

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

l'extrémité interne de la clavicule; ils sont fréquemment situés au niveau de l'oreille elle-même ou dans son voisinage immédiat; on les observe également dans la région sous-maxillaire.

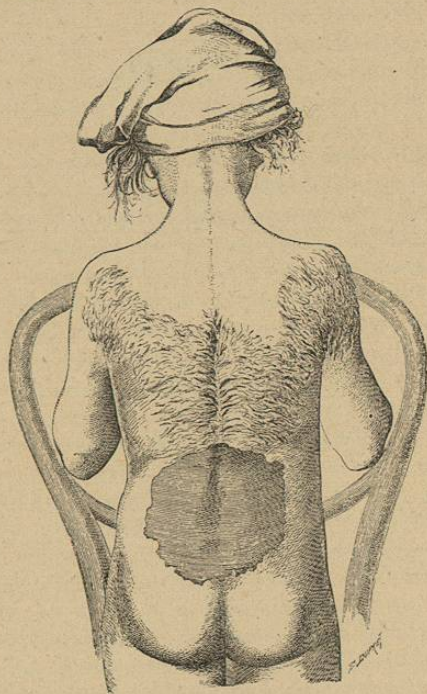


Fig. 33.

Nævus pileux du tronc (NEUGEBAUER).

Les angiomes cutanés du tronc et des membres sont moins fréquents que ceux de la tête, mais ils ne sont cependant pas rares, puisque PARKER, sur 339 cas, a indiqué comme siège 96 fois le tronc et 42 fois les membres; 95 cas concernaient la face et 94 le cuir chevelu; 12 fois seulement il s'agissait d'angiomes

développés au niveau des organes génitaux, sur le scrotum ou la vulve.

Indépendamment des angiomes cutanés ou sous-cutanés, qui sont de beaucoup les plus nombreux, on a signalé des faits rares d'angiomes des muqueuses laryngée, vésicale, utérine, des angiomes viscéraux, développés dans le foie où il semble qu'on les ait souvent confondus avec de simples angiectasies, dans les reins, la rate, l'intestin, où ils sont d'ailleurs peu fréquents, dans les glandes salivaires, la mamelle, etc. On a également rapporté quelques observations d'angiomes musculaires, siégeant notamment dans le deltoïde, le grand pectoral, le biceps, le brachial antérieur. Quant aux angiomes périostaux ou osseux, CRUVEILHIER, VIRCHOW, PAUL BROCA et d'autres auteurs en ont cité des exemples; on ne peut donc pas nier leur existence, mais on peut dire que les angiomes vrais des os constituent certainement des faits exceptionnels, et que, dans beaucoup de cas, on a parlé d'angiomes alors qu'il s'agissait de sarcomes télangiectasiques.

Anatomie pathologique. — La structure des angiomes permet de distinguer parmi eux deux variétés principales qui correspondent à la division établie par VIRCHOW et admise actuellement par la plupart des auteurs classiques :

1° L'ANGIOME SIMPLE, formé par des vaisseaux dont les parois sont bien distinctes et dont la structure est semblable à celle des vaisseaux normaux.

2° L'ANGIOME CAVERNEUX, constitué par un tissu lacunaire analogue au tissu caverneux des organes érectiles.

Il convient d'ajouter, d'ailleurs, que ces deux variétés ne sont pas toujours nettement distinctes l'une de l'autre, attendu que, entre les deux types bien tranchés qu'on peut observer dans un certain nombre de cas, il existe toute une série de formes intermédiaires qui les relie insensiblement l'un à l'autre.

Angiome simple. — Les capillaires de nouvelle formation qui constituent l'angiome simple sont toujours plus ou moins dilatés; tantôt leurs dilatations sont régulières et cylindriques,

tantôt, au contraire, elles sont irrégulières et se présentent sous forme d'ampoules et de bosselures de diverses dimensions. L'exagération de leur accroissement en longueur se traduit par la présence de flexuosités nombreuses, dessinant de véritables tours de spire ou s'enchevêtrant les unes dans les autres de la façon la plus variable. Ces capillaires ne sont pas seulement dilatés à la fois suivant leur largeur et suivant leur longueur, ils présentent en même temps un épaissement notable de leurs parois, qui renferment une grande quantité de noyaux et atteignent 1 à 2 centièmes de millimètre d'épaisseur, tout en conservant la structure simple qui caractérise la paroi des capillaires normaux.

L'angiome simple, contrairement à ce que l'on observe pour la plupart des tumeurs bénignes, n'est jamais encapsulé, et le plus souvent il n'est même pas circonscrit par des limites précises; les angiomes cutanés, notamment, sont en quelque sorte diffus.

PORTA (de Milan) qui, en 1861, a publié sur les tumeurs érectiles un mémoire resté classique, a montré que les angiomes simples pouvaient être décomposés par la dissection en un grand nombre de petites granulations, grosses comme des grains de mil, et que chacune de ces granulations était constituée par un peloton vasculaire spécial. L'existence de ces *grains de Porta* a été confirmée par tous les observateurs et BILLROTH a fourni, en ce qui concerne ceux qu'on observe dans les angiomes de la peau, une explication que les auteurs classiques ont ensuite reproduite et dans laquelle on invoque l'existence des petits systèmes vasculaires, indépendants dans une certaine mesure, dont sont pourvus tous les organes annexés à la peau. c'est-à-dire les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudoripares, de même que les papilles; les lobules d'un angiome cutané correspondraient ainsi à ces systèmes vasculaires devenus angiomateux.

Les néo-capillaires constituant le tissu angiomateux sont compris dans un stroma conjonctif plus ou moins abondant; dans l'intérieur des lobules ce tissu conjonctif se montre tantôt pauvre en éléments cellulaires, tantôt infiltré, au con-

traire, d'un nombre assez considérable de cellules rondes disposées principalement au voisinage immédiat des capillaires. Dans les intervalles qui séparent les lobules les uns des autres, le tissu conjonctif occupe des espaces plus importants, auxquels on peut donner le nom d'*espaces interlobulaires*, et qui renferment les artérioles et les veinules dont les ramifications se dirigent vers chacun des lobules voisins.

Angiome caverneux. — Contrairement à ce que l'on observe dans l'espèce précédente, il n'est plus possible de constater

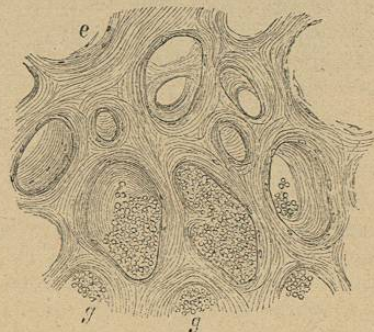


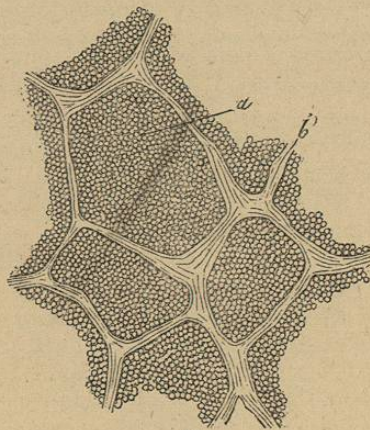
Fig. 34.

Coupe d'un angiome caverneux du foie (LANCEREUX).

des capillaires distincts dans les angiomes dits *caverneux*, qui se montrent simplement formés d'un tissu érectile, creusé d'alvéoles communiquant les uns avec les autres de la façon la plus irrégulière. Ce tissu forme un système lacunaire qui, interposé entre les artères et les veines, reste l'homologue du système capillaire, et dans lequel le sang trouve une circulation facile, ainsi qu'en témoignent les brusques variations de volume dont ces tumeurs sont susceptibles.

Sur les coupes soumises à l'examen microscopique, les cloisons qui séparent les alvéoles se montrent constituées par du tissu fibreux dense dans lequel on retrouve des éléments du

tissu qui est devenu le siège de l'angiome; c'est ainsi que ces travées interalvéolaires peuvent renfermer des fibres musculaires lisses, ou des fibres musculaires striées, lorsqu'il s'agit d'un angiome développé dans un muscle. Le tissu fibreux des travées renferme des *vasa-vasorum* et ESMARCK y a décrit également quelques filets nerveux.



$\frac{150}{1}$

Fig. 33.

Angiome caverneux du foie (coupe après durcissement dans l'alcool)
(CORNIL et RANVIER.)

a, espaces caverneux remplis de sang. — b, travées fibreuses limitant les espaces caverneux.

Toute la surface interne du système cavitaire, ainsi délimité par les travées que nous venons de décrire, est tapissée par un endothélium composé de cellules aplaties et tout à fait semblable à l'endothélium des veines.

Lorsque le contenu sanguin des alvéoles a été coagulé par immersion dans l'alcool absolu d'une pièce cadavérique entière ou d'un angiome enlevé chirurgicalement avec les précautions nécessaires pour éviter l'écoulement du sang, on obtient une

injection naturelle de la tumeur, et l'on peut, après durcissement, faire des coupes bien démonstratives, qui, au lieu de montrer un réseau trabéculaire conjonctif dont les mailles sont vides et les parois affaissées et déformées, donnent une idée exacte de l'importance de la circulation dans le système caverneux de l'angiome.

Comme CORNIL et RANVIER l'ont fait remarquer, il n'existe qu'un petit nombre de globules blancs dans la masse sanguine qui remplit les alvéoles, et ils sont irrégulièrement disséminés au milieu des globules rouges, sans se trouver de préférence le long des cloisons, ce qui démontre l'activité de la circulation du sang dans ces tumeurs, attendu que les globules blancs ont toujours une tendance à adhérer aux parois vasculaires, et s'y attardent volontiers, dès que le cours du sang n'est pas assez rapide pour les entraîner.

Le mode de développement des angiomes a donné lieu à un certain nombre d'hypothèses qui sont aujourd'hui complètement abandonnées et que nous pouvons nous dispenser de rappeler, pour nous borner à indiquer l'opinion qui est aujourd'hui acceptée par la majorité des auteurs, et d'après laquelle on admet, avec CORNIL et RANVIER, qu'il se produit une néoformation de capillaires, ceux-ci présentant tout d'abord des dilatations simples; à un stade plus avancé, les capillaires dilatés arrivent au contact des uns des autres et de larges communications s'établissent entre eux, amenant ainsi la transformation d'un angiome simple en un angiome caverneux, dont les alvéoles sont constitués par les capillaires dilatés et ouverts les uns dans les autres.

Comme nous l'avons dit plus haut, à propos du siège des angiomes, les angiomes du foie sont considérés par un certain nombre d'auteurs comme le résultat de lésions vasculaires aboutissant, par dilatation de capillaires *préexistants* et sans aucune néoformation, à la production d'un tissu caverneux entièrement comparable à celui que nous venons de décrire. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les divergences qu'on relève dans les auteurs au sujet de la fréquence des angiomes du foie, LAN-

CEREAUX disant en avoir rencontré 23 cas en dix ans, tandis que HANOT ne cite que 2 cas d'angiomes véritables de cet organe, observés chez des enfants, l'un par STEFFEN, et l'autre par CHERVINSKY.

Dans ces deux cas il existait d'ailleurs une augmentation notable du volume du foie, facile à constater cliniquement, tandis que, dans la plupart des observations désignées communément sous le titre d'angiomes du foie, on insiste sur ce fait que la présence de ces tumeurs n'augmente pas le volume de la glande, de telle sorte que la tumeur peut même atteindre un volume relativement considérable sans que le foie soit notablement plus gros qu'à l'état normal. Or cette notion concorde mal avec l'observation journalière, pour ce qui concerne les néoplasmes en général, la présence d'un néoplasme véritable se traduisant presque toujours, dès qu'il atteint un certain développement, par une augmentation du volume de l'organe dans lequel il a pris naissance, et cela malgré la destruction des tissus auxquels le néoplasme se substitue.

Comme QUÉNU l'a dit à ce propos, l'identité de structure ne doit pas entraîner fatalement l'identité de nature, et, pour porter le diagnostic anatomo-pathologique d'angiome du foie, il ne suffit pas de constater l'existence d'un tissu tout à fait analogue à celui des véritables angiomes caverneux, mais il est nécessaire d'établir que ce tissu caverneux s'est développé, comme dans les angiomes, aux dépens d'une néoformation vasculaire. Or, on conçoit fort bien que, en dehors de la néoformation de capillaires, toute entrave à la circulation veineuse soit capable de déterminer successivement la dilatation des veines de différents calibres et celle des capillaires, ceux-ci pouvant arriver à fusionner leurs parois, lorsqu'ils sont extrêmement distendus, et à constituer ainsi, grâce aux communications multiples qui s'établissent entre eux, un système cavitaire entièrement comparable à celui des angiomes caverneux.

Il convient d'ajouter que, d'après HANOT et GILBERT, les prétendus angiomes caverneux du foie offrent la plus grande ressemblance avec les plaques congestives du tissu hépatique. Ces

auteurs, ont également attiré l'attention sur ce fait que l'existence de ces pseudo-tumeurs coïncidait le plus souvent avec de la congestion hépatique, des infarctus viscéraux, de l'athérome artériel et des lésions cardiaques.

Variétés et dégénérescences. — L'angiome caverneux, comme nous venons de le voir, n'est en réalité qu'une transformation de l'angiome simple. Indépendamment de ces deux

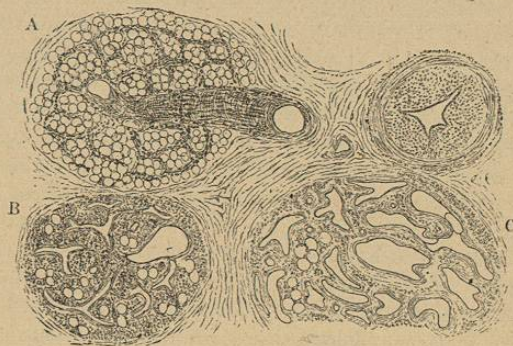


Fig. 36.

Schéma de Rindfleisch montrant la transformation de l'angiome simple en angiome caverneux.

formes, dont l'une semble succéder à l'autre, on peut distinguer d'autres variétés d'angiomes, qui ne sont d'ailleurs que le résultat d'altérations nutritives de la néoplasie angiomateuse, simple ou caverneuse.

Sous le nom de *transformation calcaire* on a désigné la formation de concrétions calcaires observées parfois dans les parois vasculaires des angiomes. Il n'y a d'ailleurs rien de particulier à signaler [au sujet de la production de ces *angiolithes*, qui sont analogues aux phlébolithes des veines variqueuses et qu'on peut également rapprocher des productions calcaires observées dans les sarcomes angiolithiques.

La *transformation pseudo-kystique* des angiomes a été étu-

diée par HAWKINS, LEBERT, HOLMES COOTE. La production de kystes à contenu séreux ou sanguinolent, qu'on observe en pareil cas, doit être imputée, comme l'a montré HOLMES COOTE, à l'isolement de segments vasculaires, dont les deux extrémités s'oblitérent, et qui se transforment ainsi en cavités closes; on a pu, à l'appui de cette explication pathogénique, constater l'existence d'un endothélium tapissant la surface interne de ces formations pseudo-kystiques.

La *transformation fibreuse*, qui est susceptible de déterminer une guérison spontanée de l'angiome, semble être le résultat d'une inflammation du tissu conjonctif interstitiel; sous l'influence de leur transformation fibreuse, les travées constituant la charpente conjonctive se rétractent et compriment les capillaires situés dans les espaces qu'elles limitent; ceux-ci finissent par s'oblitérer, et la guérison de l'angiome est ainsi obtenue, la tumeur n'étant plus représentée que par une masse fibreuse.

Dans la *transformation adipeuse* des angiomes, la charpente conjonctive est envahie par une infiltration graisseuse, et l'abondance des cellules adipeuses devient telle que le tissu conjonctif se trouve transformé en véritable tissu lipomateux, au milieu duquel les vaisseaux sont comprimés et s'oblitérent plus ou moins, comme dans le processus précédent, de sorte que, finalement, l'angiome peut être remplacé par un lipome; c'est en invoquant ce mécanisme qu'on a pu considérer certains lipomes comme le résultat d'une transformation adipeuse de tumeurs érectiles congénitales.

Comme nous l'avons dit précédemment, on admet également que les lipomes peuvent se transformer en angiomes, et il y a, par conséquent, des cas dans lesquels on ne saurait déterminer quel est celui des deux tissus qui s'est substitué à l'autre. Il semble toutefois que la transformation adipeuse de l'angiome soit en réalité plus fréquente que la transformation angiomateuse du lipome.

La possibilité d'une *transformation maligne* des angiomes était acceptée autrefois par la plupart des auteurs. Cette opinion résultait d'une mauvaise interprétation de faits cliniques

indiscutables. Il est certain, en effet, que l'on observe parfois un épithéliome de la peau développé au niveau d'un *navus*, mais nous savons que l'épithéliome peut naître seulement d'un tissu épithélial; ce n'est donc en aucune façon le tissu angiomateux qui a pu se transformer en tissu épithéliomateux, mais il s'agit simplement d'un épithéliome qui s'est greffé en quelque sorte sur l'angiome, ayant son point de départ dans l'épiderme ou dans ses annexes, plus ou moins altérés par un état d'irritation chronique en rapport avec la lésion sous-jacente, et offrant un terrain propice au développement du cancer épithélial.

Il nous reste à signaler la transformation des angiomes en *anévrismes cirsoïdes*, qui s'observe surtout pour les angiomes rouges, à circulation rapide, et sur laquelle ont insisté BROCA, dans son *Traité des tumeurs*, et plus récemment TERRIER et QUÉNU. Nous n'aborderons pas cette question qui est véritablement en dehors de l'étude des tumeurs, puisqu'elle nous conduirait à aborder la pathogénie de l'anévrisme cirsoïde.

Étiologie et pathogénie. — Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour admettre la congénitalité de la plupart des angiomes. Il serait exagéré cependant de dire que tous les angiomes sont congénitaux, comme un certain nombre d'auteurs l'ont affirmé après WARDROP.

Il y a notamment des *angiomes séniles*, sur lesquels DUBREUILH attirait à nouveau l'attention au dernier Congrès international des sciences médicales. PAUL BROCA, pendant son séjour à la Salpêtrière, a constaté dans ses autopsies la fréquence d'angiomes cutanés multiples, de 1 à 3 millimètres de diamètre, sur le corps des vieilles femmes, et, poursuivant ses recherches, soit à la salle des morts, soit à l'infirmerie, sur des femmes moins âgées, il a pu s'assurer que ces angiomes deviennent d'autant plus fréquents que les sujets sont plus avancés en âge, et il a pu se convaincre ainsi que, très fréquemment, ces angiomes se produisaient dans la vieillesse. D'après DUBREUILH, ces angiomes séniles se montrent chez les gens d'âge mûr, à partir de quarante ans environ, et il est

rare de ne pas en trouver quelques-uns chez les vieillards.

Il existe également des faits indiscutables d'*angiomes traumatiques*, développés soit à la suite d'une contusion, soit sous l'influence de frottements répétés. PORTA en a rapporté plusieurs exemples; c'est ainsi qu'il a vu un angiome se former chez une femme adulte, au niveau d'une cicatrice du cou, consécutive à une brûlure; dans un autre cas, à la suite d'une blessure de la paupière inférieure par un éclat de capsule de fusil, qui avait laissé une tache lenticulaire noire, cette tache se transforma, au bout de quelques années, en une tumeur érectile qui devint assez volumineuse pour nécessiter son ablation.

Les comptes rendus de la Société anatomique renferment un certain nombre d'observations d'angiomes traumatiques. MERMET et LACOUR notamment ont publié en 1896 deux observations de tumeurs angiomateuses des doigts d'origine traumatique; CH. MONOD et H. MARTIN, en 1873, ont rapporté également des cas d'angiomes traumatiques du derme, et l'on peut rapprocher de ces faits une observation publiée par l'un de nous, en 1875, dans les *Archives générales de médecine*¹.

En dehors des angiomes séniles dont nous venons de parler, des angiomes traumatiques et de certains angiomes acquis qu'on observe dans les viscères principalement et dont les causes sont mal connues, on peut dire que les angiomes les plus fréquents sont congénitaux et doivent être considérés comme le résultat d'une *malformation* par excès de développement du système capillaire.

Comme nous l'avons déjà dit en indiquant les différents sièges de prédilection des angiomes, c'est ce qui explique pourquoi ces productions vasculaires se rencontrent si communément à la face et au cou, consécutivement à des vices de développement des fentes faciales ou branchiales.

En réalité, la plupart des angiomes s'observent à une époque assez rapprochée de la naissance; dans une statistique de 538 cas rassemblés par PARKER, 500 avaient été observés chez

¹ S. Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1875, t. I, p. 347.

des sujets âgés de moins d'un an, 50 chez des enfants de deux ou trois ans, et 8 seulement avaient été constatés entre quatre et quinze ans. Mais il convient d'ajouter que tous les *navi* apparents au moment de la naissance ne sont pas permanents. C'est ainsi que DEPAUL estimait à un tiers le nombre des enfants naissant à la clinique de la Faculté, porteurs de taches érectiles plus ou moins larges, sans saillie ou très légèrement saillantes, et disparaissant pour la plupart au bout de quelques jours ou de quelques mois (PAUL BROCA).

PORTA et LEBERT avaient déjà remarqué que les angiomes sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons. Ces deux auteurs n'avaient tenu compte, dans leur statistique, que des cas pour lesquels l'intervention chirurgicale avait été réclamée, et ils avaient compté, le premier 92 filles sur 150 observations, le second 33 filles sur 53 cas, ce qui donnait une proportion de 62 p. 100 en faveur du sexe féminin.

Les chiffres relevés par PARKER sont encore plus démonstratifs; sur 337 cas, dans lesquels le sexe était indiqué, cet auteur a pu compter 365 filles et 172 garçons seulement.

Au point de vue pathogénique, nous venons de dire que la plupart des angiomes, à la face et au cou, étaient dus à des troubles de l'évolution des fentes faciales ou branchiales, méritant bien ainsi le nom d'*angiomes fissuraires* sous lequel on les a désignés.

En ce qui concerne les angiomes des membres, nous devons dire quelques mots d'une affection congénitale particulièrement intéressante, dont nous avons observé deux beaux exemples¹, et dans laquelle on voit de vastes angiomes cutanés accompagner si fréquemment une hémihypertrophie partielle ou totale, c'est-à-dire intéressant l'un des membres inférieurs seulement ou s'étendant à la fois au membre inférieur et au membre supérieur correspondant.

Parmi les théories pathogéniques qui ont été émises à propos de cette singulière affection, nous mentionnerons seulement

¹ S. Duplay. *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, publiées par Cazin et Clado*, 2^e série, 1898, p. 1.

la théorie lymphatique (POLLOSSON) et la théorie artérielle (BARWELL). TRÉLAT et MONOD, qui ont publié en 1869, dans les *Archives générales de médecine*, le premier travail d'ensemble concernant ce sujet, ont fait ressortir les analogies qui existent entre les lésions observées dans les hypertrophies unilatérales, partielles ou totales, et les troubles nutritifs que l'on constate dans les cas d'anévrisme artério-veineux, et, suivant ces auteurs, l'affection serait la conséquence de la stase sanguine résultant d'une paralysie vasomotrice; les expériences d'OLLIER ont cependant montré qu'il ne se produisait pas d'hypertrophie du squelette à la suite de la section du grand sympathique, bien que celle-ci produise une vasodilatation permanente.



Fig. 37.

Hémihypertrophie congénitale avec angiome cutané (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

par ce fait que les angiomes se limitaient sur la ligne médiane

chez les malades que nous avons observés, nous avons été frappés

La théorie nerveuse semble devoir nous donner l'explication pathogénique la plus satisfaisante de la production simultanée des angiomes et de l'hémihypertrophie.

avec une exactitude mathématique, et que leur répartition semblait en partie correspondre aux territoires nerveux correspondants.

Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas lieu de faire intervenir à ce propos la théorie métamérique, appliquée d'une façon si satisfaisante à la pathogénie du zona. Nous avons suggéré cette idée à notre élève LEBLANC, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude d'un des malades observés par nous à l'Hôtel-Dieu, en 1897¹. Or, chez ce malade, l'angiome, occupant la plus grande partie de la face postérieure du membre inférieur gauche, se montrait nettement limité au territoire des racines L⁵S¹S²S³S⁴, correspondant à une des zones principales déterminées par HEAD. Nous devons ajouter que dans une communication faite vers la même époque, à la Société de dermatologie, HALLOPEAU et WEIL ont également défendu l'hypothèse de l'origine métamérique des angiomes cutanés zoniformes, accompagnés de troubles nutritifs divers.

Symptômes et pronostic. — Nous n'avons à nous occuper, au point de vue clinique, que des angiomes externes, comprenant principalement les angiomes cutanés et sous-cutanés, qui peuvent être simples ou caverneux.

Les angiomes cutanés simples se présentent le plus ordinairement sous la forme de taches érectiles, de coloration tantôt rouge ou rosée, tantôt bleue, violacée ou noirâtre. Les taches rouges, dont la coloration disparaît sous la pression du doigt, se modifient également sous l'influence des cris et des efforts, et deviennent alors plus colorées, en même temps que leur turgescence augmente; les taches bleues, au contraire, ne sont pas modifiées par les efforts ou les cris, et, si elles sont souvent fort étendues, dès la naissance, elles n'ont pas cette tendance à s'accroître que les premières possèdent le plus ordinairement, lorsqu'elles ne disparaissent pas spontanément quelque temps après la naissance.

¹ E. Leblanc. Étude sur l'hypertrophie congénitale unilatérale. (Du rôle probable de la métamérie embryonnaire dans son évolution pathogénique.) *Thèse de Paris*, 1897.

Cette différence de coloration a été longtemps attribuée à la nature même des taches vasculaires et l'on a désigné sous le nom d'angiomes *artériels* celles qui présentaient une coloration rouge ou rosée, tandis que les taches bleues ou violettes étaient considérées comme des angiomes *veineux*. En réalité, il s'agit là d'une simple différence dans le mode de circulation du sang, qui est rapide dans les angiomes rouges, tandis qu'elle est lente dans les angiomes bleus, le sang ayant alors le temps de se surcharger d'acide carbonique.

Les angiomes cutanés occupent des surfaces d'étendue très variable, certains d'entre eux n'étant guère plus gros que des piqûres de puce, tandis que d'autres occupent par exemple la plus grande partie de la face, ou s'étendent depuis la racine d'un membre jusqu'à son extrémité inférieure, comme on l'observe pour ces vastes angiomes, accompagnant souvent l'hémihypertrophie, dont il a été question précédemment.

Les angiomes *cutanés caverneux*, au lieu de former comme les précédents des taches plus ou moins étalées en surface, constituent plutôt des *tumeurs*, tantôt diffuses, tantôt nettement circonscrites; dans ce dernier cas elles sont souvent pédiculisées et affectent des formes qui les ont fait comparer à des fraises, à des framboises ou à des mûres; là encore on retrouve les mêmes variations au point de vue de la couleur, suivant qu'il s'agit d'angiomes à circulation rapide ou lente.

La plupart des angiomes caverneux de la peau sont le siège d'une circulation sanguine très active et présentent une coloration rouge vif; les cris et les efforts augmentent leur turgescence et accentuent en même temps leur coloration, tandis qu'une pression continue des doigts diminue leur volume et atténue leur coloration, sans la faire disparaître complètement.

Les angiomes *sous-cutanés* peuvent se développer avec ou sans envahissement de la peau par le processus angiomateux; dans le premier cas, l'angiome est à la fois cutané et sous-cutané, et on l'a désigné sous le nom d'angiome *mixte*; dans le second cas, au contraire, la tumeur vasculaire sous-cutanée, qui forme une masse molle, partiellement réductible, est caractérisée par

ce fait que la peau qui la recouvre présente une apparence et une coloration absolument normales.

Parmi les angiomes sous-cutanés, il est des angiomes simples qui sont souvent infiltrés de graisse et sur lesquels Ch. Moxon a insisté en 1873. Ces tumeurs, qu'on désigne sous le nom d'*angiomes lipomateux*, renferment en réalité une quantité relativement peu considérable de sang; elles ne sont donc pas réductibles ou le sont seulement dans une très faible proportion et elles n'augmentent pas de volume sous l'influence des cris et des efforts; il est souvent très difficile, dans ces conditions, de les distinguer des lipomes sous-cutanés, dont elles ont la consistance molle.

À côté des angiomes sous-cutanés simples, il existe des angiomes sous-cutanés *caverneux*, dont la consistance est parfois nettement fluctuante, au point d'en imposer pour un abcès froid, et qui, d'autre part, présentent souvent des modifications de volume très appréciables, devenant turgescents dans l'effort, et se réduisant partiellement à la suite d'une pression prolongée.

Les angiomes des *muqueuses* sont généralement des angiomes à circulation lente, et n'ont pas alors de tendance à s'accroître. Parmi les angiomes congénitaux des muqueuses, il en est cependant dont la circulation est très active et qui forment des tumeurs saillantes, dont la turgescence augmente dans les efforts; ces angiomes envahissent parfois les tissus voisins et prennent assez rapidement un développement important.

La *marche* des angiomes est essentiellement variable suivant leur structure et les conditions dans lesquelles la circulation s'y effectue. On peut, à ce point de vue, distinguer trois modes d'évolution :

1° Certains angiomes guérissent spontanément : nous avons dit, en effet, qu'un grand nombre des taches érectiles de la peau, si fréquentes à la naissance, disparaissent au cours de la première année; nous avons vu également que, parmi les différentes variétés de dégénérescence dont les angiomes peuvent être le siège, la transformation adipeuse et surtout la transfor-

mation fibreuse agissent souvent comme des processus curatifs.

2° D'autres angiomes restent indéfiniment stationnaires et n'ont aucune tendance à s'accroître; tels sont surtout les angiomes bleus ou violacés, dans lesquels la circulation se fait lentement, et que l'on désignait autrefois sous le nom d'angiomes veineux. Il n'y a là d'ailleurs rien d'absolu, car on voit quelquefois ces angiomes bleus prendre un développement rapide.

3° D'autres enfin présentent une augmentation de volume qui se produit d'une façon *continue* ou *intermittente*; ce mode d'évolution s'observe en général dans des cas d'angiomes à circulation rapide, dits à tort *artériels*, et plus particulièrement dans les tumeurs érectiles sous-cutanées et profondes. Lorsque l'accroissement se fait d'une façon intermittente, on note souvent une coïncidence avec un phénomène physiologique, tel que la puberté, la grossesse, l'allaitement ou la menstruation; dans d'autres cas, on voit, chez les enfants, des angiomes sous-cutanés minuscules subir brusquement, sans aucune cause appréciable, un accroissement notable.

Indépendamment de l'augmentation progressive de leur volume, certains angiomes sont dits *envahissants*, parce qu'on y voit le processus angiomateux envahir les tissus voisins, c'est-à-dire les aponévroses, les muscles, etc.

D'après ce qui précède, le *pronostic* des angiomes ne peut pas être envisagé d'une façon générale, et l'on peut dire seulement que les angiomes rouges sont plus graves que les angiomes bleus, en raison de l'activité plus grande de la circulation dans les premiers; on doit ajouter, au point de vue du siège, que les tumeurs érectiles sous-cutanées et profondes comportent un pronostic moins favorable que les angiomes de la peau.

Les téguments peuvent s'enflammer et s'ulcérer au niveau des angiomes et cette complication peut s'accompagner d'hémorragies; mais, en réalité, il s'agit là d'un accident plutôt rare, puisqu'il n'a été noté que 19 fois dans la statistique si importante de PARKER.

Comme QUÉNU l'a bien montré, le danger véritable que peut créer l'existence d'un angiome réside dans la possibilité d'une transformation en anévrisme cirsoïde, susceptible de produire les complications hémorragiques graves qui accompagnent cette dernière affection. Quoi qu'il en soit, tout angiome est en lui-même bénin lorsqu'il n'atteint pas des dimensions trop considérables, puisque son ablation complète n'est pas suivie de récédive.