

peuvent également envahir les fosses nasales et même la cavité crânienne.

De même les ostéomes des fosses nasales et des sinus de la face, après être restés en quelque sorte latents pendant une période de temps plus ou moins longue, déterminent des phénomènes de compression et des douleurs d'intensité variable, dès qu'ils ont atteint un certain volume. Généralement ils demeurent confinés dans la cavité où ils se sont développés, mais ils peuvent aussi en franchir les limites, et faire saillie dans les régions voisines.

Pour ce qui est du pronostic des ostéomes, envisagé d'une façon générale, en dehors des complications résultant de leurs dimensions exagérées et des infections ulcératives secondaires, on peut affirmer, malgré un fait unique d'ostéome malin rapporté par BOUVERET, que ce pronostic est d'une bénignité absolue, ce qui est d'ailleurs entièrement d'accord avec la nature simplement malformative ou inflammatoire des tumeurs osseuses dans la grande majorité des cas.

MYOMES

Définition. — Les myomes sont constitués par du tissu musculaire reproduisant tantôt le type strié des muscles de la vie animale, tantôt le type *lisse* des muscles de la vie organique. On distingue donc deux espèces de myomes : les *myomes à fibres striées* (CORNIL et RANVIER) ou *rhabdomyomes* (ZENKER), et les *myomes à fibres lisses* (CORNIL et RANVIER) ou *leiomyomes* (ZENKER).

On a décrit sous le nom de *rhabdomyomes malins*, des tumeurs des muscles dans lesquelles il existe quelques éléments fusiformes, non striés ou présentant une ébauche de striation, disséminés dans un tissu composé principalement de cellules polymorphes. La néoformation de fibres musculaires striées ne paraît pas y avoir été démontrée d'une façon indiscutable et l'on peut tout aussi bien interpréter les faits constatés au microscope en considérant simplement ces tumeurs comme des sarcomes fuso-cellulaires développés dans le tissu musculaire strié (MALHERBE).

Pour rendre plus compréhensible l'étude des tumeurs, déjà suffisamment complexe, en conservant les notions classiques dans lesquelles on a pu mettre d'accord l'anatomie pathologique et la clinique, il nous paraît préférable, comme pour tous les néoplasmes que nous avons étudiés jusqu'ici, de comprendre seulement sous la dénomination de *myomes* les tumeurs constituées essentiellement par une néoformation d'éléments musculaires nettement reconnaissables.

Étant donné que le tissu musculaire normal renferme toujours une certaine quantité de tissu conjonctif associé aux fibres musculaires, on doit donner le nom de *myomes* à la

grande majorité des tumeurs de l'utérus qu'on désigne à tort, d'une façon générale, sous le nom de fibromes; en effet, les cas dans lesquels ces tumeurs se montrent composées de tissu fibreux pur sont très rares, par rapport à ceux dans lesquels des fibres musculaires sont mélangées à du tissu conjonctif; toutefois celui-ci, très peu développé au début de la formation néoplasique, finit souvent par prédominer, de sorte que la tumeur mérite alors le nom de fibromyome.

Siège. — Indépendamment des tératomes, dans lesquels des fibres musculaires striées peuvent se rencontrer à côté d'autres tissus (*épithélium, cartilage, etc.*) et qui ne doivent pas être étudiés dans ce chapitre, le tissu musculaire strié s'observe très rarement dans les tumeurs, et les observations de rhabdomyomes sont si peu nombreuses que beaucoup d'auteurs ont mis en doute leur existence.

Pour le *testicule*, qui a été considéré comme étant le siège le plus fréquent des myomes à fibres striées, MONOD et TERRILLON ont soigneusement analysé les faits publiés et ils concluent que la plupart d'entre eux rentrent dans la catégorie de ces tumeurs mixtes de la glande où l'on peut rencontrer les éléments et les tissus les plus divers. D'après eux, deux faits seulement, appartenant à ROKITANSKY et à NEUMANN, semblent bien se rapporter à des rhabdomyomes vrais du testicule.

Dans la *vessie* on en aurait observé quelques exemples, et MICHELE PAVONE notamment a publié un cas dans lequel la tumeur était constituée par des fibres musculaires striées disposées en faisceaux ou disséminées au milieu d'un tissu conjonctif lâche.

VIRCHOW et RECKLINGHAUSEN ont observé des fibres striées dans des tumeurs qui siégeaient dans le muscle cardiaque d'enfants nouveau-nés syphilitiques et ont considéré ces tumeurs comme des myomes, mais VIRCHOW est revenu ensuite sur cette opinion et s'est demandé s'il ne s'agissait pas de productions gommeuses.

On a signalé dans des tumeurs sarcomateuses, notamment

au testicule, des faisceaux musculaires striés en voie de développement, mais là encore on ne peut pas en conclure que l'on ait eu affaire à des myomes, qui mériteraient alors le nom de rhabdomyomes malins.

Enfin, dans les *muscles* qui, comme DELBET l'a fait observer, devraient être le siège de prédilection de ce genre de tumeur, on n'a pas rencontré un seul exemple de rhabdomyome, en dehors des quelques cas qui ont été décrits récemment à Lyon et sur la nature desquels l'accord est loin d'être fait, ainsi que nous l'avons dit.

En résumé, devant les deux cas de rhabdomyome du testicule admis par MONOD et TERRILLON, on ne peut nier l'existence de cette variété de myome; tous les autres faits tendraient plutôt à la faire mettre en doute et autoriseraient à penser jusqu'à nouvel ordre que les tumeurs renfermant des fibres musculaires striées sont presque toujours des tumeurs à tissus multiples.

Contrairement à ce que nous venons de dire pour les rhabdomyomes ou myomes à fibres striées, les *léiomyomes* ou *myomes à fibres lisses* sont extrêmement fréquents.

Ils se développent dans tous les organes qui renferment des fibres musculaires lisses, et leur siège de prédilection est l'*utérus*, où leur fréquence est telle que BAYLE et NONAT ont pu constater leur existence chez un cinquième des femmes de la Salpêtrière.

L'hypertrophie sénile de la *prostate* est due essentiellement à une néoformation des éléments fibro-musculaires, aboutissant à la production de véritables myomes ou fibro-myomes entièrement comparables à ceux de l'utérus, qui sont d'ailleurs eux-mêmes vraisemblablement de nature inflammatoire.

De même l'*épididyme* et le *canal déférent*, qui normalement renferment une couche épaisse de fibres musculaires lisses, peuvent donner naissance à des tumeurs myomateuses; c'est ainsi que TRÉLAT, RINDFLEISCH, HÉRICOURT, MONOD et TERRILLON ont rapporté un certain nombre d'observations de léiomyomes

de l'épididyme ; dans d'autres cas on a observé des tumeurs de même nature développées aux dépens du canal déférent, qu'elles englobaient quelquefois d'une façon si étroite qu'il était impossible de les en séparer.



Fig. 28.

Fibromyomes de l'utérus, interstitiels et sous-muqueux (RICHELOT).

L'existence des myomes de l'ovaire a été mise en évidence par les travaux de MARTIN et ORTHMANN, de SANGALLI, JACOBY, A. DORAN ; F. HENROTIN et HERZOG ont rapporté un cas dans lequel la tumeur ne pesait pas moins de 9 livres et demie. D'ailleurs on peut dire que la majorité des tumeurs solides bénignes de l'ovaire sont des fibromyomes, sinon des myomes.

Des léiomyomes de la vessie ont également été observés à diverses reprises ; TERRIER et HARTMANN ont pu en rassembler 16 cas.

Des myomes à fibres lisses ont aussi été rencontrés dans les différentes parties du tube digestif ; dans l'œsophage, où, indé-

pendamment des myomes formant des tumeurs circonscrites, comme VIRCHOW en a rapporté un exemple, certains rétrécissements musculaires pourraient être regardés comme des myomes concentriques ; dans l'estomac, où VIRCHOW a distingué des myomes externes ou sous-péritonéaux, faisant saillie dans la cavité péritonéale, et des myomes internes ou sous-muqueux, faisant au contraire saillie dans la cavité de l'estomac ; enfin dans l'intestin, où ces tumeurs sont d'ailleurs rares ; pour le gros intestin, en particulier, c'est à peine si l'on en a rapporté 3 ou 4 observations ; comme ceux de l'estomac, les myomes de l'intestin, d'abord interstitiels, peuvent se pédiculiser et faire une saillie polypiforme soit dans la cavité péritonéale, soit dans l'intérieur du tube intestinal.

Les myomes *dermiques* ont été étudiés par VIRCHOW, VERNEUIL, BESNIER, BALZER, PHÉLISSE, etc. Les tumeurs qu'ils forment sont généralement très petites ; cependant, dans un cas de myome dermique de la cuisse, présenté à la Société anatomique par BLANC et WEINBERG, la tumeur atteignait le volume d'une petite orange. Au *scrotum*, à la *vulve*, on en a signalé quelques exemples.

Caractères macroscopiques. — Les myomes à fibres lisses, dont nous nous occuperons exclusivement dans cette description, se présentent sous la forme de tumeurs bien limitées, encapsulées, facilement énucléables, ou bien ils constituent des masses irrégulières et diffuses.

Les myomes circonscrits sont d'abord interstitiels, lorsqu'ils sont encore cantonnés dans la couche musculieuse de l'organe où ils ont pris naissance, mais, dès qu'ils atteignent un certain volume, ils tendent à faire saillie soit sur la surface extérieure de l'organe soit à l'intérieur, s'ils trouvent une cavité dans laquelle ils peuvent se développer ; en se pédiculisant ils prennent la forme de polypes, constituant ainsi la plupart des polypes de l'utérus, certains polypes de l'intestin, ces tumeurs polypoïdes de l'estomac, décrites par VIRCHOW, dont il vient d'être question, etc.

Le volume des myomes varie suivant les régions dans les-

quelles ils se développent; ainsi que nous l'avons dit, il est généralement très petit pour ceux du derme; il peut atteindre des proportions énormes au niveau de l'ovaire et surtout de l'utérus, où les fibromyomes forment souvent par leur agglomération des tumeurs de 15 et 20 kilogrammes; on a même rapporté un cas dans lequel le poids de la tumeur utérine était de 70 kilogrammes.

Leur *consistance* est généralement ferme, mais elle peut se modifier sous l'influence des transformations ou des dégénérescences dont les myomes sont parfois le siège; elle est très dure dans les tumeurs où le tissu fibreux prédomine, elle atteint la dureté de la pierre dans certains fibromyomes utérins infiltrés de sels calcaires, elle peut au contraire devenir très molle dans les cas où la tumeur subit des altérations qui ramollissent ses tissus, ou même fluctuante dans certaines formes kystiques.

Sur une surface de section, l'aspect des myomes est charnu ou fibreux; leur tissu est ordinairement homogène, de coloration blanchâtre, et semble composé de faisceaux entre-croisés dans divers sens ou disposés en tourbillons concentriques.

Caractères microscopiques. — Les cellules musculaires qu'on trouve dans les myomes sont tout à fait semblables à celles qu'on observe dans le tissu musculaire normal.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet des rhabdomyomes, parmi lesquels BARD et ses élèves distinguent: 1° une forme embryonnaire, composée d'éléments non striés qui représentent d'après eux le type embryonnaire de la cellule musculaire striée; 2° une forme intermédiaire, dans laquelle on trouve un peu de substance striée; 3° une forme adulte contenant de nombreuses fibres striées.

Dans les myomes à fibres lisses, il n'est pas toujours facile de distinguer nettement sur les coupes les fibres musculaires et surtout leur noyau en forme de bâtonnet, qui permet à lui seul d'affirmer leur nature.

Comme dans les organes qui renferment normalement du tissu musculaire lisse, les éléments musculaires des léio-

myomes sont tantôt groupés sous forme de faisceaux ou de membranes, tantôt isolés au milieu du tissu fibreux.

Pour dissoudre les fibres conjonctives qui masquent souvent les cellules musculaires, CORNIL et RANVIER conseillent de dissocier des fragments de la tumeur, après macération dans une solution d'acide azotique à 20 p. 100 ou dans la potasse caustique à 40 p. 100. Les cellules musculaires, allongées en fuseau, deviennent alors bien distinctes. D'autre part, si l'on veut,



Fig. 29.

Cellules de rhabdomyome, quelques éléments fusiformes présentant une striation plus ou moins marquée (GÈNEVET).

sur les coupes, mettre en évidence les noyaux en bâtonnet caractéristiques, on doit traiter par l'acide acétique ou par l'acide formique les coupes colorées au picocarmin. L'acide gonfle alors la substance musculaire, et les faisceaux ne sont pas nettement indiqués, mais il suffit de distinguer clairement les noyaux pour pouvoir affirmer l'existence des fibres musculaires.

Sur une même coupe histologique on voit, dans les myomes à fibres lisses, des faisceaux sectionnés dans le sens de leur longueur et présentant des cellules contractiles disposées parallèlement, suivant leur grand axe, tandis que d'autres faisceaux, coupés en travers, montrent les sections transversales des cellules, composées tantôt de deux cercles concentriques, dont

l'interne représente le contour du noyau, tantôt d'un cercle unique, correspondant au contour de la cellule, suivant que le rasoir a intéressé le noyau ou, au contraire, est passé en deçà ou au delà du noyau, traversant l'une des extrémités effilées des cellules musculaires. Comme CORNIL et RANVIER le



Fig. 30.

Fibromyome du ligament large (Laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

font observer, c'est là un caractère important qui permet de distinguer un faisceau musculaire coupé en travers de la section d'un filet nerveux ou d'un îlot de petites cellules.

On a pu nettement constater, pour les myomes utérins, que le début de la néoformation musculaire se fait principalement autour des capillaires (COYNE, KLEICHENWACHTER, PILLIET, COSTES); on voit apparaître à leur périphérie une zone de cellules embryonnaires, qui donne une rangée circulaire de fibres

musculaires lisses, laquelle s'accroît ensuite aux dépens de nouveaux éléments embryonnaires; le capillaire, en même temps, émet des pointes d'accroissement qui forment de nouveaux nodules, et généralement il finit lui-même par s'oblitérer.

D'après A. CLAISSE les vaisseaux utérins lacunaires peuvent également être l'origine de myomes, par un processus un peu différent. Dans une partie de leur périphérie, surtout au niveau d'un des angles de l'étoile irrégulière que forme sur une coupe la lumière du canal vasculaire, on observe alors, en même temps qu'un épaissement et une prolifération de l'endothélium, une infiltration du tissu voisin par des cellules rondes ou allongées; « une pointe d'accroissement se forme, un capillaire se creuse et c'est par ce processus indirect que peut se produire le centre d'un nodule myomateux » (A. CLAISSE).

D'après le même auteur, qui a publié dans sa thèse des recherches très intéressantes sur le développement des myomes utérins, les vaisseaux à paroi propre de petit calibre peuvent aussi, quoique plus rarement, devenir des centres de néoformation myomateuse.

Le mode de développement des myomes utérins, tel qu'il est décrit par A. CLAISSE, nous explique l'absence de vaisseaux à paroi propre, qui a pu faire croire que ces tumeurs ne renfermaient jamais de vaisseaux. Ceux-ci y sont, au contraire, assez nombreux, mais ce sont toujours des canaux lacunaires, creusés dans le tissu néoformé et dépourvus d'une paroi propre. Leur calibre est d'ailleurs très variable, et, à côté de simples capillaires, on en voit d'autres qui forment des lacunes plus ou moins larges, arrondies ou aplaties, capables d'acquiescir en certains points des dimensions considérables et de constituer ainsi un véritable tissu caverneux. Privés d'une paroi élastique, ils s'oblitérent facilement, et c'est là le motif de la faible irrigation de la tumeur elle-même (CLAISSE).

Variétés et dégénérescences. — Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur la part plus ou moins importante que le

tissu fibreux prend toujours dans la constitution des myomes et nous avons dit qu'on désignait sous le nom de *fibro-myomes* les tumeurs myomateuses dans lesquelles l'élément conjonctif finit par prendre une importance prédominante. A côté de cette variété, qu'on rencontre si fréquemment dans l'utérus, on y observe également une variété qui mérite le nom d'*adéno-*

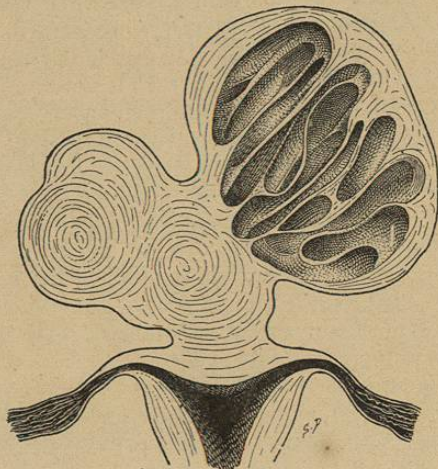


Fig. 31.

Fibromyome kystique de l'utérus (RICHELOT).

myome et dans laquelle l'élément glandulaire, dépendant de la muqueuse utérine ou de débris *Wolffiens* (RECKLINGHAUSEN), se développe au milieu du tissu musculaire.

L'*infiltration calcaire* s'observe assez fréquemment, dans les myomes utérins principalement. L'infiltration ne se limite pas toujours au tissu conjonctif; elle peut envahir à la fois celui-ci et les éléments musculaires, formant une véritable pétrification en masse, qui occupe le centre ou la totalité du lobe atteint.

La *dégénérescence graisseuse* des cellules musculaires a été également constatée dans les myomes, et dans ceux de l'utérus

on l'a signalée quelquefois en même temps que l'infiltration calcaire.

La *transformation œdémateuse*, qui caractérise les myomes ramollis, donne à leur tissu un aspect aréolaire à mailles remplies d'une substance gélatineuse, qui infiltre toute la masse et dissocie les faisceaux conjonctifs et musculaires. C'est dans cette forme qu'il peut se produire ces cavités *pseudo-kystiques* qui ont été décrites par CRUVEILHIER dans les myomes de l'utérus sous le nom de *géodes*, et qui, distendues par un liquide

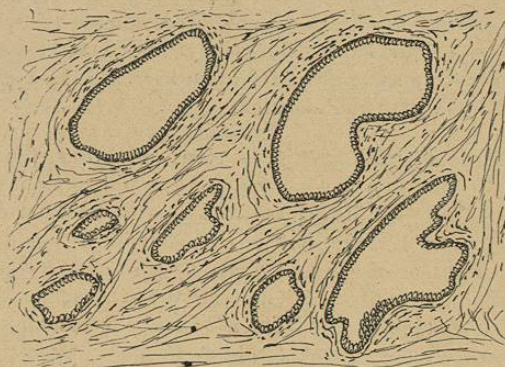


Fig. 32.

Fibromyome kystique de l'utérus (Laboratoire de la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

muqueux quelquefois mélangé de sang, peuvent acquérir un volume énorme. On ne doit pas considérer ces cavités comme des kystes parce que leur surface interne est dépourvue de revêtement épithélial. Diverses opinions ont été soutenues pour expliquer leur formation; tandis que les uns, avec VIRCHOW, KLEBS, THOMAS, etc., pensent qu'il s'agit là d'un simple ramollissement local entraînant la destruction des éléments, d'autres, avec BILLROTH et KEBERLÉ, considèrent ces pseudo-kystes comme le résultat d'une dilatation progressive des espaces lymphatiques; cette dernière explication, qui paraît être

aujourd'hui la plus généralement admise, trouve une confirmation dans ce fait que plusieurs observateurs ont vu la paroi des cavités pseudo-kystiques revêtue de cellules aplaties, qui correspondraient à l'endothélium des canaux vasculaires distendus.

Indépendamment de ces formations pseudo-kystiques, on peut rencontrer dans les tumeurs myomateuses de l'utérus de véritables kystes tapissés par un épithélium glandulaire, ainsi que nous avons eu l'occasion de le vérifier dans un cas de SEGOND, présenté à la Société anatomique en 1893¹. Ces kystes sont en général multiples et dans la portion de la tumeur où on constate leur existence, celle-ci présente l'aspect d'un *adénomyome*, de sorte que l'évolution kystique des culs-de-sac glandulaires s'explique aisément.

Étiologie et pathogénie. — Nous ne savons rien de très précis sur l'origine des myomes en général, mais il n'en est pas de même pour les léiomyomes utérins au sujet desquels de nombreux travaux ont été publiés dans ces dernières années. Nous avons vu que dans l'utérus la néoformation de fibres musculaires lisses était nettement *périvasculaire* au début; nous devons ajouter que cette néoformation semble toujours coïncider avec des lésions *d'endométrite* et des *altérations vasculaires* se manifestant par un gonflement de l'endothélium, avec tendance aux formations thrombosiques, et par une prolifération des cellules conjonctives et musculaires. On est ainsi conduit à admettre *l'origine inflammatoire* des myomes utérins, et à considérer comme vraisemblable la *nature microbienne* de l'inflammation qui leur donne naissance (A. CLAISSE).

Sans donner une démonstration définitive de la nature microbienne des myomes utérins, les résultats des recherches bactériologiques qui ont été faites à ce propos fournissent tout au moins de fortes présomptions en faveur de cette manière de voir.

La présence de bactéries dans ces tumeurs n'a pu être mise

¹ Maurice Cazin. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1893, p. 232.

en évidence d'une façon constante. Sur cinq observations, avec essais de culture, ANDRÉ CLAISSE a réussi seulement dans trois cas à isoler des cocci prenant le Gram, réunis en petits amas ou en courtes chaînettes. GALIPPE a également obtenu des résultats positifs. KOLLMANN, dans un cas, a isolé un micrococcus et un bacille. Enfin VEDELEN a, de son côté, constaté dans les fibromyomes utérins la présence d'amibes auxquelles il a attaché un rôle pathogène.

Symptômes et pronostic. — L'évolution clinique des myomes est entièrement semblable à celle des tumeurs bénignes en général, et leur symptomatologie ne peut être exposée qu'à propos des organes aux dépens desquels ils se développent, attendu qu'elle est constituée essentiellement par l'ensemble des troubles locaux dépendant surtout du siège et du volume de la masse néoplasique.

En dehors de la gravité plus ou moins grande des complications qui peuvent résulter de ces troubles locaux (accidents de compression, infections secondaires, hémorragies), le *pronostic* des myomes, considéré au point de vue de la nature même de la néoplasie, doit être regardé jusqu'à nouvel ordre comme absolument bénin, ces tumeurs n'ayant aucune tendance à se généraliser ou à récidiver après leur ablation complète.

Nous avons déjà dit que la notion des *rhabdomyomes malins* ne reposait que sur un petit nombre d'observations microscopiques, insuffisamment démonstratives d'ailleurs pour qu'elles puissent dès maintenant infirmer la notion ancienne de la bénignité des myomes, si solidement établie par l'observation clinique journalière. Nous pouvons en dire autant des *cancers musculaires lisses*, dont nous devons la description aux mêmes observateurs, et dont l'existence ne paraît pas avoir été suffisamment vérifiée par d'autres histologistes; sans avoir le droit d'affirmer ou de nier, puisque nous n'avons jamais eu l'occasion d'examiner des préparations relatives à ces faits récemment signalés, nous sommes en droit de nous demander si, interprétées suivant les données classiques, ces tumeurs ne pourraient pas plutôt être rangées dans le groupe des sarcomes.

Comme pour toutes les tumeurs bénignes cependant, il convient de formuler certaines réserves sur la possibilité de l'association d'une néoplasie maligne, épithéliomateuse ou sarcomateuse, avec la néoplasie myomateuse.

En ce qui concerne les faits de *cancers épithéliaux* constatés dans les tumeurs fibro-myomateuses de l'utérus, il est bien certain que l'on ne peut pas parler à leur propos d'une transformation de myomes en carcinomes ou en épithéliomes, puisque, s'il est une notion générale sur laquelle tout le monde soit aujourd'hui d'accord, dans la question des tumeurs, c'est à coup sûr celle de la nécessité d'un tissu épithélial pour produire un cancer épithélial. L'association, en pareil cas, de deux néoplasmes épithéliomateux et fibro-myomateux, résulte le plus souvent de l'envahissement d'un utérus fibro-myomateux par un cancer épithélial issu de la muqueuse utérine ; dans d'autres faits, qui paraissent d'ailleurs beaucoup moins fréquents, on peut incriminer l'évolution maligne de l'élément glandulaire de certains *adénomyomes*, dans lesquels on trouve, ainsi que nous l'avons vu précédemment, des acini glandulaires développés en nombre plus ou moins considérable au milieu du tissu myomateux.

Quant à la *dégénérescence sarcomateuse*, qui est caractérisée par le développement de la néoplasie sarcomateuse dans un fibromyome, elle ne serait pas très rare d'après PILLIET et COSTES, mais présenterait une évolution lente et une malignité assez faible. Nous ne pourrions, à propos de ces fibrosarcomes, que répéter ce que nous avons déjà dit au sujet des fibro-sarcomes, des myxo-sarcomes, des ostéo-sarcomes, etc., et, d'une façon générale, en traitant de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

ANGIOMES

Définition. — On a désigné sous le nom de *tumeurs érectiles* (DUPUYTREN) ou d'*angiomes* (VIRCHOW) les tumeurs composées essentiellement par des vaisseaux sanguins de *nouvelle formation*. Les tumeurs constituées par des vaisseaux anciens simplement dilatés, et en même temps plus ou moins altérés dans leur structure, ne doivent pas être, par conséquent, considérées comme des angiomes, et c'est ainsi que l'on doit éliminer du cadre des angiomes les anévrysmes, les varices ou dilata-tions des veines, les dilatations serpentine des artères.

Siège. — La *peau* et le *tissu cellulaire sous-cutané*, surtout dans les régions de la tête et du cou, constituent un siège de prédilection pour les angiomes, qui forment ces taches roses, rouges ou violacées, plates ou saillantes, qu'on désigne communément sous le nom de *navi*.

La fréquence des angiomes de la tête, qui est de beaucoup supérieure à celle des angiomes de toutes les autres régions, s'explique, comme nous le verrons, par l'origine fissuraire de ces néoformations. Dans la région faciale, où ils dérivent de troubles d'évolution des fentes naso-buccales, lacrymales, oculaires, on les observe principalement au niveau du grand angle de l'œil, à la paupière supérieure, aux lèvres. Ils peuvent également se développer dans les muqueuses, dans la bouche principalement, où ils se montrent au palais, sur la langue, les gencives et le plancher buccal.

Les angiomes du cou, qui paraissent être le plus souvent d'origine branchiale, occupent souvent un siège en rapport avec la topographie des fistules branchiales, entre l'oreille et