

L'avance si telle tache vasculaire restera stationnaire, ou disparaîtra spontanément, ou prendra au contraire le développement excessif que nous avons décrit plus haut. Mais comme ces diverses éventualités se manifestent dès les premiers mois ou les premières années de la vie, il s'ensuit que l'observation de la marche du nævus servira de règle pour le pronostic et le traitement. Dans le cas de nævi, qui semblent rester stationnaires, on peut attendre; pour ceux, au contraire, qui tendent manifestement à se propager, il faut intervenir de bonne heure.

Les moyens thérapeutiques devront être choisis d'après le degré et l'étendue de l'angiome. Les télangiectasies seront détruites par les divers moyens dont nous nous sommes occupés à propos de l'acné rosée (V. T. I^{er}, page 756).

Les taches de feu planes, et même les petites tumeurs vasculaires, verruqueuses et pigmentées, pourront être extirpées à l'aide de l'instrument tranchant. Les autres moyens thérapeutiques dirigés contre les angiomes turgescents ont pour but la coagulation lente ou rapide du contenu des vaisseaux et la disparition consécutive de ces vaisseaux eux-mêmes; telles sont la compression locale et les applications froides, la ligature de quelques-uns des plus gros vaisseaux afférents, l'injection de perchlorure de fer, de chlorure de manganèse, de cantharidine, et d'autres substances semblables (qui, il est vrai, peuvent amener une escharification inflammatoire et une pyémie mortelle), enfin l'électrolyse.

Pour les petits nævi fongueux, l'inoculation de lymphé vaccinale a souvent donné les meilleurs résultats, qu'elle agisse : soit en provoquant par inflammation la rétraction des tissus, soit en les détruisant par le processus de suppuration, soit par le fait d'une espèce de cautérisation. De même, la cautérisation à l'aide de la potasse et d'autres caustiques, parmi lesquels l'acide azotique fumant; la galvanocaustique, le Paquelin, l'application d'emplâtre stibié (tartre stibié, 0,75, empl. adhésif, 5, Krieg, Zeissl), le collodion au sublimé.

Dans le cas de tumeurs pédiculées, on peut recourir à la ligature du pédicule, à la ligature élastique (Dittel), et à l'excision; enfin pour les grosses tumeurs des membres, l'amputation devient nécessaire (1).

(1) Ce n'est pas ici le lieu d'exposer le traitement chirurgical général des angiomes cutanés; nous avons simplement à donner les meilleurs moyens et les plus simples de traiter et de guérir les mille lésions, faciles à détruire à leur origine, que la grande généralité des médecins, il faut le dire, ne sait pas traiter, et partant, laisse évoluer, grandir, s'aggraver.

Leurs hésitations et leur inaction s'appuient, vaguement, sur ce fait d'observation qu'un certain nombre de taches vasculaires sanguines congénitales disparaissent spontanément, à une époque ultérieure; cela

Suite de la note des Traducteurs.

ne saurait être contesté, mais la fréquence de cette terminaison favorable a été certainement exagérée; elle est loin d'être la règle, et on ne saurait baser sur elle seule une détermination thérapeutique. DEPAUL — *Thèse de doctorat* de LABOULBÈNE, 1854, aurait déclaré que le « le tiers des enfants qui naissent à la clinique d'accouchements ont des taches vineuses, des nævi non proéminents ou très légèrement proéminents. Ces taches, qui ne sont causées ni par les manœuvres de l'accouchement, ni par aucune cause extérieure, sont apportées par l'enfant en venant au monde, et la plupart disparaissent dans les premiers mois de la vie. »

DEPAUL concluait de ces faits que, si le nævus est un peu saillant, on doit attendre, pour décider une intervention. Réduite à ces préparations, la temporisation est non seulement légitime, mais elle s'impose.

Ce qui reste le devoir du médecin, c'est de faire ses réserves *motivées*, de surveiller l'évolution, et si, au bout de quelques semaines, ou de quelques mois, voire même en attendant jusqu'à la fin de la lactation, on voit la tache s'étaler, grandir, s'élever, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir, chaque année de sursis augmentant la lésion dans toutes ses dimensions.

Nous jugeons la même règle applicable aux angiomes télangiectasiques qui font leur apparition, ou sont démasqués seulement dans les années qui suivent la naissance; c'est toujours la marche, l'évolution de la lésion qui doivent décider de l'intervention ou de l'abstention.

Les moyens d'action à diriger contre les nævi vasculaires que nous appelons dermatologiques, c'est-à-dire plus ou moins superficiels et ne réclamant pas le secours de la grande chirurgie, peuvent être rangés dans les titres suivants : a) la compression; b) la destruction chimique superficielle ou interstitielle; c) l'irritation phlegmasique provoquée, simple ou spécifique (vaccine); d) la scarification linéaire; e) l'électropuncture, l'électrolyse.

a) La compression. — Elle peut trouver des indications particulières dans tous les cas où la partie atteinte est sous-tendue par un plan résistant comme le front, la lèvre supérieure, etc.; on peut alors, à l'aide d'une bandelette de caoutchouc employée avec les précautions nécessaires à la compression élastique en général, tenter et obtenir la guérison de nævi vasculaires en plaque ou en tumeur de petites dimensions. Ce procédé réclame une certaine ingéniosité dans le détail des applications, le temps, la persévérance. Nous lui devons quelques beaux résultats.

b) La destruction chimique superficielle ou interstitielle. Nous repoussons à peu près complètement tous les procédés de cette sorte; si les lésions sont légères et superficielles, l'électrolyse, l'électropuncture arrivent au même résultat plus simplement; si elles sont considérables, le danger multiple des injections interstitielles doit les faire laisser complètement de côté.

c) Irritation phlegmasique provoquée. — Ce procédé qui comprend

Suite de la note des Traducteurs.

l'acupuncture simple, les applications vésicantes, etc., l'inoculation vaccinale, sont à rejeter aussi par le médecin qui a à sa disposition l'action électrique, ou électrocaustique. Si les lésions sont superficielles, ces moyens sont inutiles; si elles sont profondes, ils sont insuffisants. Pour l'inoculation vaccinale, en particulier, la cicatrice éventuelle est absolument incertaine, et moins régulière que la cicatrice réglée par une intervention immédiate et directe.

d) *Scarification linéaire quadrillée.* — Les scarifications sanglantes, recommandées surtout par BALMANNO SQUIRE — On port-wine-marck, and its obliteration without scar, in *Essays on the treatment of skin diseases*, n° III, London, 1876 — trouvent leur application dans les formes télangiectasiques *superficielles*, et dans les taches vineuses *simples*. Il est nécessaire, pour en retirer le bénéfice, de pratiquer les scarifications selon les règles que nous avons précisées — Voy. T. I^{er}, note 1, p. 757 — de la combiner avec la compression toutes les fois où cela est possible, et de les répéter un très grand nombre de fois — Voy. AD. COLSON, Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications, *Thèse de Paris*, 1878. — On aura soin aussitôt un petit lot scarifié, de faire immédiatement la compression ouatée, pendant que l'on continue le lot voisin, de façon à faire perdre au patient le moins de sang possible. Cette règle élémentaire, que nous ne cessons de prêcher, est malheureusement enfreinte trop souvent; elle demeure absolue pour les scarifications de toute espèce, mais elle est surtout de rigueur quand ces scarifications doivent, ainsi que dans le cas actuel, être répétées à brève échéance, et un nombre illimité de fois.

Les scarifications linéaires dans le traitement des taches vineuses peuvent être exécutées sans douleur, après congélation préalable à l'aide du chlorure de méthyle au pinceau, mais il faut ici plus de *sûreté de main* de l'opérateur, qui doit aussi avoir appris la pratique de l'anesthésie méthylique, pour en obtenir les avantages sans en avoir les inconvénients. La congélation locale doit se faire fractionnellement, au fur et à mesure de la marche du scarificateur, bien entendu par les soins d'un aide expérimenté. Ces scarifications doivent toujours être faites avec l'aiguille unique, serrées, fines, comme des hachures de dessin; nous repoussons absolument tous les scarificateurs à lames multiples.

Quand la tache vineuse comporte, ainsi que cela arrive souvent, des centres *érectiles*, des saillies, des nodosités vasculaires, verruqueuses ou autres, tous ces derniers points doivent être, *préalablement*, détruits par la *galvanopuncture*, afin de laisser le chemin libre à la scarification qui serait insuffisante, ou donnerait lieu à des écoulements de sang trop considérables.

e) *Électrolyse; électropuncture.* L'électrolyse (électrisation interstitielle par courant continu à l'aide d'aiguilles implantées dans la partie malade) avec application aux aiguilles du pôle positif (eschare positive sèche, et action coagulante), trouve de nombreuses applications dans le traitement des tumeurs érectiles proprement dites; et elle compte de nombreux succès sans accidents, à la condition d'appliquer ce moyen

LYMPHANGIOME TUBÉREUX MULTIPLE

Je désignerai sous ce nom une production toute spéciale et que je n'ai observée qu'une seule fois. Elle était formée de plusieurs centaines de petites nodosités à surface lisse, de la grosseur d'une lentille ou plus petites, les unes arrondies, d'autres allongées, ne déterminant aucune démangeaison, brun rougeâtre, assez denses, siégeant dans la peau elle-même et que l'on ne pouvait déplacer qu'avec elle. Elles occupaient le tronc et la région du cou chez une femme de trente-deux ans qui les portait depuis son enfance, mais ne les avait vues se développer que dans les dernières années.

Fin de la note des Traducteurs sur le traitement des nævi vasculaires.

avec l'outillage convenable, les précautions antiseptiques de rigueur, et la compétence suffisante.

Mais l'électropuncture caustique, la cautérisation interstitielle à l'aide des aiguilles fines, que nous avons fait construire, et appliquées d'abord au traitement du lupus — Voy. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e Série, T. IV, 1883, 2^e article, p. 378, et, pour l'outillage, les figures des pages 406, 407 — très facile à exécuter, à l'aide d'appareils très simples, constitue l'agent principal. Nous repoussons, pour ces opérations minuscules et délicates, le thermo-cautère, à cause de son rayonnement trop grand, qui fait dépasser à la pointe la plus fine les limites de l'action nécessaire et de la cicatrice inévitable.

On n'oubliera pas que les lésions à réprimer sont hypervasculaires, et que l'aiguille doit être simplement portée au *rouge sombre*, condition essentielle pour n'avoir pas d'écoulement sanguin, ou pour ne le produire qu'insignifiant, et facile à réprimer à l'aide de quelques instants de compression ouatée. Ce procédé s'applique d'abord essentiellement aux *nævi télangiectasiques ponctués, stellaires* — Voy. plus haut p. 359, note 1 — dans lesquels l'étoile télangiectasique rayonnante est peu considérable, et le noyau central miliaire; il suffit ordinairement d'une seule pointe de feu au centre du noyau pour la guérison spontanée de la radiation périphérique. Cela peut être fait absolument sans douleur en insensibilisant le point central à l'aide du chlorure de méthyle appliqué seulement au point nécessaire, à l'aide d'un pinceau fin.

Si le centre est plus étendu, ou s'il s'agit d'une tache superficielle, peu élevée, au lieu d'une pointe unique, on opère à distance de deux millimètres, un véritable tatouage avec les mêmes précautions, et l'on peut aisément en une séance, ou en un petit nombre d'applications, arriver à des résultats aussi satisfaisants que possible, à la condition de se servir d'aiguilles fines, et de ne pas dépasser les limites d'action en profondeur, ou d'application en surface.

Des applications de même ordre peuvent suffire pour des nævi plus profonds et plus considérables; mais nous n'avons pas à en traiter ici.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Cette formation avait la plus grande ressemblance avec des papules syphilitiques; nulle part cependant elle ne présentait aucune trace de régression, de desquamation, ni de dépression.

Une de ces petites nodosités, que j'ai excisée pour l'examiner au microscope, présentait à la coupe un grand nombre de perforations rondes ou ovales, et des fentes allongées, nettement limitées (figure 45, I); à un

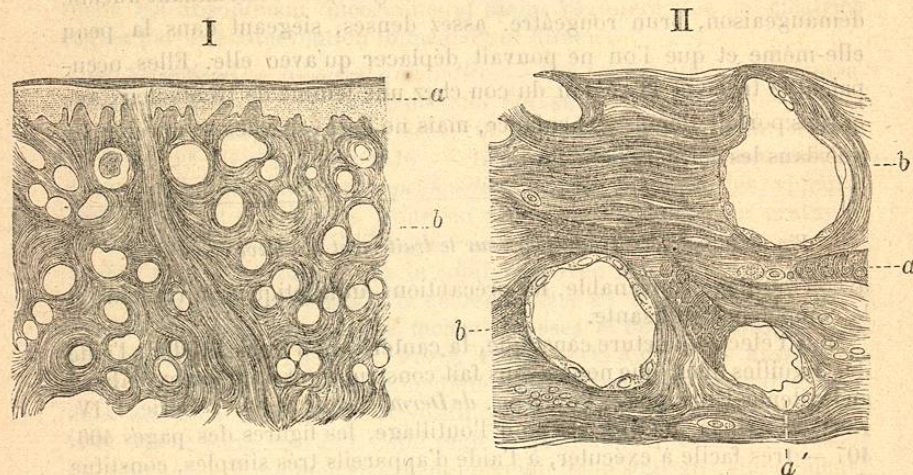


Fig. 45.

I
Coupe verticale d'une petite nodosité de lymphangiome tubéreux.

a, épiderme et couche papillaire; b, derme (percé comme un crible).

II
Une partie du précédent à un plus fort grossissement.

Coupe a longitudinale; a', oblique; b, transversale de vaisseaux lymphatiques à parois épaissies, contenant des noyaux, et à revêtement endothélial.

plus fort grossissement (figure 45, II), on les reconnaissait pour de fins vaisseaux lymphatiques, considérablement dilatés, à parois épaissies et tapissées d'endothélium. D'où le nom de lymphangiome (tubéreux multiple) que Hebra, Biesiadecki et moi, lui avons donné. Ce qui le distingue des formes décrites (makrochilie et tumeurs) comme tumeurs lymphatiques cavernueuses de beaucoup d'auteurs (Billroth, Gjorgjewic, Waldeyer, etc.) dans lesquelles les lymphatiques dilatés et de nouvelle formation se développent du tissu sous-cutané vers la peau, c'est que, dans notre cas, ces vaisseaux n'occupaient au contraire que les couches supérieures du derme. Pospelow a décrit quelques années plus tard (1879) un deuxième cas tout à fait identique au nôtre (1).

(1) Le terme de LYMPHANGIOME — *angiome lymphatique* — n'a pas encore de signification anatomique absolue; il ne peut être dissocié que théoriquement et didactiquement du terme de LYMPHANGIECTASIE

Suite de la note des Traducteurs.

— *varices lymphatiques*. De plus, il n'est pas toujours aisé de déterminer si une tumeur dans laquelle on trouve des altérations — tronculaires, radiculaires, ou lacunaires — du système lymphatique est, primitivement, un lymphangiome, ou si les altérations lymphatiques ne constituent qu'un phénomène *secondaire, accessoire, consécutif*, etc.

Ce n'est pas tout: les caractères histologiques des *espaces lymphatiques* anormaux, ou pathologiques, ne sont pas assez précis pour que l'on ait pu ne pas les confondre avec diverses espaces lacunaires kystiques, hématisques, etc., également pathologiques, de sorte que les auteurs les plus considérables ont décrit, comme *lymphangiomes*, des *hématangiomes*, des *épithélio-adénomes*, etc. Tel est le cas de l'affection décrite par le professeur KAPOSI dans le court chapitre qu'en vient de lire sous le nom de *Lymphangiome tubéreux multiple*; tels encore, différents autres exemples d'affections dénommées *lymphangiomes, nævi lymphatiques, lymphangiectasies disséminées*, etc.

La présente note est destinée à donner une esquisse de ce sujet difficile; nous y envisagerons successivement: a.) quelques pseudo-lymphangiomes; b.) les lymphangiomes; c.) les lymphangiectasies.

I. Pseudolympangiomes.

Nous réunissons particulièrement, et provisoirement, sous ce titre deux affections distinctes qui ont été décrites parmi les lymphangiomes: a.) les *cystadénomes épithéliaux bénins*; b.) les *hématangiomes lymphangioma-toïdes, kératoïdes, angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme*.

a.) Cystadénomes épithéliaux bénins.

Synonymie — *Lymphangiome tubéreux multiple*, KAPOSI; *Idradénomes éruptifs*, E. BESNIER; *épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares*, DARIER; *syringo-cystadénomes*, UNNA et TÖRÖK; *cellulomes épithéliaux éruptifs*, QUINQUAUD; *épithéliomes kystiques bénins de la peau*, JACQUET.

Quatre ou cinq fois, en dix-neuf années de pratique à l'hôpital Saint-Louis, nous avons observé des cas exactement semblables à celui que le professeur KAPOSI a désigné sous le nom de « *lymphangiome tubéreux multiple* », sans pouvoir arriver à la conclusion histologique qu'il a formulée. Toujours, en raison du siège d'élection, du mode évolutif, de la bénignité immuable des éléments éruptifs, nous avons déclaré que leurs caractères les rapprochaient des productions homéoplasiques aberrantes de l'ordre des nævi et, que, par induction, nous ne trouvions à incriminer que les appareils différenciés du derme, et vraisemblablement le système sudorifère.

Un de ces malades, que nous avons déjà observé antérieurement, et traité sans succès, étant revenu dans notre service en 1886, nous avons fait reproduire un type de ses éléments éruptifs par BARETTA — Pièce du Musée de Saint-Louis, n° 175, sous l'étiquette de *Idradénomes érup-*

Suite de la note des Traducteurs.

tifs (on a inscrit par erreur *hydradénomes*), cou et poitrine — et notre assistant distingué L. JACQUET, ayant, à notre instigation, soumis à l'examen histologique, de concours avec DARIER, des fragments biopsiques, la question est enfin entrée dans une voie progressive.

Nous ne sommes pas, avec L. JACQUET, les premiers à avoir contesté la légitimité du terme de lymphangiome appliqué à la maladie décrite d'abord par HEBRA et KAPOSI — Voyez particulièrement G. HOGGAN, On multiple lymphatic nævi of the skin, and their relation to some kindred diseases of lymphatics, Plate XVI, in *The Journ. of Anat. et Physiol.*, vol. XVIII, p. 304; III. Lymphang. tub. mult. p. 319 à 321; et L. TÖRÖK, Lymphangioma circumscriptum, *Monatsheft. f. prakt. Dermat.*, 1890, p. 418.

Sur l'identité de nos observations avec le fait de KAPOSI, il ne peut subsister de doutes : Si l'on compare, en effet, notre pièce du Musée de Saint-Louis — 4175, année 1886 — les descriptions clinique et histologique, avec chromographie et dessins histologiques de DARIER et JACQUET — Idradénomes éruptifs (épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares ou adénomes sudoripares), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. VIII, 1887, p. 317, avec chromographie et dessin histologique; de QUINQUAUD — Note sur le cellulome épithélial éruptif (épithélioma adénoïde des glandes sudoripares de Jacquet et Darier, Idradénome éruptif de Besnier, Syringo-cystadénome de Török et Unna), Congrès de dermatologie de Paris en 1889, *compte rendu*, p. 412 et et suiv.; de L. TÖRÖK — Das Syringo-Cystadenom, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, T. VIII, p. 416; de L. JACQUET — Épithéliome kystique de la peau, *ibid.*, p. 416, — il est impossible de ne pas remarquer l'analogie étroite qui les relie tous les uns aux autres :

Au point de vue clinique, même siège, même aspect des éléments, même origine et même évolution, congénitalité ou innéité vraisemblables, etc.

Sous le rapport anatomique élémentaire, tous constatent qu'il s'agit de néoplasies épithéliales du type bénin, kystiques ou cystoïdes, et si l'on confronte les dessins de KAPOSI avec la planche du mémoire de DARIER et JACQUET, on y reconnaîtra aisément, dans les kystes, quelques-uns en connexion avec un cordon plein, les « lymphatiques à parois épaissies et tapissées d'endothélium » de KAPOSI, constatations déjà faites antérieurement sur notre malade par BALZER, mais non publiées.

Les sujets qui ont été observés sont jeunes, de l'un et de l'autre sexe; l'affection qu'ils présentent ne leur cause aucun désagrément matériel, à peine un peu de prurit ou de picotement quand la température de la peau s'élève; mais elle les désoblige plus ou moins au point de vue plastique pendant la période affective de l'existence, ou encore parce qu'elle est confondue avec quelque maladie suspecte, la syphilis par exemple.

Le lieu d'élection est représenté par le col et par la région thoraco-abdominale antérieure, mais l'éruption peut être rencontrée sur les autres points du tronc et des membres, particulièrement du côté de la flexion. Très nombreux, les éléments éruptifs sont lenticulaires,

Suite de la note des Traducteurs.

constitués de papulo-tubercules ne dépassant guère en profondeur l'étage moyen du derme, et ne surplombant la surface que de 1 à 3 millimètres environ. Quelquefois voisins, jamais en groupes réguliers, toujours disséminés; au thorax très visiblement disposés en séries linéaires ou en rangées parallèles dans la direction des crêtes qui couronnent les orifices sudoripares; d'une teinte rosée jaune variable; à surface non desquamative, lisse ou finement plissée, sans dépression, ni ombilic, ni ostium; d'une forme plus ou moins régulièrement arrondie ou ovale; à peu près de la consistance du derme normal, et variables du volume d'une épingle à celui d'un petit pois ou d'une lentille qu'ils ne paraissent pas pouvoir dépasser, quelle que soit leur ancienneté. Ils n'ont aucune tendance à la régression, progressent, puis stationnent comme les nævi, ne sont le siège d'aucune exsudation, d'aucun phénomène irritatif, ne s'ulcèrent ni ne dégèrent; leur bénignité est absolue.

La guérison de ces lésions, aussi bien que celle des nævi, ne s'obtient que par destruction; l'électrolyse, la galvanocaustique, le thermocautère, sont les meilleurs moyens et les plus simples. Tous les autres agents, locaux ou généraux, ont été essayés par nous sans succès.

Du consentement commun de tous les histologistes que nous avons cités (DARIER, JACQUET, UNNA, TÖRÖK, QUINQUAUD), il s'agit dans cette affection de petits *épithéliomes kystiques*, de nature bénigne (il faut ajouter absolument bénigne). Les dissentiments commencent quand il s'agit d'interpréter les faits au point de vue de l'histogénèse: DARIER croit à un *bourgeonnement émané des glandes sudoripares adultes*, tan dis que UNNA et TÖRÖK admettent un *développement anormal des germes embryonnaires des glandes sudoripares*. QUINQUAUD déclare ne pouvoir reconnaître d'une manière positive et certaine l'origine exacte de ces productions.

Certes, dit-il, — *loc. sup. cit.*, p. 416, — les dimensions, la forme peuvent faire penser que l'épithélium du canal excréteur sudoral en est le point de départ (DARIER), mais la chose n'est pas absolument certaine. Or, quand un fait n'est pas certain, il est préférable de rester dans le doute, tout en essayant à découvrir la vérité par tous les moyens possibles.

Nous pensons que des cellules épithéliales aberrantes peuvent devenir le point de départ du cellulome éruptif qui aurait, ainsi, une origine congénitale, avec une évolution tardive dans le jeune âge. Cette hypothèse nous paraît, pour le moment, la plus plausible et s'accordant le mieux avec la clinique et l'anatomie pathologique.

J'arrive (QUINQUAUD) à conclure qu'il s'agit là d'un *cellulome épithélial éruptif kystique*, c'est-à-dire d'une tumeur bénigne d'origine épithéliale. Je distingue, en effet, les tumeurs qui dérivent de l'épithélium en deux catégories: les unes, les cellulomes épithéliaux, qui sont des tumeurs bénignes; les diverses variétés d'épithéliome classique, qui sont des tumeurs malignes.

Appuyant les doutes philosophiques émis par Quinquaud, JACQUET, selon la théorie des inclusions cellulaires de Conheim, considère que les