

Die adenome, in *Handb. d. allg. u. spec. chir.* v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 1, H. 2, s. 273, Erl., 1869 (Bibliog.). — J. Paget et C. H. Moore, *Glandular Tumours*, in *A System of Surgery*, by Holmes, vol. I, p. 539, London, 1870.

§ 12. — Tumeurs mélaniques.

Ces tumeurs ne doivent pas être confondues avec les *mélanoses*; celles-ci, en effet, sont des *imprégnations* des tissus par une matière colorante noire spéciale ou venant du sang (Ch. Robin).

Les *mélanoses* sont divisées en quatre classes par le professeur Ch. Robin :

1° Les *mélanoses* par introduction dans l'économie des poussières noires (tatouage);

2° Les *mélanoses* par formation dans l'économie de composés chimiques de couleur noire (abcès, trajets fistuleux anciens);

3° Les *mélanoses* hématisées, résultant des modifications subies par les matières colorantes du sang et de la bile;

Enfin 4° les *mélanoses mélaniques* ou *mélanoses proprement dites*, les seules qui doivent attirer notre attention.

La *mélanose mélanique* est caractérisée par la production de granules de mélanine ou mélaïne dans l'épaisseur ou dans les interstices des éléments anatomiques des tissus normaux ou accidentellement développés (Ch. Robin).

Il résulte de cette définition que la *mélanose proprement dite* ne forme pas fatalement une tumeur, mais on conçoit que dans certains cas il en soit autrement.

Laënnec, étudiant plus spécialement cette *mélanose proprement dite*, la considérait comme une production accidentelle *sui generis*, qui pouvait être enkystée ou non, infiltrée ou en lames.

Plus tard, avons-nous dit, on constata que cette *mélanose* résultait d'une production de granulations pigmentaires dans les éléments des tissus soit physiologiques, soit pathologiques; de là l'existence possible de *tumeurs mélaniques simples*, c'est-à-dire résultant d'une accumulation anormale de pigment dans des tissus normaux, et aussi la production de *tumeurs mélaniques pathologiques* ou mieux *composées*, tenant à l'existence du pigment dans les éléments d'un néoplasme comme le fibrôme, le sarcôme et le carcinôme.

Ajoutons de suite que ces dernières variétés de tumeurs ont été déjà décrites aux chapitres consacrés à l'étude du sarcôme et du carcinôme.

Quant aux fibrômes mélaniques observés chez les animaux et plus

particulièrement chez le cheval, leur existence est jusqu'à un certain point contestable chez l'homme; au moins Virchow les range-t-il parmi les sarcômes, alors que Billroth et un peu Lücke semblent les regarder comme des fibrômes. Toujours est-il que ces productions appartiennent surtout à la peau et y constituent les *taches pigmentaires congénitales*.

Il ne nous reste donc à examiner ici que les tumeurs mélaniques simples, véritables *mélanômes*. Ces productions sont loin d'être admises par tous les anatomo-pathologistes, et après Virchow, la plupart des auteurs ne comprennent sous le nom de *mélanômes* que des sarcômes ou des carcinômes mélaniques (Lücke, Billroth, etc.). Seuls Cornil et Ranvier les décrivent sous le nom de *masses mélaniques* simples, circonscrites sous forme de tumeurs.

Dans ces cas, les granulations pigmentaires mélaniques s'accumulent non plus dans des cellules de nouvelle formation, mais dans des éléments normaux préexistants. Ces éléments ne tardent pas à être altérés, et, par suite de l'accumulation constante du pigment, le tissu physiologique est détruit et remplacé « par un nodule ou une tumeur ramollie à son centre » (Cornil et Ranvier).

Ces productions morbides se distinguent des *nœvi pigmentaires cutanés* et de la pigmentation des centres nerveux par leur marche envahissante, destructive, et surtout par leur généralisation dans tous les tissus et organes. En un mot, elles affectent la marche clinique des productions les plus malignes (Cornil et Ranvier).

Ces tumeurs sont très-rares, puisque Cornil et Ranvier n'en ont observé qu'un seul cas (obs. de Landrieux), auquel il faudrait ajouter le fait publié par Dubreuil et Lancereaux (?).

Notons en terminant que si les tumeurs mélaniques simples, telle que nous venons de les décrire d'après Cornil et Ranvier, se généralisent en infiltrant de matière mélanique la plupart des tissus et des organes, il peut en être de même pour certaines tumeurs mélaniques composées, c'est-à-dire formées de tissu pathologique pigmenté. Cette généralisation s'observerait jusque dans le tissu nerveux central, dans les glandes, et surtout dans les os, où le tissu propre est raréfié, et les granules pigmentaires sont libres ou inclus dans les éléments normaux de l'os et de la moelle (Ch. Robin).

L'apparition de pigment dans les éléments du tissu conjonctif, dans les épithéliums, dans les faisceaux musculaires, démontrerait, pour Cornil et Ranvier, que le pigment ne vient pas directement de la matière colorante du sang. Telle n'est pas l'opinion de Virchow, de Rindfleisch et surtout de Nepveu, qui aurait observé des granulations pigmentaires dans les globules blancs du sang, dans le sérum et dans l'urine.

tout
soie
L
tabl
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'a
infl
infl
d'a
ma
S
ass
par
ren
fee

fla
pre
cot
de
mé

su
su

co
so

sp
ve

si
ru

La présence d'une matière colorante noire (uro-mélanine) dans l'urine des individus porteurs de tumeurs mélaniques simples ou composées, semble encore plaider en faveur de l'origine sanguine de la matière pigmentaire ou mélanine (Lerch, Eiselt, Pibram, Hoppe-Seyler, etc.). Mais il faut dire que cette matière colorante est loin d'être constante, puisque Lücke affirme ne l'avoir jamais rencontrée; aussi ce dernier auteur admet-il que les tumeurs pigmentaires ne peuvent se produire que dans les points où normalement il existe du pigment et par dérivation directe de ce dernier.

Les *symptômes* fournis par les tumeurs mélaniques véritables sont absolument analogues à ceux que donnent les sarcomes ou les carcinomes pigmentés, aussi croyons-nous impossible de formuler, au moins actuellement, un diagnostic différentiel.

Quant au *pronostic*, il est dans tous les cas d'une extrême gravité; si bien que l'utilité de l'intervention chirurgicale pourrait être discutée (Billroth).

Signalons en terminant les tentatives d'inoculation de la mélanose faites par Goujon et Nepveu.

BIBLIOGRAPHIE. — Laënnec, *Note sur l'Anat. path. l.*, in *Journ. de méd. de Corvisart*, t. IX, p. 360, an XII. — *Ibid.*, *Traité d'auscultat.*, 2^e éd., t. II, p. 26 et suiv., 1826. — Breschet, *Consid. sur une alt. organ. app. dégénér. noire, mélanose, etc.* Paris, 1821. — Trousseau et Leblanc, *De la mélanose*, in *Arch. gén. de méd.*, 1826, t. XVII, p. 165. — Dezeimeris, *De la mélanose*, in *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XX, p. 328. — A. Cazenave, *Mélanose*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XIX, p. 321, 1839 (Bibliographie). — Melsens, *Rech. chimiq. sur la mat. des mélanoses*, in *C. rend. de l'Ac. des sciences*, t. XIX, p. 1292, 1844. — Lebert, *Mélanose, etc.*; in *Physiol. pathol.*, t. II, p. 3, Paris, 1845. — Paget, in *Lectures on Surg. pathol.*, vol. II, p. 481, London, 1853. — Lebert, *Tumeurs mélaniques*, in *Traité d'An. path. génér. et spéciale*, t. I, p. 113, Paris, 1855-57. — Th. Eiselt, *Die diagnose des pigment. Krebs durch d. Urin*, in *Prager Vierteljahrs.*, 1858, Bd. LIX, s. 190, et *Ibid.*, 1861, Bd. LXX, s. 110. — O. Pemberton, *Melanosis*, in *Obs. on the hist. path., etc., of cancer diseases*, part. I, p. 3 et 19, London, 1858. — Lancereaux et Dubreuil, *Observ.*, in *C. rend. et Mém. de la Société de biologie*, 1860, p. 19 et 111. — Gautret, *De la mélanose*, th. de Paris, 1863, n^o 2. — Virchow, *Krankhaft. Geschwülste*, Bd. II, 1864, Berlin (trad. franç.), t. II, p. 230 et suiv., 1869. — Benj. Anger et Worthington, *Mélanomes*, Paris, 1866. — V. Peulevé, *Contrib. à l'étude de la mélanose généralisée*, th. de Paris, 1866, n^o 290. — Cornil et Trasbot, *De la mélanose*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, p. 319, 1867-68. — Billroth, *T. mélanotiques*, in *El. de path. ch. génér.*, p. 803 (trad. franç.), Paris, 1868. — A. Lücke, *Die Melanot. Geschw.*, in *Handb. d. allg. u. speciell. chir.*, v. Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 1, H. 2, s. 239, 1869. — Nepveu, *Contrib. à l'étude des tumeurs mé-*

laniques (*Mém. lu à la Soc. de biologie*, mai 1872), in *Gazette médicale*, p. 335, Paris, 1872 (Bibliogr.). — Ch. Robin, art. MÉLANOSE, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. VI, p. 372, 1873 (Bibliographie). — Nepveu, *Contre-indic. à l'extirp. des tum. mélaniques*, in *Soc. de biologie*, 17 janvier 1874. — E. Clauzel, *Du diagnostic de la général. des tum. mélan.*, etc., thèse de Paris, 1874, n^o 309.

§ 13. — Angiômes ou Tumeurs érectiles.

Ces tumeurs sont principalement formées par le développement anormal des vaisseaux dits capillaires (Follin) ou plutôt des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines (Broca). Cette dernière expression a l'avantage de ne préjuger en rien sur la nature des conduits vasculaires qui sont dilatés et multipliés (Broca).

Les angiômes ne résultent pas en effet d'une simple dilatation des vaisseaux préexistants, mais bien aussi d'une néoformation de canaux vasculaires, ce qui permet de les distinguer des dilatations artérielles (voyez les *Anévrysmes*) et des dilatations veineuses (voyez les *Varices*).

Synonymie. — Décrites sous les noms de *Loupes variqueuses* (J. L. Petit), d'*Anévrysmes par anastomoses* (John Bell, Abernethy), de *Tumeurs fongueuses sanguines* (Boyer, Roux), de *Fongus hématomodes* (Delpech, Maunoir, Lobstein), ces tumeurs ont été appelées *Tumeurs érectiles* par Dupuytren, et c'est sous cette dénomination qu'elles sont surtout connues en France (Broca). Ce sont les Allemands qui les ont désignées sous les noms de *Télangiectasies*, d'*Angiectasies* (v. Græfe, Ph. v. Walther, etc.), et plus récemment d'*Angiômes* (Virchow); déjà, il est vrai, Follin leur proposait le nom d'*Angionômes*.

Classification. — Après Dupuytren, qui n'admettait qu'un type anatomique de tumeur érectile, Roux, Gerdy en décrivent cinq et jusqu'à sept variétés, ce qui était exagéré et résultait d'une confusion avec d'autres tumeurs vasculaires.

La plupart des cliniciens qui suivirent n'admirent plus que trois types, selon que les productions étaient artérielles, veineuses ou bien mixtes; notons que l'existence de cette dernière variété paraît contestable au professeur Broca, aussi décrit-il des tumeurs érectiles artérielles et des tumeurs érectiles veineuses, ne tenant compte d'ailleurs que de la marche clinique de ces deux variétés d'angiômes. A cette manière de voir on peut opposer celle de J. Cruveilhier, qui faisait naître toutes les tumeurs érectiles des capillaires proprement dits.

Plus récemment, enfin, les recherches anatomo-pathologiques des

tout
soier
La
table
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'al
infla
infla
d'ai
ma
S
asse
par
ren
fect

I
fla
pré
cor
des
mé
I
sur
suc

co
so
sp
ve
sit
ru

auteurs, allemands et surtout celles de Virchow, ont permis de diviser les angiômes en 1^o *Angiômes simples*, et 2^o *Angiômes caverneux*.

Les angiômes simples sont des tumeurs dans lesquelles les vaisseaux de nouvelle formation sont semblables aux vaisseaux normaux, artères, veines et capillaires (Cornil et Ranvier).

Les angiômes caverneux sont des productions dans lesquelles « le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caveur des organes érectiles » (Cornil et Ranvier).

Anatomie et Physiologie pathologiques. — Elle diffère selon que la tumeur est un angiôme simple ou un angiôme caveur.

I. Dans l'angiôme simple ou angiôme capillaire (Bœckel) (*Nævus congénital, Téliangiectasie*), la production morbide ne donne souvent lieu à aucune tuméfaction (Lücke), mais constitue une tache diversément colorée en rouge vif ou en bleu-violet, offrant une certaine saillie et présentant parfois une tendance à se pédiculiser et à former une tumeur (*Angiôme tubéreux* de Lücke).

Cette production résulte d'une néoformation de capillaires présentant des dilatations régulières ou non, et affectant une forme très-flexueuse. Ce sont ces flexuosités qui donnent lieu aux petits pelotons vasculaires désignés par L. Porta sous le nom de *Granulations* (Broca). Les vaisseaux de l'angiôme simple sont dilatés, leur structure est celle des capillaires, leurs parois sont riches en noyaux (Cornil et Ranvier). Entre les canaux vasculaires, qui forment la plus grande partie de la tumeur, se trouve un stroma fibreux ou cellulo-adipeux, offrant à l'œil nu une coloration rougeâtre; c'est cet aspect et la présence des vésicules de graisse qui a fait désigner certaines de ces tumeurs sous le nom de *nævus lipomateux*.

Tel que nous venons de le décrire, l'angiôme simple correspond tout à fait au premier degré (*dilatation*), admis par le professeur Broca, dans l'évolution des tumeurs érectiles.

II. L'angiôme caveur (*Tumeur érectile véritable, Fongus hématoïde*, etc.) est formé, avons-nous déjà dit, par un tissu analogue au tissu des organes érectiles, dont les cavités ou alvéoles sont remplies de sang (Cornil et Ranvier). Ces alvéoles sont circonscrites par des cloisons fibreuses renfermant parfois des éléments musculaires lisses et des vésicules adipeuses. Dans quelques cas, ces cloisons fibreuses possèdent des vaisseaux, véritables vasa vasorum, et même des nerfs (Esmarch). Les cavités des alvéoles sont tapissées d'un endothélium à cellules aplaties et fusiformes, confondues parfois avec des éléments fibro-plastiques (J. Müller, Lebert). Quant au sang que renferment les alvéoles, il contient peu de globules blancs, ce qui indique une

circulation assez active dans toute la masse aréolaire qui constitue la production morbide (Cornil et Ranvier).

L'angiôme caveur correspond au troisième degré admis par Broca dans l'évolution des tumeurs érectiles et résultant, dit-il, de la rupture des vaisseaux dilatés et flexueux. Cette rupture entraînerait la formation de cavités irrégulières creusées dans les tissus voisins, communiquant toutes ensemble et avec les vaisseaux rompus.

En fait, l'angiôme caveur serait un degré plus avancé de l'angiôme simple (Bœckel), toutefois Broca apporte quelques restrictions dans cette manière de voir, en faveur de laquelle plaide l'existence de tumeurs mixtes ou intermédiaires entre l'angiôme simple et l'angiôme caveur. Parmi ces dernières productions on pourrait peut-être ranger le deuxième degré des tumeurs érectiles de Broca, qui serait caractérisé par la dilatation irrégulière, sacciforme, cirsoïde, des capillaires nouvellement formés (Ch. Robin, Follin). Quoi qu'il en soit, ce deuxième degré n'est pas fatalement intermédiaire entre l'angiôme simple et l'angiôme caveur, premier et troisième degré du professeur Broca.

Le mode de *développement* des angiômes est encore controversé (E. Bœckel); dans tous les cas, on ne peut plus admettre la théorie de Rokitansky, qui croyait à la production d'un tissu aréolaire, isolé primitivement des vaisseaux et ne communiquant avec eux qu'ultérieurement. Förster, Virchow, Broca, pensent que les vaisseaux nouveaux proviennent des anciens par un véritable bourgeonnement. Quant à Rindfleisch, il range les angiômes parmi les fibrômes, en ce sens que pour lui, l'élément vasculaire ne se développerait que plus tard; notons que cette manière de voir ne s'applique qu'aux angiômes caveurs, chez lesquels, comme nous l'avons dit, la trame est fibreuse. Il y aurait là une *métamorphose caveuse* d'un fibrôme (Rindfleisch).

Enfin, lorsqu'un angiôme est en voie de développement actif, il se produit du tissu embryonnaire et des capillaires, qui se dilatent, arrivent au contact les uns des autres, et finissent par communiquer, formant ainsi un système capillaire à grandes dilatations caveuses (Cornil et Ranvier). Virchow a observé ce processus dans les angiômes caveurs du foie.

Les angiômes peuvent être *diffus* ou bien *circonscrits* et comme enkystés (*angiômes capsulés* de Virchow); ce sont les angiômes caveurs qui souvent présentent cette forme circonscrite (Bœckel).

Tandis que les angiômes cutanés sont presque tous simples, les angiômes profonds ou bien sous-cutanés sont le plus souvent caveurs. Cela tient-il à ce que la première phase de la lésion passe

inaperçue (Ch. Monod)? Le fait est possible. Quoi qu'il en soit, il est bon d'ajouter que les angiômes caverneux ont été divisés par Virchow, d'après leur origine, en 1° *Angiômes lipogènes*, c'est-à-dire naissant du tissu adipeux; 2° *Angiômes phlébogènes*, lorsqu'ils se développent aux dépens des vasa vasorum des veines (?); enfin 3° *Angiômes fissuraux*, quand ils apparaissent au niveau des fentes branchiales (paupières, lèvres, etc.).

Les angiômes, et surtout les angiômes caverneux, peuvent subir un certain nombre de modifications ou plutôt d'altérations nutritives (Cornil et Ranvier).

Avec le professeur Broca, quelques auteurs ont admis la transformation graisseuse de la tumeur; de là les noms d'*angiôme*, de *nævus lipomateux*, *télangiectasie lipomatode* (Chelius), *nævus lipomatodes* (Ph. v. Walter), qui prêtent à confusion, car des productions différentes ont été décrites sous ces diverses dénominations (Ch. Monod). D'ailleurs, comme l'a dit Virchow, un grand nombre d'angiômes naissant du tissu graisseux, il n'est pas étonnant qu'ils contiennent entre leurs mailles du tissu adipeux; tel est le cas des angiômes simples sous-cutanés et circonscrits, étudiés récemment par Ch. Monod.

Souvent les angiômes subissent une transformation fibreuse par suite de l'hypertrophie de leur stroma, qui, peu à peu, étouffe en quelque sorte l'élément vasculaire. Ces phénomènes succèdent le plus ordinairement à un état inflammatoire de la masse morbide, inflammation spontanée ou traumatique que le chirurgien doit se proposer de développer pour guérir certaines formes d'angiômes.

Enfin, les parois vasculaires des tumeurs peuvent devenir le siège de concrétions calcaires, sortes de phlébolithes (Broca); ou bien les vaisseaux venant à s'oblitérer par places, il en résulte des transformations kystiques signalées par C. Hawkins, Lebert, Holmes-Cootes et Bickersteeth (Broca). Pour Cornil et Ranvier, l'isolement d'un bourgeon vasculaire et les transformations du sang qu'il contient expliquent parfaitement la présence des kystes à contenu séreux signalés dans les angiômes. Laboulbène, Cruveilhier, Michel (de Strasbourg), ont observé des kystes multiples renfermant du mucus ou de la sérosité (Bœckel). Enfin, on a admis que les angiômes caverneux pouvaient se remplir de couches fibrineuses stratifiées, comme cela arrive pour les anévrysmes (E. Bœckel) (?).

Les angiômes peuvent présenter un certain nombre de complications sur lesquelles nous ne ferons qu'attirer l'attention.

Si, dans quelques cas, les vaisseaux afférents et efférents de l'angiôme ne sont dilatés que dans l'intérieur même de la production morbide, il peut arriver que cette dilatation se manifeste au delà, soit

sur les artères, soit sur les veines. Ce sont des dilatations artérielles qui s'observent le plus souvent, et l'angiôme se transforme en *Anévrysme cirsoïde* (*angiôme cirsoïde*), que nous étudierons plus loin. Les dilatations veineuses sont plus rares, aussi ont-elles peu attiré l'attention des cliniciens; dans tous les cas, elles ne s'étendent jamais très-loin (Broca), et résulteraient de la distension qui suit l'arrivée considérable de sang dans la tumeur érectile (Broca). Le mécanisme de la dilatation des artères sera exposé plus loin à propos des anévrysmes cirsoïdes.

Un fait sur lequel il est utile d'insister, c'est que les angiômes simples ou caverneux sont tous facilement injectés par les artères (Virchow); aussi la distinction qu'on a voulu établir entre les angiômes veineux et les angiômes artériels n'existe-t-elle pas au point de vue anatomo-pathologique. D'ailleurs elle ne se base guère que sur la coloration bleue ou rouge de la production morbide, c'est-à-dire sur un symptôme qui ne tiendrait pas seulement à la couleur du sang qui circule dans la tumeur, mais aussi à l'épaisseur et à la translucidité des parties qui recouvrent la production morbide (E. Bœckel) (?).

Etiologie et Siège. — Quelques auteurs (Wardrop) croient à l'origine congénitale de tous les angiômes; d'autres, au contraire, admettent que quelques-uns d'entre eux peuvent naître à l'âge adulte (Porta, Broca, Lücke). Toutefois, avec Lebert, E. Bœckel, on peut dire que la majorité de ces tumeurs sont congénitales.

Quant aux angiômes qui apparaissent après la naissance, quelques-uns succéderaient à des contusions, à des plaies (Porta, Bell, Paget, Lücke, etc.); de là même pour E. Bœckel la fréquence des angiômes à l'extrémité céphalique la plus exposée aux traumatismes lors de l'accouchement (?).

Les femmes plus que les hommes présentent des angiômes uniques ou multiples; à cet égard, on peut dire, avec le professeur Broca, que les taches vasculaires (*nævus materni*) sont très-souvent multiples, tandis que les tumeurs véritables sont ordinairement uniques. Cependant il existe des faits d'angiômes multiples semblant développés par suite d'une sorte de diathèse (Gautier, Cruveilhier, etc.).

Les émotions, les désirs de la mère n'ont aucune influence sur l'apparition des angiômes; c'est là un fait aujourd'hui jugé et sur lequel il n'est pas besoin d'insister (Broca, Bœckel). Lücke parle cependant de l'hérédité.

Le *siège* des angiômes est très-variable, et on peut dire qu'ils se rencontrent dans tous les tissus pourvus d'un réseau capillaire (Broca). La peau, les muqueuses et en particulier celles qui ta-

piessent les orifices naturels (lèvres, nez, joues, etc.), le tissu cellulaire sous-cutané, sont plus spécialement le siège des angiômes. Toutefois on en trouve dans les muscles (Robin, Holmes-Coote, Cruveilhier, etc.), dans les os (Verneuil, etc.), dans les viscères (cerveau, foie, rate, sein, etc.). Ces derniers angiômes ont été surtout étudiés par Virchow; ce sont les *angiômes internes* de quelques auteurs (Cornil et Ranvier, E. Bœckel).

Certaines régions sont plus souvent atteintes que d'autres, et parmi elles il faut citer en première ligne la tête (Porta, Lebert, Broca, etc.). Virchow attribue ce fait à la multiplicité des fentes branchiales, d'où le nom d'*angiômes fissuraux* qu'il a donné aux productions vasculaires situées au pourtour des orifices naturels de la face.

Symptomatologie. — Comme le fait remarquer le professeur Broca, les caractères cliniques des angiômes varient selon qu'ils siègent dans la peau, dans les muqueuses ou bien dans les tissus profonds.

I. Les *angiômes cutanés* se présentent sous l'aspect de taches ou de tumeurs.

Les *taches* sont ordinairement colorées en rose ou en rouge, elles sont donc *artérielles* (Broca); tantôt très-petites, tantôt un peu plus étendues, leurs contours ne sont pas bien délimités; elles disparaissent par la pression du doigt, et leur coloration augmente lors des cris ou des efforts. Les taches peuvent disparaître spontanément (Depaul, Broca), rester stationnaires, ou bien augmenter et former des tumeurs.

Dans quelques cas, les taches cutanées sont bleuâtres, violacées (*taches de vin, vineuses, lie de vin*), elles sont dites *veineuses* (Broca). Tantôt diffuses, tantôt circonscrites, elles peuvent acquérir des dimensions considérables et former alors un léger relief; souvent aussi elles atteignent les tissus sous-jacents à la peau. La pression du doigt ne les fait pas disparaître complètement et les efforts y déterminent une certaine turgescence. Pour Broca, ces taches sont toujours *congénitales*.

Les angiômes ou tumeurs érectiles cutanées sont circonscrites ou diffuses; leur origine congénitale n'est pas constante, et ces productions peuvent apparaître à l'âge adulte (Broca). Quoi qu'il en soit, elles forment des tumeurs arrondies, assez petites, hémisphériques, pédiculées parfois, qui ont été comparées à des fruits divers. Leur couleur est variable, tantôt rouge (tumeurs artérielles), tantôt bleuâtre (tumeurs veineuses), la pression tend à les décolorer, les efforts les rendent turgides. En général elles restent stationnaires et ne donnent pas lieu à de sérieux accidents.

Les angiômes cutanés diffus développés primitivement ou résultant de l'évolution d'une tache érectile, offrent, au contraire, une marche envahissante et grave; ils sont, en général, colorés en rouge et, par conséquent, rentrent dans la classe des tumeurs érectiles artérielles.

II. Les *angiômes des muqueuses* forment rarement de simples taches, et le plus souvent même le tissu sous-muqueux est envahi par la lésion vasculaire. Tantôt circonscrites, tantôt diffuses, ces productions morbides offrent d'ordinaire la coloration bleuâtre des tumeurs dites veineuses. Le professeur Broca pense que la plupart de ces angiômes sont acquis, et que les tumeurs colorées en rouge ou dites artérielles seraient les seules qui soient très-certainement congénitales. Ce sont aussi ces dernières qui offriraient une certaine tendance à envahir les tissus voisins, si surtout elles ne sont pas circonscrites primitivement. En résumé, ces tumeurs se comportent, selon leurs formes et leurs variétés, comme celles de la peau (Broca).

III. Les *angiômes sous-cutanés* sont consécutifs à des taches ou à des tumeurs cutanées, ou bien se développent spontanément dans le tissu conjonctif sous-cutané. Ils donnent lieu à des tumeurs molles d'une consistance spongieuse, homogène, présentant parfois des indurations, un peu réductibles par une pression méthodique; elles reviennent vite à leur état primitif dès qu'on cesse de les comprimer.

Les cris, les efforts ne changent guère leur volume; parfois elles offrent à leur pourtour des vaisseaux veineux ou artériels dilatés, et ces derniers sont surtout visibles lorsque l'angiôme siège sur un plan osseux résistant. Dans quelques cas ces tumeurs sont le siège de pulsations appréciables à la vue, au toucher ou au sphymographe, et quelques auteurs les décrivent alors sous le nom d'*Anévrysmes par anastomoses*. Souvent aussi elles donnent naissance à un bruit de souffle plus ou moins doux, qui peut être double (Broca).

Pour Broca, ces tumeurs ordinairement artérielles tendraient souvent à s'accroître; ce qui n'est pas toujours constant, d'après Ch. Monod. Ce dernier, en effet, a relaté un certain nombre de cas d'angiômes simples sous-cutanés parfaitement circonscrits, nettement séparés des tissus voisins, et plongés dans l'atmosphère cellulo-graisseuse sous-jacente à la peau qui présentait à ce niveau une coloration bleuâtre. La consistance de ces tumeurs était molle, un peu rénitente et élastique; elles donnent au doigt la sensation du lipôme; ne sont ni réductibles, ni pulsatiles, ni érectiles. Les vaisseaux voisins, veines ou artères, ne sont pas généralement dilatés, enfin elles ne déterminent ni douleur, ni gêne quelconque.

tout
soie
La
table
ont
leur
prés
O
cha
enfi
L
d'at
infla
infla
d'ai
ma
S
asse
pan
ren
fect

I
flan
pré
cor
des
mé
I
sur
suc

co
so

sp
ve

sit
ru

IV. Quant aux tumeurs érectiles ou *angiômes profonds*, nous ne ferons que signaler ceux qui sont accessibles aux moyens chirurgicaux : tels sont les angiômes de l'orbite, ceux des os et des muscles. Ces productions morbides seront étudiées plus loin, aussi n'y insisterons nous pas ici.

Marche et Terminaisons. — Les angiômes peuvent rester stationnaires, guérir spontanément, ou bien enfin s'accroître et nécessiter une intervention chirurgicale active.

La guérison spontanée est *naturelle* ou *accidentelle* (Broca). Dans le premier cas, il y aurait atrophie de la tumeur, en ce sens que celle-ci disparaît spontanément; ce fait ne s'observe guère que sur des taches ou des tumeurs cutanées artérielles et dans le jeune âge.

Dans le second cas, la guérison résulte d'un travail inflammatoire débutant sans cause connue, à la suite d'un traumatisme, ou bien succédant à des ulcérations superficielles de la peau. Ces ulcérations peuvent donner lieu à des hémorragies d'ordinaire peu inquiétantes; les points ulcérés se couvrent de bourgeons charnus, et il en résulte une cicatrice blanche sur laquelle la maladie ne se reproduit pas (A. Bérard). Toujours est-il, c'est que les vaisseaux sont oblitérés par l'inflammation, et que la production tend à se transformer en une tumeur fibreuse, comme nous l'avons déjà dit à propos de l'anatomie pathologique.

Quelquefois, enfin, des angiômes ont pu se gangréner à la suite d'inflammation violente (Pelletan, Wardrop, Gautier).

Lorsque les angiômes augmentent de volume, leur accroissement peut être continu ou bien intermittent. Une tumeur longtemps stationnaire peut augmenter à la suite d'une contusion et prendre rapidement une marche alarmante.

Quelques angiômes semblent surtout s'accroître au moment des règles, lors de la gestation; d'autres, et en particulier ceux qu'on décrit cliniquement sous le nom de tumeurs érectiles veineuses, peuvent rester stationnaires à partir du moment où s'établit la puberté.

Les angiômes compliqués de dilatations artérielles périphériques ont une marche envahissante très-rapide; ce sont ceux qui, plus que les autres, peuvent s'ulcérer, tantôt superficiellement, tantôt profondément, d'où l'apparition d'hémorragies graves, de productions fongueuses saignant au moindre effort ou au moindre contact (Broca); d'où aussi la possibilité d'une guérison spontanée, suite d'inflammation.

Diagnostic. — Les angiômes cutanés et muqueux accessibles à la

vue sont tellement faciles à reconnaître qu'ils ne peuvent donner lieu à des erreurs (Broca). Toutefois un petit angiôme sous-muqueux de la joue a pu être pris pour une tumeur mélanique.

Le diagnostic des angiômes sous-cutanés est bien plus difficile, si surtout ils ne résultent pas de l'accroissement d'une tache ou d'une tumeur cutanée. Ces tumeurs sont confondues avec des lipômes ou des fibrômes, et cela avec d'autant plus de facilité que ces néoformations peuvent elles-mêmes devenir le siège d'une vascularisation anormale (Ch. Monod). L'origine ancienne ou congénitale de la tumeur, sa réductibilité partielle, les dilatations artérielles ou veineuses périphériques, enfin la coloration bleuâtre des téguments (Ch. Monod), pourront aider à ce diagnostic toujours fort difficile et parfois impossible.

Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic des angiômes des parties profondes, comme ceux de l'orbite, des os, des muscles, etc.

Pronostic. — Il est très-variable; toutefois les angiômes profonds seraient plus graves que les superficiels, et les tumeurs dites artérielles plus graves que les tumeurs dites veineuses (Broca). Comme nous l'avons déjà dit, la gravité du pronostic dépend beaucoup de la diffusion de certains angiômes et de leurs complications, en particulier les dilatations des vaisseaux afférents et efférents de la tumeur.

Presque tous les auteurs français admettent que les angiômes dits artériels, tout en offrant un pronostic sérieux au point de vue de l'accroissement, ont l'avantage de pouvoir se guérir plus facilement sous l'influence d'une inflammation spontanée ou provoquée par le chirurgien. Les angiômes dits veineux, au contraire, ont une marche plus lente et souvent stationnaire, mais ils résistent plus à l'action des moyens chirurgicaux (Nélaton, *Comp. de chirurgie*).

Traitement. — Malgaigne (1) a divisé les divers modes de traitement des tumeurs érectiles en trois grandes méthodes, selon qu'on se propose 1° d'empêcher le sang d'arriver à la tumeur; 2° d'oblitérer par inflammation les vaisseaux qui arrivent à la production morbide; 3° d'opérer la destruction ou l'ablation de la tumeur.

Première méthode. *Méthode hémostatique.* — Elle compte quatre procédés, qui sont :

a. Les *réfrigérants* (Abernethy). — Ils sont peu efficaces; on les unit aux *astringents*. Quelques chirurgiens ont utilisé les badigeonnages au perchlorure de fer (L. Le Fort, Broca).

(1) *Manuel de méd. opératoire*, 8^e éd., par L. Le Fort, 1^{re} partie, p. 140, 1874.

b. La *compression*. — Elle convient tout au plus aux tumeurs d'un petit volume.

c. La *ligature*, soit des artères secondaires qui vont se rendre directement à la tumeur, soit du tronc principal (Travers). Ce procédé compte des succès, mais aussi des accidents. Malgaigne a proposé la ligature des troncs veineux pour les tumeurs érectiles dites veineuses.

d. L'*incision circulaire autour de la tumeur*. — Celle-ci doit être faite sur les tissus sains et doit diviser la peau et le tissu cellulaire sous-jacent (Physick, Lawrence). Ce procédé est infidèle et ne peut être appliqué qu'à un nombre de cas très-restreint.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Méthode phlogistique*. — Elle compte sept procédés :

a. *Ponction avec broiement*. — Ce procédé a réussi dans des cas de tumeurs peu volumineuses (Marshall-Hall).

b. *Vaccination*. (Cumin). — Bon procédé, mais qui ne peut être appliqué que dans des circonstances toutes particulières. Le vaccin peut amener l'oblitération de la tumeur, soit par piqûres multiples, quand celle-ci est peu volumineuse, soit à l'aide de sétons de fils imprégnés de vaccin (Nélaton).

c. *Séton* (Macilwain). — Ce procédé compte des succès; la guérison a été obtenue par l'inflammation que les fils ont provoquée dans la tumeur. Fawdington utilisait des sétons chargés de caustique; A. Bérard passait des sétons et leur substituait des fils qu'il serrait avec un serre-nœud, afin de produire un demi-étranglement.

d. *Épingles enfoncées* dans la tumeur en quantité considérable (Lallemand). Elles ne déterminent pas toujours le degré d'inflammation nécessaire. On a aussi employé des tiges d'ivoire (A. Bérard).

e. *Cautérisation*. — P. Guersant fait usage d'aiguilles rougies au feu. Nusbaum (de Munich) fait pénétrer dans la tumeur des clous rougis en grand nombre. Guthrie a utilisé le nitrate d'argent pour les nævus d'un petit volume; on pourrait aussi employer la pâte de Canquoin; enfin plus récemment on s'est servi d'un fil de platine rougi à l'aide d'un courant électrique (Crussel, Middeldorpf, U. Trélat, E. Bœckel).

f. La *galvano-caustique* chimique a été utilisée par Nélaton et Lücke avec succès.

g. *Incision* suivie de la compression ou de la suture (Lallemand).

TROISIÈME MÉTHODE. — Elle compte cinq procédés.

a. La *ligature* exercée sur la tumeur tout entière ou sur chacune de ses moitiés (A. Paré, J. Bell). Cette ligature peut se faire sous des épingles (Fayolle, Rigal).

A ce procédé se rattache l'*écrasement linéaire*, préconisé et employé avec succès par Chassaignac.

b. Le *cautère actuel* et la *cautérisation électrique* conviennent aux tumeurs peu volumineuses. Ces moyens peuvent être très-utiles pour détruire les portions de tumeurs qui, dans l'excision, auraient échappé à l'instrument tranchant.

c. *Caustiques*. — L'acide nitrique (Lawrence), le caustique de Vienne (A. Bérard), le nitrate acide de mercure ont été tour à tour conseillés; ces moyens comptent de nombreux succès, mais ont besoin d'être surveillés attentivement. La potasse caustique a été employée par Wardrop pour amener l'ulcération de la tumeur, et par suite l'oblitération des vaisseaux. Chassaignac a décrit un mode d'application de la pâte de Vienne, qu'il désigne sous le nom de *cautérisation sèche*.

d. Les effets de la ligature et de la cautérisation sont réunis quand on utilise l'*panse galvano-caustique*. Nous lui avons vu donner d'excellents résultats entre les mains du professeur U. Trélat; malheureusement son usage nécessite des appareils assez compliqués.

e. *Extirpation*. — Ce moyen ne peut être mis en pratique que pour des tumeurs peu volumineuses, car il pourrait résulter de l'extirpation d'une trop grande surface de téguments une difformité considérable; de plus, on s'expose à laisser en place une certaine quantité de tissu malade; mais le cautère actuel peut venir en aide. Enfin, quand des vaisseaux très-développés se rendent à la tumeur, il faut craindre une hémorrhagie qui peut être des plus graves.

BIBLIOGRAPHIE. — J. L. Petit, *Œuvres posthumes*, 1774, t. I, p. 223, *Œuvres compl.* (éd. Pigné), p. 442, Paris, 1837. — John Bell, *Surgica works*, vol. I, p. 459, Edinb., 1801. — J. Abernethy, *On the treat. of on species, nævi materni*, in *Surgical observ.*, part. II, p. 239, London, 1806. — C. F. v. Græfe, *Angiektasie, ein Beitrage z. rat. cur, etc.*, Leipz., 1808, in-4°. — Ph. v. Valther, *U. die angeborenen Felthautgeschwülste, etc.*, Landshut, 1814, et *Journ. der chir.* Bd. V, s. 231, Berlin, 1823. — Wardrop, *Some obs. on species of nævi materni*, in *Med. chirurg. transact.*, vol. IX, p. 206, 1818. — Macilwain, *An account of two cases of deep seated nævus, etc.*, in *Med. chir. transact.*, vol. XVIII, p. 189, 1833. — Cl. Tarral, *Du trait. des tum. érectiles*, in *Arch. génér. de médecine*, t. VI, p. 5, 1834. — Lallemand, *Observ. relat. à divers procédés opérat., etc.*, in *Arch. g. de méd.*, t. VIII, p. 5, 1835. — Pauli (de Landau), *U. das Feuermaal, etc.*, in *Siebold's Journ. f. Geburtshulfe*, Bd. V, s. 66, Leipz., 1835. — A. Béclard, *Dict. en 30 vol.*, t. XII, p. 210, 1835.

— C. Breschet, *ibid.*, t. XX, p. 377, 1839. — Dupuytren, *Leçons orales de clin. chirurgicale*, t. III, p. 202, 1839. — A. Bérard, *Mém. sur le trait. des tum. érectiles*, in *Gaz. méd.*, 1841, p. 689. — J. Sigmund, *U. d. Behndl. kleiner Telangiectasien, etc.*, in *Oesterr. med. Wochensc.*, Wien, 1842, n° 49, s. 437. — Roux, *Tum. fung. sanguines*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXIX, p. 822, 1844. — C. Hawkins, *Clinical lecture*, in *Lond. méd. Gaz.*, vol. XXXVII, p. 1025, 1846. — V. Gautier, *Cons. et obs. relatives à l'an. path., à la marche et au trait. des tum. érect. cutanées*, thèse de Paris, 1850, n° 93. — Costilhes, *Du nævus maternus, etc.*, Paris, 1854 (extrait de la *Revue médicale*). — Holmes Coole, *On nævi materni, etc.*, in *Lond. med. Gaz.*, 2^e série, vol. X, p. 412, 1850. — P. N. Gerdy, *Chirurgie pratique*, t. II, p. 489, Paris, 1852. — Ch. Robin, *Mém. sur l'anat. des t. érectiles*, in *Mém. de la Soc. de biologie*, 1^{re} série, t. V, p. 173, 1853. — Bickersteeth, *Large subc. nævus, etc.*, in *Monthly. Journ. of Edinburgh*, vol. XVI, p. 513, 1853. — Paget, *Erectile or vascular tumour*, in *Lect. on surg. pathol.*, vol. II, p. 267, London, 1853. — Deville, *Des tum. érectiles*, in *Mon. des hôpitaux*, p. 650, 1853. — A. Laboulbène, *Sur le nævus en général, etc.*, thèse de Paris, 1854, n° 38. — Schuh, *U. d. cavernösen Blutgesch.*, in *Zeit. d. K. K. gessel. d. Aertze zu Wien*, 1853. — Rokitsky, *U. d. cavernöse Blutgeschw.*, in *Zeitsch. d. K. K. gess. d. Aertze zu Wien*, 1854, et *Lehrb. der path. anat.*, Wien, 1855, Bd. I, s. 208. — R. Virchow, *U. cavernöse geschw. u. Telangiectasien*, in *Arch. f. path. anat.*, Bd. VI, s. 528 u. 545, 1854. — F. Esmarch, *U. Cavernöse Blutgeschw.*, in *Ibid.*, Bd. VI, s. 34 u. 53, 1854. — Dubrueilh, *Des tum. érectiles*, thèse de Paris, 1855, n° 278. — J. Cruveilhier, *Traité d'anat. path. génér.*, t. III, p. 879, Paris, 1856. — Lebert, *T. érectiles*, in *Traité d'anat. path. génér. et spéciale*, t. I, p. 207, Paris, 1857. — Nélaton, *Du trait. des t. érect. par la vaccination*, in *Union méd.*, 1857, p. 258. — Luigi Porta, *Dell' angiectasia*, Milano, 1861. — G. Chaigneau, *Des tumeurs érectiles*, thèse de Strasbourg, 1867, 3^e série, n° 21. — R. Virchow, *Die Krankhaften Geschwulste*, Bd. III, s. 307 (Angiome, 2^e leçon), Berlin, 1867. — Th. Billroth, *Angiomes*, in *El. de pathol. chir. génér.* (tr. franc.), p. 71, Paris, 1868. — P. Broca, *Tumeurs érectiles*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 160, 1869. — A. Lücke, *Die angiome*, in *Handb. d. allg. u. speciell. chir. v. Pitha u. Billroth*, Bd. II, H. 1, A. 2, s. 252, Erlang., 1869. — N. Dumbravenu, *Rech. sur les tum. érectiles, etc.*, thèse de Paris, 1870, n° 27. — J. Paget et C. H. Moore, *Erectile tumours*, in *Holme's system of Surgery*, 2^e édit., vol. I, p. 541, Lond., 1870. — Eugène Bœckel, *Tumeurs érectiles*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 730, 1870 (Bibliogr.). — Ch. Monod, *Et. sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit, etc.*, thèse de Paris, 1873, n° 95.

§ 14. — Lymphangiomes.

Ces tumeurs seraient caractérisées non-seulement par la dilatation simple des vaisseaux lymphatiques proprement dits, mais encore par l'ectasie et l'hyperplasie des mêmes vaisseaux. Pour Virchow, il y

aurait même aussi néoplasie réelle de vaisseaux lymphatiques, ce qui paraît fort contestable à Cornil et Ranvier et à Lücke.

Il résulte de cette définition que la plupart de ces tumeurs seront décrites plus loin, lorsque nous examinerons les *varices des lymphatiques*, et que nous ne nous occuperons guère ici que des productions dans lesquelles les dilatations des lymphatiques atteignent les ganglions.

A. — Lymphangiomes des ganglions.

Ces tumeurs ont été décrites par Th. Anger, sous les noms de *Tumeurs érectiles lymphatiques*, ou d'*Adéno-lymphocètes*; V. Georgjevic les appelle *lymphadénectasies*. On n'en possède qu'un nombre assez restreint d'observations (15), dont les principales sont dues à Amussat, Nélaton, U. Trélat, Th. Anger, etc.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs siègent le plus souvent aux aines; elles sont formées par des glandes lymphatiques souvent perdues dans de la graisse (U. Trélat). Ces glandes forment trois à cinq tumeurs limitées, bosselées, inégales, tantôt gonflées, offrant l'apparence de canaux dilatés et pelotonnés, tantôt flasques, vides et molles.

Les ganglions altérés sont entourés d'une capsule fibreuse, résistante, quelquefois double. Leur parenchyme est mou, dépressible, spongieux, de coloration très-variable, selon qu'on l'examine sur des préparations fraîches ou déjà altérées. Les deux substances des ganglions sont nettement accentuées, les sinus lymphatiques sont dilatés; à la section, il s'écoule une matière blanche laiteuse (Nélaton); en résumé, l'aspect de la tumeur rappelle la coupe d'un tissu érectile. Les parois des canaux et des sinus dilatés sont épaissies, leurs éléments contractiles sont hypertrophiés (Th. Anger); l'épithélium qui les tapisse n'a pu être retrouvé par Th. Anger, Czerny l'a décrit. Les follicules des ganglions semblent disparus en grande partie, peut-être ont-ils subi la transformation graisseuse? Le liquide que renferment ces tumeurs n'est autre que de la lymphe (Nélaton, Ch. Robin, Sappey), qui contiendrait plus de fibrine et plus de matière colorante que normalement (Nasse) (?).

En résumé, on aurait affaire à une dilatation des vaisseaux lymphatiques intra-glandulaires, avec hypertrophie de leurs parois et disparition de l'élément adénoïde glandulaire, d'où l'aspect érectile des tumeurs (Th. Anger). Cette altération s'accompagne le plus souvent d'une dilatation des troncs et réseaux lymphatiques afférents et efférents, sur laquelle Th. Anger n'insiste pas assez.