier, épithéliome tubulé dans lequel toutes les masses épithéliales, ou du moins la plupart d'entre elles, auraient été saisies par la calcification, et dont la substance conjonctive serait restée tantôt à l'état de tissu conjonctif ordinaire, tantôt aurait subi l'ossification. Cet aspect général des coupes est extrêmement remarquable.

Revenons maintenant à l'étude des rapports des cellules entre elles. Les cellules calcifiées sont soudées par leurs bords; elles sont assez régulières, souvent hexagonales et forment une mosaïque d'autant plus élégante que le noyau se détache en clair sur le ton, plus foncé, de l'élément. Lorsque les cellules sont placées de champ et vues de profil, elles paraissent allongées et fusiformes; parfois, elles sont enroulées les unes autour des autres, emboîtées de manière à former de véritables globes épidermiques. C'est la pièce n° 34 de l'année 1876 qui nous a fourni à cet égard les plus remarquables préparations. Elle abonde en globes épidermiques calcifiés. Nous pouvons résumer en quelques mots tout ce que nous venons de dire sur ces cellules calcifiées; elles présentent, par leurs rapports entre elles et avec les tissus ambiants, toutes les dispositions principales que l'on rencontre dans les épithéliomes tubulés et lobulés.

**Substance conjonctive.** Comme dans toute tumeur épithéliomateuse, les masses épithéliales sont, dans les tumeurs que nous étudions, séparées les unes des autres par les travées d'une charpente conjonctive. Or, dans l'épithélioma calcifié, la charpente conjonctive peut-être, comme nous l'avons dit, soit du tissu conjonctif ordinaire, soit du tissu osseux. On peut même rencontrer par places, un tissu intermédiaire, c'est-à-dire du tissu conjonctif en partie calcifié, mais non encore transformé en os vrai.

Deux de nos tumeurs nous ont présenté une substance conjonctive contenant de grandes quantités d'os vrai; deux autres ne contenaient pas d'os; une cinquième présentait des points douteux; enfin, la sixième pièce ayant été égarée avant d'avoir été étudiée à fond, n'a pu être examinée à ce point de vue.

Voyons quelle était la disposition de la substance conjonctive dans les pièces ne contenant pas d'os. Ce tissu conjonctif s'est présenté dans la pièce n° 91 de l'année 1878 et dans la pièce n° 97 de l'année 1879, sous forme de tissu conjonctif assez jaune, à faisceaux étroits et nombreux, riche en cellules rondes ou fusiformes. Nous y avons rencontré, non sans quelque surprise, de nombreuses cellules énormes à noyaux multiples, analogues comme aspect avec les

myélopaxes de M. Robin. Nous reviendrons sur ces éléments à propos du développement de l'épithéliome calcifié. Ce tissu conjonctif nous a montré une médiocre quantité de vaisseaux capillaires. Les travées formées par ce tissu conjonctif laissent entre elles de grands espaces macroscopiques, qui sont remplis par les cellules épithéliales, calcifiées la plupart du temps.

Dans les points des préparations où il reste des cellules non calcifiées, on voit que ces cellules occupent la périphérie des masses épithéliales et que c'est, au contraire, au centre de ces masses que la calcification est le plus avancée. Nous pouvons noter tout de suite que deux tumeurs, où la charpente conjonctive ne contient pas de tissu osseux, proviennent l'une d'un enfant de 15 mois, l'autre d'une jeune fille, et n'ont pas eu une très longue durée. C'est peut-être là ce qui explique l'absence de tissu osseux.

Des deux tumeurs qui contiennent de l'os vrai, l'une, la plus volumineuse, celle qui atteint le volume du poing et qui a mis cinq ans à se développer, contient dans toute son épaisseur un grand nombre de travées osseuses parfaitement développées; l'autre, qui était une petite tumeur du sourcil, n'en contient que dans ses parties périphériques. Dans ces deux tumeurs, les travées osseuses sont séparées les unes des autres et reliées ensemble par un tissu conjonctif plus ou moins calcifié, très homogène, pauvre en cellules et manifestement disposé à subir la transformation osseuse. Les travées osseuses sont parfaitement développées et creusées d'espaces médullaires contenant du tissu adipeux, des cellules embryonnaires et des vaisseaux. Dans quelques-unes de nos préparations, les cellules adipeuses ont été colorées par le rocou (1), qui leur donne une belle coloration jaune. C'est au milieu de ce tissu osseux et de ces espaces médullaires que sont disséminées les masses épithéliales, de sorte que les préparations ont un aspect fort étrange, au premier abord.

Nous avons cherché à voir comment se faisait l'ossification aux dépens du tissu conjonctif dense et plus ou moins calcifié qui se continue avec les travées osseuses. Cette observation est extrêmement difficile à faire. Il nous a semblé que partout où l'os vrai apparaissait, il y avait dans le voisinage un vaisseau et des cellules embryonnaires; l'os se présente sous forme de petits festons, situés les uns au-dessus des autres, et présente bientôt cette structure lamelleuse qu'on observe dans les coupes transversales des os longs. Il nous a semblé, qu'en certains points, l'os procédait directement du tissu conjonctif homogène et à peu près amorphe, au milieu duquel il était placé.

Si nous résumons maintenant la structure de nos tumeurs, nous trouvons qu'elles sont constituées par des masses épithéliales développées au milieu d'une charpente conjonctive; elles rentrent, par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique bien entendu, dans la classe des épithéliomes. Elles diffèrent des kystes sébacés à contenu calcifié que l'on rencontre quelquefois, notamment dans la peau du scrotum, comme Virchow en a rencontré un cas et comme nous en possédons un exemple dans notre collection. Dans cette dernière espèce de tumeurs, la masse calcifiée ne contient absolument que des cellules épidermiques plus ou moins altérées et ne présente pas trace de substance conjonctive. Au contraire, nos épithéliomes calcifiés présentent une complète analogie avec certains épithéliomes non calcifiés, qui se développent dans l'épaisseur d'une glande sébacée et qui restent pour un temps enkystés dans la membrane de cette glande. Nous possédons quelques tumeurs de ce genre.

**Développement.** N'ayant observé le début d'aucun épithéliome calcifié, il nous sera difficile d'être très affirmatifs sur le mode d'apparition de ces tumeurs. Néanmoins, en examinant nos plus petites tumeurs, notamment celle

(1) Le rocou est une résine employée à divers usages, notamment dans l'industrie alimentaire, pour colorer les beurres que l'on envoie aux Antilles. Cette résine en solution alcoolique concentrée colore la graisse en jaune. Il faut après coloration par le carmin mettre les pièces 24 à 48 heures dans la solution de rocou.

qui provient d'un enfant de quinze mois, nous pourrions nous rendre compte en partie de son développement. Dans cette pièce, comme dans la pièce n° 91 de l'année 1878, il y a une membrane bien nette, identique à celle des kystes athéromateux et des tumeurs enkystées. C'est de cette membrane qu'on voit partir les cloisons qui divisent la tumeur. A la face interne de la membrane, se trouvent des masses épithéliales non calcifiées vers la périphérie, mais qui ne tardent pas à présenter des points calcifiés à mesure qu'on s'avance vers le centre de la tumeur. Ces masses calcifiées contiennent les cellules dans lesquelles le noyau est encore vivant.

Au milieu des travées du tissu conjonctif, on voit d'énormes cellules à noyaux multiples. Nous ne croyons pas que, dans l'espèce, elles soient vasoformatives; nous croyons qu'elles forment des masses épithéliales nouvelles. Cela nous a paru ressortir très nettement de l'examen de certaines préparations. Ajoutons en passant, sans nous y arrêter, que les énormes cellules dites cellules géantes myéloplaxes, cellules mères, nous semblent avoir des significations très variables, suivant les cas, et qu'elles doivent différer profondément quant à leur usage, aussi bien qu'en ce qui a trait à leur mode d'apparition.

Si l'on examine la membrane, on y voit des petits nids cellulaires situés dans son épaisseur et destinés à former de nouvelles masses épithéliales. Si la tumeur est volumineuse, la membrane est détruite, et c'est dans le tissu conjonctif situé autour de la tumeur que l'on voit se former des petits nids de cellules d'invasion tout à fait comparables à ce qu'on observe dans l'épithéliome et le carcinome. Cette courte étude du développement nous fournit encore un argument de plus pour classer nos tumeurs parmi les épithéliomes. Ce sont des épithéliomes dont les éléments cellulaires, frappés d'impuissance par la pétrification précoce qu'ils subissent, ne sont pas susceptibles d'acquiescer à la malignité des cellules épithéliomateuses ordinaires. Quant à la présence de l'os vrai dans ces tumeurs, ce n'est que la manifestation d'une loi générale du développement des tumeurs, à savoir la facilité avec laquelle les tissus de substance conjonctive se substituent les uns aux autres dans les néoplasies pathologiques, sans changer le moins du monde la nature du néoplasme.

Nos tumeurs se développent-elles d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié, ou bien doit-on y voir le résultat de l'irritation d'un kyste sébacé ordinaire? Dans tous les cas que nous avons cités, nous croyons que la tumeur s'est développée d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié; mais nous avons observé un cas (pièce n° 20 de l'année 1879) dans lequel une vieille loupe datant de trente ans, ulcérée à la suite d'un coup de peigne, présentait les particularités suivantes: un fort tractus de tissu conjonctif pénétrait, au niveau de l'ulcération, au milieu du tissu épithélial et cloisonnait ce tissu, lequel était calcifié en partie; mais, dans ce cas, les cellules avaient le caractère épidermique des cellules des kystes sébacés. Il y a là, néanmoins, une sorte de transition entre le kyste sébacé simple et l'épithéliome calcifié tel que nous venons de le décrire. Nous nous proposons de nous livrer sur l'épithéliome calcifié à une étude plus complète; mais, comme ce genre de tumeur nous paraît avoir été confondu avec les kystes à contenu calcaire ou avec les tumeurs dont l'enveloppe seulement est calcifiée, nous avons cru devoir publier les résultats auxquels nous sommes arrivés. Nous ajouterons que la calcification des cellules épithéliales, considérée comme fort rare et simplement indiquée par les auteurs, est plus fréquente qu'on ne le croit, puisque nous l'avons rencontrée six ou sept fois sur des tumeurs recueillies depuis une dizaine d'années tout au plus.

Voici l'analyse chimique comparative, au point de vue du phosphate de chaux, d'un kyste sébacé vulgaire et d'un épithéliome calcifié, analyse due à M. Andouard, professeur de chimie à l'École de Médecine de Nantes: Phosphate de chaux: 0,166 p. 100; Epithéliome calcifié du bras (104, 1879).

L'analyse a porté sur une tumeur longtemps demeurée en contact avec l'alcool. La substance qui forme cette tu-

meur est blanchâtre et très légère après dessiccation. Elle crie sous le couteau et lui résiste inégalement en ses diverses parties, ce qui indique un défaut d'homogénéité confirmé par l'analyse.

Effectivement, le dosage des éléments minéraux effectué sur quatre points différents a donné les résultats suivants: 11,843 p. 100; 12,576 p. 100; 12,982 p. 100, et 13,235 p. 100.

Voici la composition centésimale de cette tumeur, supposée sèche:

Tissus, principes organiques insolubles dans l'eau. . . . .	81,018
Albumine, principes organiques solubles dans l'eau. . . . .	0,984
Matière grasse neutre. . . . .	4,440
Sels solubles dans l'eau	
Chlorure alcalin. . . . .	0,936
Sulfate alcalin. . . . .	0,302
Carbonate alcalin. . . . .	0,365
Phosphate alcalin. . . . .	
Sels insolubles dans l'eau	
Phosphate de chaux. . . . .	9,376
Carbonate de chaux. . . . .	2,114
Oxyde de fer, etc. . . . .	0,365

On voit que, dans un épithéliome calcifié, le phosphate et le carbonate de chaux font plus de 10 p. 100 de la matière solide de la tumeur.

#### 4. Etat puerpéral. — Rougeole. — Bronchio-pneumonie — Embolie pulmonaire; par M. LEGENDE, interne des hôpitaux.

La nommée P... Marie, 27 ans, journalière, entre le 22 février à la salle Sainte-Anne, à Lariboisière, service de M. SIREDEY.

Accouchement normal, à terme, le même jour, à 5 heures du matin, d'un enfant bien conformé. La mère ne présente rien à relever au point de vue de la constitution.

13 février. L'utérus revient dans la cavité pelvienne. Coryza, larmoiement, céphalalgie, bronchite. T. 38°,9. Le soir, quelques boutons à la figure, remarqués par l'infirmière.

14 février. Eruption rubéolique sur la face, la poitrine; rare sur le ventre et les membres inférieurs. Forme boutonneuse. Toux sèche. T. 38°,1. Passage en médecine, salle Sainte-Geneviève, lit n° 17.

15 février. La rougeole est dans le plein de son éruption. Bronchite généralisée double, crachats purulents, nummulaires. [La malade se souvient avoir vu et pris dans ses bras, 15 jours avant son entrée, un petit enfant atteint de rougeole]. T. matin 39°,5, soir 40°.

16 février. L'éruption s'éteint. Le catarrhe morbilleux s'accroît: Râles fins, pas de souffle. Diarrhée. L'utérus se retire, le ventre est souple. Potion de Todd avec 8 gouttes de Laudanum. T. matin 39°; soir 35°,9.

17 février. Même état. Crachats opalins visqueux. Julep morphine 40 gr. Kermès 0.10 c. T. matin 39°,4; soir 39°,3.

Du 18 au 21 février. L'état reste stationnaire, on peut espérer alors la résolution. Encore de la diarrhée, et un peu de subdelirium. La température descend de 39°,8 à 38°,5.

22 février. Oppression plus vive, râles fins, crépitants, dans toute la hauteur des poumons, mais pas de souffle tubaire. — Délire, agitation, conversations solitaires. — Demande de nourrice pour l'enfant. — Rien au cœur.

Julep Kermès. Acide ammoniacque 6 gr.. Ballon d'oxygène. T. matin 38°,8; soir 40°,4.

23 février. Accès de suffocation durant 1 à 2 heures, avec menaces d'asphyxie. Délire la nuit. Aggravation de l'état. Les bruits pulmonaires couvrent la région précordiale que l'on ne peut explorer. T. matin 38°,5; soir 40°,6.

24 février. Mêmes signes, pas de souffle. Albumine abondante dans les urines. T. soir 39°,8.

25 février. Respiration entrecoupée, cyanose, asphyxie lente. Plaintes incessantes. Pouls petit, rapide. Traitement: sirop de sulfate de strychnine 2 à 4 cuillerées. T. matin 39°,2; soir 39°,6.

26 février. Mouvements respiratoires s'éloignent de plus en plus, l'hématose ne se fait plus. Agonie, la connaissance restant entière, mort à 7 h, 1/2 soir. T. matin 39°; soir 38°,6.