

**Diagnostic.** — Un diagnostic est particulièrement embarrassant : c'est le cas d'une tuberculose hypertrophiante, multiple, des ganglions, sans tendance au ramollissement, à évolution lente simulant le lymphadénome aleucémique : *lymphome tuberculeux*; *lymphadénie tuberculeuse* (voir page 407). Les considérants propres à diriger le diagnostic sont les suivants. Le lymphadénome ne se rencontre guère que chez l'adulte; le sujet n'a point d'antécédents scrofuleux; les ganglions, si volumineux qu'ils deviennent, gardent généralement plus de mobilité, plus de netteté de contour et une consistance plus uniforme, par opposition à ce qu'on voit dans la polyadénite tuberculeuse où des points ramollis alternent avec des points résistants d'hypertrophie simple. L'évolution est plus rapide que dans la pseudo-lymphadénie tuberculeuse; l'état général est plus promptement atteint; le dénouement fatal survient dans un laps de temps de un à quatre ans. Mais quelquefois, chez l'adulte, le diagnostic entre une tuberculose ganglionnaire hypertrophiante, sans fonte caséuse (macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse de Sabrazès) et un lymphadénome aleucémique reste incertain; et cette incertitude ne saurait être tranchée que par le séro-diagnostic et surtout par l'extirpation d'un ganglion, son examen histologique et son inoculation à l'animal. — Chez l'adulte encore, les adénites chroniques de l'aîne peuvent être confondues avec l'adénopathie syphilitique. Recherchez le chancre initial, considérez la dureté de la pléiade syphilitique; faites l'épreuve par le traitement spécifique : cela tranche généralement le diagnostic. Mais il est des formes hybrides de syphilis ganglionnaire chez des tuberculeux — scrofulate de vérole, de Ricord — qui, par leur empâtement périadénitique, par leur ramollissement, par leurs ulcérations, créent des incertitudes.

**Pronostic et traitement.** — La tuberculose ganglionnaire est susceptible de guérison à ses diverses phases : la sclérose curatrice s'observe, non point seulement sur le ganglion hypertrophié, mais aussi sur le ganglion caséux et ramolli. Aussi, chez les jeunes surtout, le traitement général, le séjour prolongé à la mer, les bains salés, les injections interstitielles

iodées ou iodoformées, sont capables d'activer ce processus de transformation fibreuse. Mais quand l'affection se prolonge, quand elle s'étend à des groupes nouveaux, quand la tendance au ramollissement s'accroît, l'extirpation est la méthode de choix.

## ARTICLE II

## DES ANGIOMES

**Définition.** — L'angiome est défini : 1° *anatomiquement*, par trois caractères, à savoir : son siège initial dans le système capillaire, la dilatation de ce réseau et la néoformation de nouveaux capillaires; 2° *pathogéniquement*, par ce fait qu'il prend rang dans les troubles du développement plutôt que dans les tumeurs vraies et qu'il consiste en une malformation locale du système vasculaire (QUÉNU), d'origine congénitale à peu près constante; 3° *cliniquement*, par son évolution variable, la malformation et la néoformation vasculaires pouvant, tantôt rester stationnaires ou même rétrocéder, tantôt, au contraire, progresser ultérieurement, aboutir à des formations cavernueuses et entraîner des lésions secondaires du système veineux et artériel.

**Anatomie pathologique.** — Le fait anatomique primitif et essentiel, c'est donc un amas de capillaires dilatés et déformés, flexueux et pelotonnés, auxquels s'ajoutent des vaisseaux nouvellement formés : on admet, sans l'avoir établi, que cette néoformation vasculaire s'opère par le procédé du bourgeonnement des anses capillaires.

Ces pelotonnements des capillaires donnent lieu à des petits lobules, du volume d'un grain de mil, connus sous le nom de « grains de Porta », du nom du médecin italien qui les décrit en 1860. BILLROTH a expliqué ainsi la formation de ces granulations, qui donnent à l'angiome simple un aspect finement lobulé : les petits appareils annexés à la peau, follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées, ont un système vasculaire



relativement indépendant; chacun de ces départements vasculaires, déformé et hypertrophié par l'angiome, se développe isolément, en formation grenue.

Dans chacun de ces lobules, le microscope montre les capillaires, en sections transversales, obliques ou longitudinales,

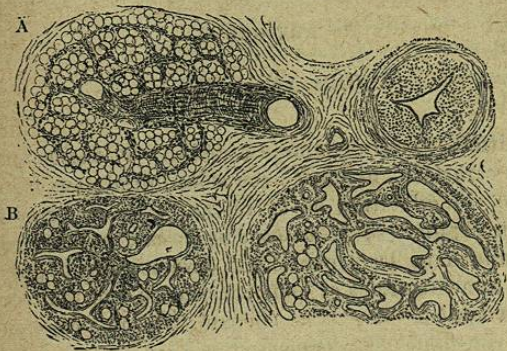


Fig. 110.

Schéma de Rindfleisch, montrant la transformation de l'angiome simple en angiome caverneux : en A, quelques capillaires dilatés au sein d'un lobule graisseux; en B, ces capillaires arrivent au contact, mais restent indépendants; en C, les parois tangentes s'effondrent et les vaisseaux se fusionnent en un tissu aréolaire.

présentant une triple altération : ils sont dilatés, de calibre irrégulier, de parois épaissies; l'ensemble rappelle une coupe d'organe glandulaire. Des lames conjonctives séparent les vaisseaux : tantôt elles sont larges; tantôt elles sont tellement minces que les vaisseaux arrivent au contact. Dans ce dernier cas, l'angiome simple évolue vers l'angiome caverneux : la figure classique de RINDFLEISCH montre les stades successifs de cette transformation, les capillaires, d'abord distants, devenant tangents, par leur distension progressive et la disparition des cloisons moyennes, puis les parois s'atrophiant et se confondant en de véritables lacs sanguins, d'aspect aréolaire, analogue au tissu caverneux des organes érectiles.

Les angiomes peuvent présenter diverses transformations.

La présence ou la production de masses adipeuses, entre les pelotons vasculaires, donne lieu à l'*angio-lipome*, bien étudié par CH. MONOD, tumeur lobulée, jaunâtre à la coupe : ce stroma intervasculaire est tantôt purement graisseux (angiomes de l'orbite), tantôt fibro-adipeux, tantôt fibreux (angio-fibromes). — La combinaison de dilatations lymphatiques à l'angiectasie capillaire, donne lieu à une variété, mieux connue chez nous depuis les travaux de LANNELONGUE et ACHARD : l'*angio-lymphangiome*. — Au sein d'un angiome, peuvent apparaître des kystes contenant ordinairement du sang pur ou brunâtre : la plupart sont des angio-lymphangiomes kystiques; mais il en est qui se forment, selon la théorie d'HOLMES COOTES, par l'oblitération d'un segment vasculaire à ses deux extrémités et son isolement de la circulation.

**Physiologie pathologique.** — Dans ce système de capillaires dilatés qui constitue un angiome, quelles sont les conditions circulatoires ? — L'interposition entre le vaisseau afférent artériel et le vaisseau efférent veineux d'un paquet de capillaires dilatés et flexueux modifie, comme l'ont établi VIRCHOW, BROCA, TERRIER et QUÉNU, ces deux éléments : 1<sup>o</sup> la vitesse de circulation; 2<sup>o</sup> la tension sanguine.

§ 1<sup>er</sup>. *Modifications de la vitesse circulatoire.* — Dans certaines tumeurs érectiles, le sang circule lentement, se surcharge d'acide carbonique : d'où, la coloration violacée de ces tumeurs, sans que cela implique la prédominance des vaisseaux de type veineux. Dans d'autres angiomes, au contraire, l'écoulement de sang est plus rapide, comme si l'ectasie capillaire créait là un système large de canaux de dérivation artérioveineuse : le sang garde alors ses couleurs rutilantes et l'angiome présente une teinte rouge vif, sans qu'on en puisse conclure qu'il se compose de vaisseaux de type artériel. La coloration des angiomes dépend donc de conditions physiologiques, et non anatomiques. BROCA l'avait nettement indiqué : « il y a des tumeurs érectiles rouges, il y en a de bleues; cela veut dire que le sang traverse les premières plus rapidement que les secondes. »

§ 2. *Modifications de la tension sanguine.* — Dans une



artère en hypotension, il résulte de la diminution de la pression une altération pariétale, ainsi qu'il ressort des recherches de THOMAS et de PEKELHARING : l'endothélium prolifère, la paroi

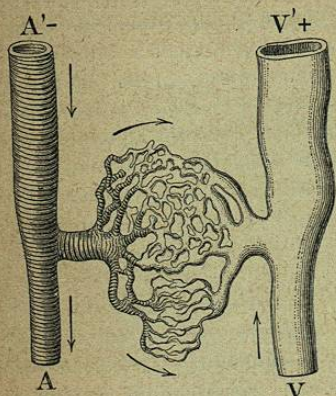


Fig. 141.

Modifications circulatoires résultant de l'interposition du réseau capillaire dilaté angiome, entre l'artère afférente et la veine efférente ; en A et V conditions normales ; en A' —, artère en hypotension ; en V +, veine en hypertension.

la malformation vasculaire reste latente chez beaucoup, sous la forme de petites taches inaperçues ; elle disparaît spontanément dans un certain nombre de cas ; elle s'accroît ultérieurement et se révèle quand l'angiome, à circulation rapide, subit une poussée d'accroissement, répondant à une augmentation croissante de la tension vasculaire ou à une nouvelle formation capillaire.

VIRCHOW a mis en relief un fait important : le siège d'élection de l'angiome dans les régions correspondant aux fentes branchiales ou aux fontanelles (angiomes fissuraux). Il est, d'autre part, fréquent d'observer l'association d'une tumeur érectile, avec d'autres malformations congénitales : bec-de-lièvre, nœvi pigmentaires, lymphangiomes, spina bifida. Donc, il est vrai-

perd son élasticité, cède à la pression, même affaiblie, s'amincit et se dilate. Dans une veine soumise à une hypertension, la paroi s'épaissit. Selon le mot de DELBET, les artères se « veinisent », tandis que les veines « s'artérialisent ». C'est par cette transformation du type vasculaire (fig. 141), c'est par l'élargissement progressif des voies de communication artério-veineuse que l'on passe de l'angiome à l'anévrisme cirsoïde.

**Étiologie.** — L'angiome est une affection d'origine congénitale. Mais, il en est de lui comme de beaucoup de maladies congénitales :

semblable d'admettre, pour expliquer la production d'un angiome, une anomalie, par excès, du développement vasculaire, surtout fréquente au niveau des fissures embryonnaires et des zones actives de vaso-formation.

**Symptomatologie.** — Les angiomes cutanés et sous-cutanés ont une région d'élection : la tête et le cou, où ils occupent la ligne des fentes et des fontanelles. — Sur le tronc, ils sont rares. — Aux membres, on observe surtout des lipo-angiomes sous-cutanés, peu réductibles, non érectiles, très semblables à des lipomes vrais.

L'*angiome cutané simple* (nævus, signe, envie) prend la forme d'une tache, parfois si menue qu'on l'a comparée à une piqûre de puce, mais pouvant recouvrir en nappe une moitié de la face ou un segment d'un membre, tantôt d'un rouge vif (angiome dit artériel), tantôt d'un ton vineux, violacé ou bleuâtre (angiome dit veineux). Il pâlit sous la pression, se fonce par les cris et l'effort. L'*angiome tubéreux* diffère du *nævus plan* par sa saillie parfois mamelonnée : ce qui justifie les comparaisons vulgaires de mûre, fraise ou framboise.

L'*angiome cutané caverneux*, avec ses aréoles distendues par le sang, constitue des tumeurs bosselées, de coloration rouge ou bleuâtre, remarquables par leur érectilité, c'est-à-dire par leur turgescence foncée sous les cris ou sous l'influence de la position déclive.

L'*angiome sous-cutané simple*, développé dans la couche adipeuse, forme une petite tumeur de consistance spongieuse ou pâteuse, lobulée, partiellement réductible, glissant sur les parties profondes et recouverte d'une peau mobile elle-même. Cette peau est parfois normale ; mais elle présente souvent un teint bleuté ou même des arborisations qui aident au diagnostic : car, en raison de la faible réductibilité de la tumeur, de son médiocre accroissement par l'effort ou la déclivité, de sa lobulation, on peut la confondre avec un lipome, surtout dans le cas d'angiome infiltré de graisse (angiome lipomateux).

L'*angiome sous-cutané caverneux*, quelquefois circonscrit, forme le plus souvent d'énormes tumeurs diffuses qui, selon



leur siège, envahissent l'orbite (exophtalmos pulsatile), le plancher de la bouche (grenouillette sanguine), la face, le cou, la parotide ou la glande sous-maxillaire, qu'elles englobent dans leur formation caverneuse. Ces angiomes diffus du cou et des glandes salivaires s'anastomosent parfois, par d'autres communications, avec la jugulaire interne et nous en avons opéré un cas remarquable; ce sont alors de véritables dilatations angio-veineuses : de pareilles tumeurs sont remarquablement réductibles et peuvent présenter de l'expansion et un frémissement vibratoire à renforcement systolique. A côté de ces angiomes, à large communication veineuse, il faut ranger ceux qui siègent à la voûte du crâne et communiquent avec le sinus longitudinal supérieur.

**Pronostic.** — Le nævus, extrêmement fréquent chez le nouveau-né, subit, en général, une régression spontanée ou bien reste stationnaire. Les variétés fibreuses, lipomatueuses, progressent peu. Les tumeurs érectiles rouges, à circulation rapide, tendent à croître. La puberté, la grossesse sont deux facteurs d'accroissement des angiomes sous-cutanés. Il y a des angiomes (*tumeurs érectiles envahissantes* de DEMARQUAY) qui tendent à infiltrer les tissus profonds, les muscles, les aponévroses, les os eux-mêmes. Enfin, il en est qui évoluent vers l'anévrisme cirsoïde.

**Traitement.** — L'extirpation est la méthode de choix : l'asepsie et l'outillage hémostatique lui ont conféré sa sécurité. Les injections coagulantes sont abandonnées, comme exposant à de périlleuses embolies. Dans les cas où l'extirpation est impraticable, on peut recourir soit à l'ignipuncture interstitielle à la pointe fine du thermo, soit à l'électrolyse (au pôle négatif, une plaque d'étain; au pôle positif, des aiguilles inoxydables, ponctionnant la tumeur; intensité de 20 à 30 milliampères; durée de sept à dix minutes).

## ARTICLE III

## AFFECTIONS DES ARTÈRES

## I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTÈRES

## 1° CONTUSIONS DES ARTÈRES

Lorsqu'un corps contondant, agissant à travers les parties molles, sans lésion de la peau, frappe une artère, celle-ci échappe souvent au choc, grâce à son élasticité et à sa mobilité. — Mais la lésion vasculaire peut se produire par l'une ou l'autre de ces deux conditions : l'écrasement ou l'arrachement. Tantôt le vaisseau est pris entre l'agent vulnérant et un plan osseux. Dans d'autres cas, par l'effet du glissement des parties molles sous le choc, la limite d'élasticité de l'artère est dépassée et le vaisseau est lésé par une action d'élongation forcée.

Quel que soit le mécanisme, un fait est constant : c'est toujours la membrane interne, la plus fragile, qui cède la première. — Au premier degré de la contusion, l'endothélium et la tunique interne subissent des éraillures, au niveau desquelles se dépose un mince thrombus blanc, formé de leucocytes et de fibrine : ces dégâts peuvent se réparer sans trouble de la lumière vasculaire. — A un degré plus avancé, les tuniques moyenne et interne se rompent et tendent à se rebrousser en valvules dans l'intérieur de l'artère : ce recroquevillement a pour résultat ordinaire l'oblitération secondaire, par thrombose du vaisseau. — A un troisième degré, la tunique externe qui avait résisté, s'étirant par-dessus les tuniques internes déchirées et rebroussées, se rompt à son tour : l'obstruction artérielle en peut résulter par recroquevillement des tuniques bouchant le vaisseau. Ou bien, ce qui est plus constant, parce que les lésions sont souvent irrégulières, cette hémostase spontanée cède immédiatement ou tardivement et une hémorragie primitive ou secondaire se produit.

La gangrène est une complication fréquente de la contusion