

dénome, le pronostic est grave : ces tumeurs évoluent comme le pire des cancers.

Peut-être avons-nous tous confondu le lymphadénome avec un engorgement ganglionnaire d'origine rhumatismale. Brissaud a observé cette affection, non encore décrite, et nous en a montré un cas des plus nets. Nous pensons que nombre des succès obtenus et publiés par les auteurs allemands ne sont que des adénites rhumatismales, localisées ou généralisées, et qui auraient guéri probablement, même sans cette médication rigoureuse. On ne saurait trop appeler sur ce point obscur l'attention des chirurgiens.

**Traitement.** — On ne s'entend guère sur l'opportunité de l'intervention : les uns la repoussent, les autres l'acceptent; nous ne croyons pas que ces derniers puissent mettre à leur actif des succès durables : pour nous, l'intervention chirurgicale semble jugée. J'ai vu enlever 7 lymphadénomes par Verneuil, 3 par Trélat, et, dans ces 10 faits, la récurrence survint sous nos yeux, de quelques jours à quelques semaines. Les Allemands ne sont pas plus heureux; sur « 9 opérés » de Busch, un seul a survécu pour succomber à une récurrence.

Le traitement médical serait moins décourageant; si les toniques, les bains sulfureux, les préparations iodées et iodurées n'ont donné de résultat que dans les faux lymphadénomes, dans les hypertrophies strumeuses. Verneuil aurait enrayé la maladie par des préparations phosphorées : nous conseillerions le phosphore de zinc en pilules de 8 milligrammes, au nombre de 2 à 8 par jour, ou l'huile phosphorée au centième, en capsules de 10 centigrammes de 2 à 8 par vingt-quatre heures. L'arsenic semble avoir donné de vraies guérisons : Billroth, Tholen, Czermak, Israël, Karewski, Winiwarther y ont recours, et la guérison serait de règle.

C'est sous forme de liqueur de Fowler qu'on administre le médicament; on commence par 4 à 5 gouttes quotidiennes, puis, à intervalle de trois à quatre jours, on monte de 5, à 10, à 15, à 25, à 55, à 40, à 50 gouttes. On s'arrête lorsque les accidents d'intoxication sont trop vifs, pour reprendre bientôt, et la médication est soutenue pendant plusieurs mois. Les injections interstitielles se font aussi avec la liqueur de Fowler, qu'on dédouble en l'étendant d'une égale quantité d'eau distillée; on injecte, avec la seringue de Pravaz, de 2 à 20 gouttes de cette solution. Si l'on commence par de faibles

doses, c'est pour éviter la suppuration que provoquerait une injection massive.

Nous avons institué ce traitement chez 6 malades; nous avons administré jusqu'à 60 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur; jusqu'à 20 et 50 gouttes de solution dédoublée en injection intraganglionnaire; nous avons provoqué chez nos malades des accidents d'intoxication, fièvre, tuméfaction des tumeurs, douleurs intenses, diarrhée profuse, rougeur des pommettes, amaigrissement notable, mais nous n'osons mettre à l'actif de la méthode un seul succès : un de nos malades a guéri, mais s'agissait-il d'un vrai lymphadénome? Verneuil avait cru à une dégénérescence sous la dépendance d'un cancer ignoré de l'œsophage, et Millard à un engorgement tuberculeux. Ne s'agissait-il pas, comme le pense Brissaud, d'une adénite rhumatismale? En tout cas, de mes 5 autres malades, 2 sont morts et 3 sont seulement améliorés. Les succès allemands me paraissent le fait d'un diagnostic erroné.

## III

## LYMPHANGIOMES

On n'est pas fixé sur la structure des *lymphangiomes*, qui seraient aux vaisseaux lymphatiques ce que les angiomes sont aux vaisseaux sanguins : la dilatation et la multiplication des réseaux d'origine est plutôt supposée que prouvée, et les tumeurs érectiles lymphatiques pourraient n'être que des varices des vaisseaux blancs.

Cependant certaines tumeurs congénitales, l'hypertrophie des lèvres, la *macrochilie*, et de la langue, la *macroglossie*, certaines tumeurs de la région sacrée, du périnée, de l'aîne, du menton, du cou et des reins seraient, pour beaucoup d'auteurs, des lymphangiomes constitués par des aréoles dont les parois embryonnaires s'organiseraient en tissu adulte et donneraient naissance à une cicatrice; la trame s'en rétracterait d'une façon inégale et produirait les cavernes, les kystes, les dilatations ampullaires qui caractérisent les lymphangiomes. Un épithélium semblable à celui des vaisseaux nouveaux tapisserait les parois de ces cavités remplies de lymphe pure.

D'après Wegner, les lymphangiomes seraient *simples*, *caverneux* ou *kystiques*. Les premiers sont constitués par un lacis des capil-

liaires lymphatiques dilatés; on les observe à la langue, à la lèvre, au périnée; les seconds, transformation du précédent degré, offrent des cavités ouvertes les unes dans les autres, tapissées par un endothélium et remplies par un liquide séreux; on les rencontre au cou, dans l'aisselle, à la région sacrée, au menton, à la paroi thoracique, à la langue. Les troisièmes, d'origine congénitale, sont dus à une agglomération de kystes revêtus d'un endothélium; ils ont pour siège habituel le cou, le périnée, la fesse, l'épaule, les membres.

Les lymphangiomes *superficiels* sont fluctuants, spongieux, plus ou moins indolents, peu ou pas réductibles. Les *profonds*, d'un diagnostic presque impossible, formeraient quelques-uns des kystes congénitaux du cou; à peine en établirait-on le diagnostic pièce en main. Cette affection est bénigne et l'on n'y touche guère; il est des cas pourtant où l'on agit sur les grosses langues; on en enlève un segment avec le bistouri; on applique l'une contre l'autre les deux surfaces qui correspondent au lambeau cunéiforme excisé et l'on pratique la suture. Il n'y pas d'hémorrhagie, et la réunion primitive s'obtient.

Une maladie moins obscure est le *lymphangiome ganglionnaire*, décrit par Aubry en 1865, puis par Théophile Anger en 1867, sous le nom de *tumeur érectile lymphatique* ou d'*adéno-lymphocèle*. Georgjevic les nomme *lymphadénectasie*, quelques auteurs allemands, *lymphangiectasie ganglionnaire* et *lymphanévrisme*. Les observations n'en dépassent guère une quinzaine; et dans le nombre il en est de douteuses: les faits les mieux étudiés sont ceux d'Amussat, de Nélaton, d'Anger, de Trélat, de Czerny et de Valdeyer; ils paraissent n'être qu'un cas particulier de la *filariose*, maladie parasitaire que nous étudierons avec les affections de la peau.

Ces tumeurs siègent presque toujours au pli de l'aîne et sont souvent bilatérales. Virchow en a observé une dans la région sus-hyoïdienne; elle coïncidait avec une macroglossie; le lymphangiome relaté par Busch était aussi au cou; celui de Lucke à l'aisselle; peut-être Keisner en a-t-il vu un au niveau du coude. Le néoplasme est constitué par plusieurs lobes de la grosseur d'une noix ou d'un citron, et environné d'un tissu graisseux abondant: on dirait un lipome. Une membrane fibreuse enveloppe la masse et envoie des gaines secondaires pour chacun des lobes.

La structure des ganglions a subi des altérations profondes: « Les

réseaux des sinus sont dilatés; leurs parois et les trabécules sont épaissies; les corpuscules lymphatiques semblent avoir disparu; avec le microscope on en retrouve quelques débris épars. Les vaisseaux lymphatiques examinés dans les ganglions ne possèdent plus leur tunique contractile, qui est épaissie dans les vaisseaux afférents et efférents. Czerny, sur une pièce sèche, a vu leur épithélium. » Les lymphatiques qui abordent la tumeur ou qui en sortent sont dilatés, et l'ectasie remonte jusqu'au canal thoracique.

Les lymphangiomes ganglionnaires débutent d'une manière insidieuse; ils apparaissent chez les jeunes gens ou chez les adultes sans qu'on puisse assigner à leur développement des causes précises. On ne saurait méconnaître l'influence des climats chauds. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. On trouve, au niveau du pli de l'aîne, des tumeurs souvent multiples et symétriques, à surface irrégulière et bosselée; elles sont assez circonscrites, indolentes, comme spongieuses, mobiles sur les parties profondes et réductibles sous une pression méthodique. La marche prolongée les rend plus dures, mais les efforts et la toux n'exercent sur elles aucune influence.

Les lymphatiques avoisinants sont dilatés et flexueux; la peau qui les recouvre est chagrinée, et lorsqu'on la déprime on éprouve, dit Théophile Anger, la sensation de cordons enroulés, de noyaux épars qui diminuent sans se réduire complètement. Lorsque le malade est au repos, la tension est moindre et, d'après Trélat, la tumeur rappelle un sac irrégulier dont les parois internes sont parcourues par des travées et des reliefs. A peine provoque-t-elle une sensation de gêne; on a noté parfois quelques troubles du côté du tube digestif, des vertiges; l'amaigrissement ou un excès d'embonpoint, une diminution des globules blancs, la faiblesse des jambes, ont été signalés dans quelques observations.

Cette affection pourrait être confondue dans la région de l'aîne avec un lipome, une hernie épiploïque. Ce n'est pas le lieu de faire un diagnostic différentiel; disons cependant que la dilatation des lymphatiques afférents et efférents, la sensation que donne le palper, la symétrie des tumeurs, leur légère réductibilité, le fait que le malade arrive des pays chauds, permettront de reconnaître la nature du néoplasme. Peu grave en lui-même, car la marche en est lente, sans tendance à l'envahissement, il n'en est pas moins un danger par la

fréquence des accidents qui le compliquent : une lymphangite sur-aiguë, une septicémie foudroyante peut emporter le patient. Aussi devra-t-on éviter toute cause d'irritation. Nélaton et Trélat, qui ont vu l'intervention amener la mort, la déconseillaient; Billroth, plus heureux dans ses tentatives, ne repousse pas l'extirpation. Nous y avons eu recours avec succès pour un lymphangiome énorme du cordon spermatique.

## IV

## ANGIOMES

Broca définit les *angiomes* des productions accidentelles dues à la dilatation et à la multiplication des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines. — Le nombre des synonymes, qui du reste ne désignent pas tous les mêmes variétés, s'explique par l'incertitude sur l'origine et sur la texture de ces tumeurs. On les a nommés *seing*, *signe*, *nævus*, *loupe variqueuse*, *anévrisme par anastomose*, *fungus hématode*, *tumeur vaso-capillaire*, *télangiectasie*, *angiectasie*, *angionome*; le mot *angiome*, créé par Virchow, et celui de *tumeur érectile* de Dupuytren, paraissent avoir prévalu.

**Classification.** — D'après leur siège, les angiomes ont été divisés en *cutanés*, *sous-cutanés*, *fissuraux*, *muqueux* ou *viscéraux*; d'après l'époque de leur apparition, en *congénitaux* ou *acquis*; en *diffus* ou *circonscrits*, d'après leur tendance à l'accroissement; d'après leur cause, en *traumatiques* ou *spontanés*. Ces divisions ont leur intérêt, mais on a cherché une classification basée sur la structure. Roux avait admis des tumeurs des *artérioles*, des *veinules* et des *capillaires*, des *troncs artériels* et des *troncs veineux* par érosion et criblure de leur paroi; en tout cinq variétés. Gerdy en comptait sept; Cruveilhier réagit contre ce morcellement et ne reconnut qu'une variété : les tumeurs *artérielles capillaires*.

Pour Cornil et Ranvier, il en existe deux : les angiomes *simples*, dans lesquels les vaisseaux de formation nouvelle ne diffèrent en rien des artérioles, des veinules ou des capillaires normaux, et les angiomes *caverneux*, où le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des organes érectiles. Broca s'appuie à la fois sur la clinique et sur l'anatomie pathologique pour édifier

sa classification : les tumeurs érectiles sont *veineuses* ou *artérielles*; les premières molles, bleuâtres, à sang noir, à veines afférentes volumineuses, à marche lente, à hémorrhagie rare, mais moins accessibles au traitement; les autres plus consistantes, rosées ou rouges, avec des artères afférentes développées, d'un accroissement plus rapide, plus fréquemment ulcérées, siège possible d'hémorrhagie, mais plus facilement curables par l'intervention.

**Anatomie pathologique.** — On décrit trois degrés dans l'évolution des angiomes : le premier, caractérisé par la production des vaisseaux nouveaux et la dilatation régulière des petits vaisseaux du réseau périphérique; un deuxième, par la dilatation irrégulière de ces mêmes vaisseaux; le troisième, par la rupture ou la résorption des parois vasculaires et la formation d'un tissu caverneux.

Dans le *premier degré*, les vaisseaux nouveaux conservent leur forme, mais ils se dilatent et leur calibre n'a pas moins de 40 à 50  $\mu$  de diamètre. Leurs parois paraissent plus minces, bien qu'en réalité elles soient épaissies. Ils décrivent des anses, des flexuosités qui s'enlacent, s'entre-croisent, s'enchevêtrent en glomérules ou granulations du volume d'un grain de mil, et dont la structure, d'après Porta, rappellerait celle du réseau des papilles. Nombreuses sont les hypothèses émises pour expliquer leur apparition. On admet que des anses et des diverticules en doigt de gant bourgeonnent sur les capillaires primitifs, et rencontrent dans le tissu embryonnaire des diverticules et des anses semblables nés des capillaires voisins : de leur anastomose proviendrait le réseau des glomérules. On trouve, entre les granulations, une trame conjonctive constituée par le refoulement des tissus envahis, qui forment parfois une membrane d'enkystement.

Les altérations du *deuxième degré* s'entend sur celles du premier : l'afflux du sang dans les granulations dilate les vaisseaux, dont les parois embryonnaires ne peuvent résister à l'effort; il se forme des diverticules, des cæcums, des lacs sanguins. Ces capillaires irréguliers, à tunique riche en noyaux, sont souvent disposés en tire-bouchon. Dans le *troisième degré*, les parois dilatées se résorbent ou se rompent et les anciennes ampoules, les culs-de-sac, les lacs sanguins deviennent des aréoles qui communiquent les unes avec les autres; le sang les parcourt et l'on a un tissu caverneux, le tissu érectile de Dupuytren. Les cloisons qui circonscrivent les cavités sont

constituées par du tissu fibreux dense où l'on rencontre quelques éléments cellulaires, des vésicules adipeuses et parfois quelques fibres musculaires lisses ou striées, si l'angiome se développe dans un muscle. Un endothélium les tapisse, semblable à celui des veines.

Les vaisseaux, artères afférentes et veines efférentes, subissent parfois une dilatation remarquable. Elle n'est pas de règle, et J.-L. Petit avait remarqué que l'écoulement du sang est modéré pour peu qu'on excise au delà des limites de la tumeur. Il n'est pas rare de constater une augmentation du calibre des veines émergentes, varices dont l'étendue est restreinte; elles s'arrêtent à peu de distance de l'angiome dès qu'elles rencontrent une assez grande abondance de collatérales par où s'écoulera la surabondance du sang reçu de la tumeur érectile. Cette dilatation des veines ne s'observe que dans les angiomes veineux. Cependant Broca a relevé quelques faits où les varicosités des veines efférentes étaient sous la dépendance de tumeurs artérielles.

La dilatation des artères est une complication plus sérieuse. L'affection en est aggravée, puis le traitement en est rendu plus difficile. Elle est assez rare. Pour peu qu'elle acquière une certaine importance, elle se caractérise par l'apparition de phénomènes nouveaux, un bruit de souffle, un mouvement d'expansion, et les pulsations d'artères dont on voit les flexuosités se dessiner autour de la tumeur, qu'elles pénètrent. C'est dans les angiomes artériels que se constatent ces dilatations. Broca pense que nombre d'anévrysmes cirsoïdes ont eu, comme origine, un nævus ignoré; les cheveux en rendent la méconnaissance facile sur le crâne, siège fréquent de ces anévrysmes. On cite quelques observations exceptionnelles où la dilatation des artères afférentes aurait compliqué des angiomes veineux.

Les angiomes sont un lieu de passage : le sang arrive par les artères et sort de la tumeur par les veines afférentes. Broca accepte ces vues et Virchow les défend contre Rokitanski, Esmarch et Frerich. Dans tous les angiomes, les artères amèneraient au tissu caverneux le sang, qui s'en retournerait ensuite par les veines. Nous admettons qu'une minutieuse dissection permette de retrouver quelques minuscules artères en rapport avec la tumeur érectile, mais il est des cas où ces vaisseaux jouent un rôle secondaire dans son régime circulatoire, et nous avons décrit, après Esmarch, des angiomes caverneux remarquables par leur réductibilité. Leurs vastes aréoles commu-

niquent largement, et par des canaux sans valvules, avec de gros troncs veineux, en particulier avec les jugulaires. Une fois vidées par la pression, ces tumeurs se remplissent rapidement, non, comme le dit Virchow, par les artérioles afférentes dont l'apport est négligeable, mais par le reflux du sang des gros troncs veineux dans les aréoles dilatées. Ces tumeurs sont des annexes du système veineux.

On a décrit des angiomes *lipomateux*; mais, comme l'a remarqué Virchow, les tumeurs érectiles naissent souvent dans le tissu graisseux sous-cutané; il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on trouve au milieu d'elles d'abondantes vésicules adipeuses. N'est-ce pas ce qui se passe dans les angiomes circonscrits sous-cutanés? La transformation *fibreuse* est intéressante; elle amène parfois la guérison spontanée du néoplasme. On voit alors, surtout à la suite d'inflammation, le stroma, comme le ferait un tissu cicatriciel, se rétracter jusqu'à étouffer le réseau sanguin. Il se peut que des concrétions *calcaires* se fassent dans la lumière des vaisseaux. Broca signale ces *phlébolithes* : il insiste aussi sur les productions kystiques étudiées par Hawkins en 1846, par Costilhes en 1851, puis par Lebert, Holmes Coote, Laboulbène et Bickerstett. Broca note que, dans tous les faits publiés, il y avait eu des manœuvres opératoires, et l'on peut se demander si elles n'ont pas eu quelque influence sur l'apparition des kystes. On admet d'une façon générale qu'un segment de vaisseau s'isole du réseau circulatoire; son contenu se décolore et se transforme en un liquide séreux que vient augmenter la sécrétion des parois.

**Étiologie.** — Les tumeurs érectiles sont presque toujours congénitales; Depaul en a rencontré après l'accouchement, sur un tiers des enfants nés à la Clinique; beaucoup de ces angiomes ont une durée éphémère. On en trouve aussi chez les vieillards, et, à la Salpêtrière, Broca en a vu qui étaient apparus à un âge avancé; ils n'ont alors aucune tendance à l'accroissement, et, après quarante ans, les angiomes ne deviendraient jamais « chirurgicaux ». Le plus souvent on ne peut invoquer aucune cause pour expliquer leur développement; parfois cependant ils sont traumatiques; Porta a vu une tumeur érectile qui avait pris naissance sur la plaie d'un éclat de capsule; Paget, Lucke, Bell ont observé des faits semblables, et E. Bœckel explique, hypothétiquement, par les contusions multiples de l'accouchement, la fréquence des angiomes de la face et du cuir

chevelu. L'angiome se rencontre plus souvent dans le sexe féminin, et la proportion, d'après Broca, serait de 62 femmes pour 58 hommes. D'habitude il n'y a qu'une tumeur érectile, mais on en a compté 2, 3, jusqu'à 12 sur une même personne.

Les angiomes sont à peu près de toutes les régions et de tous les organes; cependant la peau est surtout atteinte : 68 fois sur 100, d'après Broca. Les muqueuses sont assez souvent prises, surtout celles des lèvres, du nez, de la joue, de la langue, du voile du palais en des points parcourus, pendant la vie embryonnaire, par les fentes branchiales, et de là le nom d'angiomes *fissuraux* que Virchow leur a donné. Lebert a cité un cas de tumeur érectile de la muqueuse utérine, et Broca de la muqueuse vésicale. On en a rencontré dans les muscles et Verneuil dans les os. Les angiomes *viscéraux*, surtout ceux du foie, seraient fréquents d'après Virchow et Cruveilhier; Broca ne partage pas cette opinion. Certaines des tumeurs vasculaires de l'orbite sont des tumeurs érectiles.

Les vaisseaux néoformés naîtraient, soit par bourgeonnement des anses capillaires au niveau du point où se développe la tumeur, soit par dépôts de cellules « vaso-formatives ». Ces cellules, d'abord analogues aux leucocytes, s'agrandissent, se creusent de cavités où s'accumulent les globules rouges, puis s'anastomosent par des prolongements ramifiés avec des cellules voisines, et c'est ainsi que se constitue le nouveau réseau vasculaire dont l'inosculation avec les réseaux voisins ne tarde pas à s'effectuer. Tel du moins est le mode de développement et d'accroissement qu'on invoque, mais la démonstration est loin d'en être faite.

**Symptômes.** — Il faut distinguer les *taches* des *tumeurs*. Les taches érectiles de la peau sont *artérielles* ou *veineuses*. Les premières, rouges ou rosées, ont des contours souvent indécis; elles disparaissent sous la pression du doigt et deviennent plus turgides et plus colorées sous l'influence des efforts et des cris. Fréquentes au moment de la naissance, elles restent stationnaires ou disparaissent, mais elles peuvent s'accroître et se transformer en tumeurs érectiles. Les secondes, les taches veineuses, toujours congénitales, sont ou bleues, ou vineuses, ou noires; les cris et les efforts sont sans influence sur leur tension; si elles n'ont pas de tendance à s'accroître, elles n'en ont pas à s'atrophier. Souvent elles sont étendues, et il n'est pas rare de les voir recouvrir tout ou partie du visage.

Les tumeurs sont *cutanées* ou *sous-cutanées*. Les premières sont *diffuses* ou *circonscrites*. Les tumeurs cutanées circonscrites sont souvent pédiculisées et on les compare volontiers à des fruits, cerise, framboise, fraise ou mûre; elles sont d'un rouge vif qui disparaît sous la pression du doigt dans les angiomes artériels; les veineuses sont bleuâtres ou noirâtres, parfois recouvertes de poils; elles n'ont aucune tendance à s'étendre et diffèrent en cela des tumeurs artérielles, qui sont souvent diffuses; à leur surface se produisent des ulcérations accompagnées d'hémorragies; il est vrai que, grâce à leur situation superficielle, la chirurgie a plus de prise sur elles. Les tumeurs des muqueuses, presque toujours acquises, sont veineuses et, comme telles, demeurent stationnaires; les rares tumeurs artérielles qu'on y rencontre et qui peuvent être congénitales sont turgescents, saillantes, à développement rapide, et l'on doit les opérer.

Les angiomes *sous-cutanés* forment, sous les téguments, des tumeurs molles, spongieuses, homogènes, peu réductibles et qui donnent la sensation de vers de terre enroulés ou de paquets de ficelle. La peau conserve sa coloration normale; cependant on l'a vue prendre une teinte bleuâtre; à sa surface se dessinent quelques arborisations vasculaires. Si la tumeur est artérielle, pour peu que les vaisseaux afférents soient dilatés, on perçoit un léger mouvement d'expansion, un soulèvement à peine visible, un souffle doux. Si la tumeur est veineuse et si, comme nous l'avons signalé, son tissu caverneux communique avec la lumière d'une grosse veine, la réductibilité devient absolue; le sang fuit sous la pression; la tumeur s'évanouit; mais ses aréoles se remplissent aussi vite qu'elles se sont vidées et, au cou, elle redevient saillante au moindre effort dès qu'on enlève le doigt.

La marche des angiomes est variable. Les tumeurs veineuses restent stationnaires; on en cite pourtant dont le développement a été rapide; nous en avons rencontré une à la joue qui avait atrophié tous les os de la face sur lesquels elle s'appuyait. Castex et Farabeuf en ont injecté une qui avait envahi tout le côté gauche du cou et s'étendait de l'oreille et du menton à la clavicule. Ces tumeurs volumineuses s'observent surtout lorsque l'angiome est artériel; elles changent alors de nature et se transforment en anévrysmes cirsoïdes. D'autre part, Monod a décrit des angiomes simples, sous-cutanés,

circonscrits dans une atmosphère cellulo-graisseuse; ils sont mous, élastiques, indolents, irréductibles, sans dilatation des vaisseaux afférents ou efférents; à peine note-t-on, sur la peau, une légère coloration bleuâtre. L'ensemble de ces signes les a fait confondre avec des lipomes. Ces tumeurs-là sont stationnaires.

L'accroissement qui est le fait des angiomes artériels est parfois continu; dès le premier jour on peut les voir franchir leurs limites initiales; les vaisseaux de formation nouvelle envahissent des espaces plus étendus, tandis que les vaisseaux afférents et efférents se dilatent et deviennent flexueux. L'augmentation de volume peut être intermittente, et un angiome jusqu'alors stationnaire prend un développement redoutable sous l'influence de quelque traumatisme, aux époques menstruelles, pendant la grossesse ou l'allaitement.

La guérison spontanée des nævi est loin d'être rare, et si, d'après Depaul, un tiers des enfants a des taches érectiles à la naissance, à un an, beaucoup de celles-ci ont disparu. Les tumeurs proprement dites sont plus persistantes. On a publié quelques cas de gangrène provoquée par une violente inflammation et qui a détruit des angiomes; ces faits sont exceptionnels aussi bien que la transformation des tumeurs érectiles en lipomes ou en kystes séreux. Il est moins rare de voir des ulcérations se montrer à la surface de la tumeur, puis un bourgeonnement de la perte de substance, une production de tissu cicatriciel dont les propriétés rétractiles s'exerceront sur les réseaux vasculaires; les capillaires sont étouffés, et à leur place on trouve un tissu rose, puis blanc, dur, et dont la trame est trop serrée pour que de nouveaux glomérules puissent le pénétrer.

Lorsque l'angiome est sous-cutané, les difficultés du diagnostic commencent. Cependant sa mollesse particulière, sa légère réductibilité sous une pression méthodique, la sensation d'une tumeur spongieuse, homogène, indolente, le reflet bleuâtre de la peau, la dilatation des vaisseaux voisins, l'existence d'un nævus, la congénitalité fréquente, un quelconque de ces signes viendra éclairer le clinicien qui hésitait entre toutes les tumeurs sous-cutanées. Les angiomes profonds sont une découverte d'autopsie. Les tumeurs érectiles ne sont dangereuses que par l'accroissement qu'elles peuvent prendre ou les hémorrhagies dont elles sont le siège. Elles ne récidivent ni ne se généralisent. L'angiome est une affection locale.

**Traitement.** — Nous ne parlerons pas des méthodes palliatives :

le *tatouage*, imaginé par Pauli de Landau pour masquer les nævi, est un procédé puéril. Broca range dans trois catégories les moyens innombrables proposés pour guérir les angiomes : la méthode *atrophiante*, la méthode *perturbatrice* et la méthode *destructive*.

La méthode *atrophiante* se subdivise en deux groupes; les procédés *directs* qui s'attaquent à la tumeur : compression, réfrigération, topiques astringents; — et les procédés *indirects*, qui s'appliquent en dehors de la tumeur : ligature du tronc artériel ou des branches qui alimentent l'angiome, incisions périphériques pour priver la tumeur des vaisseaux qui la nourrissent. La première de ces méthodes a donné des résultats pour les tumeurs érectiles de l'orbite : la ligature de la carotide primitive a amené la disparition de l'angiome; mais on ne saurait étendre son emploi au traitement d'autres tumeurs érectiles. La ligature isolée ne serait appliquée que lorsque la tumeur est pulsatile.

La méthode *perturbatrice* se subdivise en deux groupes : les procédés *coagulants* et les procédés *irritants*. Les premiers comprennent la galvanopuncture et les injections qui sont employées pour les tumeurs sous-cutanées; les injections, surtout, qu'on pratique avec le perchlorure de fer. Broca conseille de multiplier les ponctions et de n'injecter, après chaque piqûre, que 2 ou 3 gouttes de perchlorure à 10 ou 15 degrés; on fera donc exécuter deux ou trois demi-tours au piston de la seringue de Pravaz. Pendant l'injection, on exercera une compression circulaire autour de la base de la tumeur, afin d'immobiliser le sang et d'empêcher que les caillots soient entraînés par le courant; cette compression devra durer cinq ou six minutes. On a eu recours à l'alcool, au vin, à l'acide acétique, au tannin, à la liqueur de Piazza, au chloral.

Les procédés *irritants* sont nombreux : on a employé le badigeonnage de teinture d'iode, les poudres stibiées, les frictions d'huile de croton, le nitrate de potasse, le perchlorure de fer appliqué sur le derme dénudé. Ces moyens ne sont applicables que pour les taches érectiles. L'*inoculation vaccinale* de la tumeur chez les enfants non vaccinés a donné quelques guérisons; à la place de l'angiome se fait du tissu cicatriciel qui oblitère les vaisseaux. Pour obtenir un bon résultat, on devra multiplier les piqûres en raison de l'étendue des lésions et les rapprocher d'autant plus que la tumeur sera plus épaisse. Lorsqu'il s'agit d'une simple tache, on peut espacer les

piqûres de 10 à 12 millimètres; mais lorsque le derme est envahi, il faut, à l'exemple de Nélaton, traverser l'angiome avec plusieurs fils imprégnés de vaccin.

Le broiement sous-cutané, les incisions multiples sur la tumeur suivies de suture avec des épingles, la scarification, l'acupuncture, la cautérisation filiforme avec le galvanocautère, l'électrolyse, ont été appliqués; ces moyens ont donné des succès, mais leur usage ne s'est guère généralisé. Les ponctions multiples avec la plus fine aiguille du thermo-cautère pourront être employées; elles nous ont réussi pour deux tumeurs érectiles, situées l'une au front et l'autre sur la joue, chez des enfants de moins d'un an.

La méthode *destructive* comprend de nombreux procédés: la cautérisation au fer rouge n'a guère de partisans; les caustiques, pâte de Vienne, potasse, acide nitrique, paraissent abandonnés; la ligature en masse dans les tumeurs pédiculées réussit; on la pratique avec un fil élastique. Enfin l'extirpation pure et simple au bistouri a des défenseurs, dont le nombre se multiplie. La réunion immédiate s'obtient, et nous avons ainsi débarrassé deux jeunes filles de taches de la face plus larges que des pièces de 5 francs, sans autre cicatrice qu'une fine ligne blanche.

## V

## MÉLANOMES

Il peut se produire, dans l'organisme, une substance noire, la mélanine ou mélaïne, qui, sous forme de granules microscopiques, infiltre les éléments anatomiques et leurs interstices. Parfois le dépôt se fait dans des tissus morbides comme ceux des sarcomes, des fibromes, des épithéliomas et des carcinomes; nous avons parlé des variétés mélaniques de ces néoplasmes, et n'y reviendrons pas ici. Parfois cette pigmentation atteint des éléments normaux préexistants, et on a les *tumeurs mélaniques simples*, les *masses mélaniques* ou les *mélanomes*.

Ces masses mélaniques ont, disent Cornil et Ranvier, des dimensions qui varient d'un grain microscopique au volume d'un œuf. Elles sont bien limitées, et leurs bords tranchent sur la coloration des tissus sains. Les couches périphériques sont denses et fermes, tandis

que le centre ramolli ressemble à une bouillie noire au milieu de laquelle on trouve des granulations dont les plus petites sont agitées de mouvements browniens. Les éléments normaux y ont disparu; dans les couches excentriques on reconnaît la structure du tissu ancien; les éléments anatomiques sont infiltrés de pigment; il ne semble point y avoir néoformation cellulaire.

Dans les deux seuls cas de mélanose proprement dite qu'on connaisse, celui de Landrieux étudié par Cornil et Ranvier, et celui de Dubreuil et Lancereaux, les masses mélaniques se sont déposées dans le tissu cellulaire, le péritoine, les reins, les mamelles et le cœur. Le pigment y infiltre les éléments les plus divers, cellules conjonctives, cellules épithéliales et fibres musculaires. Les granulations pigmentaires, par leur accumulation, avaient détruit les éléments normaux. L'envahissement des corpuscules noirs gagne, et tandis que les couches périphériques, encore fermes, empiètent sur les tissus sains, la masse centrale ramollie, dégénérée, semblable à une bouillie fluide, augmente. Comme la généralisation existe d'emblée, que les masses mélaniques attaquent plusieurs organes, que le processus destructeur est rapide, on comprend combien grave est le pronostic de ce néoplasme. Pour beaucoup d'auteurs, le chirurgien sûr du diagnostic aurait le devoir de s'abstenir.

Il est difficile de distinguer les masses mélaniques des sarcomes et des carcinomes mélaniques; on confondra d'autant mieux ces tumeurs que les premières sont infiniment rares et que le chirurgien ne songera guère à elles. Mais on ne prendra pas pour une pigmentation de granulations mélaniques certains tatouages faits avec des poudres noires, certaines teintes anormales dues à l'application, sur la peau privée de son épiderme, d'emplâtres ou de taffetas colorés, certaines couches brunes ou noires dues à la formation de composés chimiques et qui se déposent sur les lèvres des abcès, les vieux trajets fistuleux, les os nécrosés; enfin certaines taches sombres, fréquentes sur les cicatrices de jambes après les ulcères. Les matières colorantes du sang et de la bile subissent des métamorphoses nombreuses; elles peuvent s'accumuler dans les tissus, mais il faudrait une grande inexpérience pour s'y laisser tromper.

On discute sur l'origine et la nature du pigment mélanique. Pour Cornil et Ranvier, la matière colorante du sang ne serait pour rien dans sa composition, et sa production est « le résultat d'une