

## § 5. — Angiomes

**Bibliographie.** — ABERNETHY, *Nævi materni*, in *Surg. Observ.*, t. II, p. 239, 1806. — GRÆFE, *Angiectasie*, Leipzig, 1808. — MACILWAIN, *Med. Chir. Transact.*, t. XVIII, 1833. — FAWDINGTON, *The Lancet*, 1830. — TARRAL, *Du traitement des tumeurs érectiles*, in *Arch. gén. de médecine*, t. VI, p. 5, 1834. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. III. — BÉRARD, *Gaz. méd.*, 1841. — Th. de Paris, 1850, GAUTIER. — PAGET, *Lectures on Surg. Pathology*, t. II, 1853. — Th. de Paris, 1854, LABOULBÈNE. — Th. de Paris, 1855, DUBREUIL. — NÉLATON, *Union médicale*, 1857. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1847. — GUERSANT, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1848, 1851, t. I<sup>er</sup>, p. 66. — ESMARCH, *Arch. de Virchow*, 1854. — MICHEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1860. — *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1860, 1869, 1873. — SANTESON, *Union méd.*, 1869. — Th. de Paris, 1870, DUMBRAVENU. — 1873, MONOD. — 1874, DUPONT-PIGNEROL. — 1876, DULION, RIGAUD, MOUILLARD. — 1880, DUCHENU. — 1883, ARRAGON. — WEINLECHNER, *Wien. Med. Bl.*, 1884, n<sup>os</sup> 34-39.

Voir les *Classiques*, les articles des *Dictionnaires*, et les *Traité généraux des tumeurs*.

On désigne sous le nom d'*angiomes* des tumeurs sanguines constituées par des petits vaisseaux de nouvelle formation, semblables aux vaisseaux normaux (*angiomes simples*) ou anastomosés entre eux (*angiomes caverneux*).

Ils ont été pendant longtemps décrits sous le nom de *tumeurs érectiles*, que leur avait donné DUPUYTREN. Cette expression est encore en usage, mais elle ne correspond qu'à certaines variétés d'angiomes : tous, en effet, ne sont pas érectiles.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> *Angiomes simples (nævi materni)*. — Ces tumeurs se présentent ordinairement sous la forme de plaques, de taches ou de saillies mamelonnées, de couleur foncée, variant du rouge brun au bleu violet. Elles sont composées par des pelotons flexueux ou des trainées parallèles de petits capillaires moniformes. Ces vaisseaux, très rapprochés les uns des autres, séparés seulement par un tissu fibreux ou adipo-fibreux qui rappelle la trame de la tumeur, ont la structure des capillaires ordinaires, avec cette différence que leur paroi est plus riche en noyaux.

2<sup>o</sup> *Angiomes caverneux (tumeur érectile)*. — Cette seconde variété, la plus intéressante au point de vue clinique, n'est qu'un degré plus avancé de la formation pathologique précédente. Les vaisseaux plexiformes de l'angiome simple s'anastomosent et concourent à former un système caverneux, constitué par des alvéoles communiquant largement entre eux et contenant les éléments normaux du sang. Ces tumeurs jouissent également des propriétés des tissus caverneux; ainsi elles peuvent subir, sous l'influence de l'afflux sanguin, une turgescence très marquée qui constitue l'érectilité. Dès que ce dernier état cesse, la flaccidité lui succède et la tumeur revient presque complètement sur elle-même. Le sang circule activement dans une enveloppe fibreuse d'épaisseur variable, d'où partent des cloisons qui subdivisent la tumeur en un certain nombre de loges communicantes. La structure des cloisons aréolaires est franchement fibreuse; on y a signalé en outre des cellules, des fibres musculaires

lisses ou striées et des cellules adipeuses, des vasa-vasorum, même des filets nerveux. La face interne des cloisons, en contact avec le sang, est recouverte d'un endothélium aplati semblable à celui des veines.

Les angiomes caverneux sont ordinairement sous-cutanés ou sous-muqueux. Il est rare qu'à un moment donné de leur évolution ils n'intéressent pas la peau; d'autres sont profonds. Suivant leur origine, on a admis des divisions qui n'ont plus qu'un intérêt historique. Ainsi VIRCHOW a décrit les angiomes *lipogènes*, qui naissent dans le tissu adipeux; *phlébogènes*, formés aux dépens des vasa-vasorum des veines, origine fort hypothétique; *fissuraux* quand ils apparaissent aux points de jonction des fentes branchiales. BROCA admet la division en angiomes *artériels*, *veineux* ou *capillaires*. Enfin, les tumeurs érectiles peuvent être diffuses ou circonscrites, capsulées ou mal limitées.

Cinq théories ont la prétention d'expliquer le développement des angiomes.

1<sup>o</sup> D'après ROKITANSKY, les parois et les globules de nouvelle formation existent pendant un certain temps indépendants de la circulation générale, avec laquelle ils ne communiquent que plus tard.

2<sup>o</sup> Pour WEBER, les vaisseaux se forment dans le réseau des cellules plasmatiques.

3<sup>o</sup> L'angiome n'existe pas comme tumeur spéciale pour RINDFLEISCH, car, privé de sang, l'angiome n'est qu'un fibrome avec des cavités lacunaires, analogues à celles qu'on trouve dans d'autres tumeurs.

4<sup>o</sup> VIRCHOW et BROCA considèrent les angiomes comme le résultat du bourgeonnement anormal des vaisseaux préexistants qui, par leurs anastomoses, constituent le tissu caverneux.

5<sup>o</sup> CORNIL et RANVIER pensent que les capillaires de l'angiome prennent naissance dans du tissu embryonnaire et subissent ensuite une dilatation anormale.

**Modifications des angiomes.** — Les angiomes, dont la marche est lente, présentent quelquefois des modifications dans leur texture. Elles sont au nombre de cinq : transformations fibreuse, grasseuse, kystique, calcaire et cirsoïde.

1<sup>o</sup> *Transformation fibreuse.* — Il arrive que, sous l'influence d'une irritation spontanée ou traumatique, les parois des vaisseaux ou les cloisons de la tumeur s'épaississent et tendent à l'oblitération de la cavité qui peut guérir par ce mécanisme. BÉRARD a vu cette heureuse terminaison succéder à des cicatrices superficielles, suites d'une ulcération (*Compendium*, t. I, p. 630).

2<sup>o</sup> *Transformation grasseuse.* — Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Les uns admettent que de la graisse se dépose entre les cloisons, tandis que, pour la plupart, la présence des cellules adipeuses est liée à l'évolution de la tumeur lorsqu'elle prend naissance dans la graisse.

3<sup>o</sup> La *transformation kystique* paraît de toutes la plus fréquente. Certaines portions de l'angiome caverneux s'isolent par oblitération de leur canal de communication, et il en résulte une cavité close susceptible de devenir l'origine d'un kyste. CORNIL et RANVIER admettent l'isolement d'un bourgeon vasculaire dont le sang subit diverses modifications; HAWKINS, HOLMES (*London Med. Gaz.*, 1852, t. X, p. 42), COSTILHES (*Revue médicale*, 1851), ont depuis longtemps décrit et expliqué ces formations kystiques; LABOULBÈNE, BRYANT ont aussi observé de petits kystes séreux multiples, mesurant de 1 à



3 millimètres de diamètre. Le liquide contenu dans les kystes est ordinairement séreux, jaunâtre, mais on y retrouve toujours des produits dérivés du sang.

4° L'*infiltration calcaire* a été observée dans les parois des angiomes, qui s'incrument et donnent naissance à ce que Broca appelle les phlébolithes et que, pour ne rien préjuger, nous nommerons les angiolithes.

5° La *dégénérescence cirsoïde*, mode de terminaison assez fréquent des angiomes, est une sorte d'envahissement progressif des vaisseaux afférents et efférents par le néoplasme.

Nous mentionnerons encore la manière de voir de quelques chirurgiens, qui admettent la transformation des angiomes en tumeurs malignes. A la vérité, certains carcinomes ou sarcomes prennent naissance sur des nævi, mais c'est là une simple question de prédisposition locale, ne s'étendant pas aux angiomes caverneux.

**Étiologie.** — Les angiomes congénitaux sont de beaucoup les plus fréquents, quelques-uns se développent dans l'âge adulte, à la suite d'un traumatisme par exemple. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la prédisposition plus grande du sexe féminin, dans lequel on observe plus des trois quarts des angiomes.

L'hérédité ne joue aucun rôle appréciable dans leur apparition, et les mots « signes » ou « envies », par lesquels on désigne vulgairement les angiomes cutanés, n'ont d'autre fondement que l'imagination. Les nævi peuvent être multiples, disposition rare dans le cas d'angiomes caverneux.

**Siège.** — Les angiomes siègent un peu partout, aussi bien à la peau, dans le tissu sous-cutané, que dans les organes profonds (foie, rein). CRUVEILHIER a vu les muscles du bras complètement transformés en un système caverneux; VERNEUIL a rencontré des angiomes des os. Parmi toutes les régions, la tête semble présenter une prédisposition spéciale, puisqu'on y observe les deux tiers des angiomes. Nous avons déjà dit que VIRCHOW faisait jouer aux fentes branchiales un rôle dans la formation des angiomes dits fissuraux des paupières et des lèvres; BÆCKEL croit que les violences auxquelles la tête est soumise pendant l'accouchement ne sont pas étrangères à leur production. Certaines parties de la face, les lèvres, les paupières, l'aile du nez, l'oreille, la joue, l'orbite, la langue sont des lieux d'élection de cette affection.

**Symptômes.** — Ils varient suivant que l'angiome est cutané, muqueux, sous-cutané ou caverneux.

1° Les *angiomes cutanés* ou simples comprennent les taches, les nævi et les tumeurs érectiles superficielles. Ces taches sont roses, rouges, quelquefois brunes, violacées, dans ce dernier cas elles portent le nom de *taches de vin*. Leurs dimensions varient beaucoup, depuis la surface d'une lentille jusqu'à la forme de grandes plaques, irrégulièrement arrondies. Elles sont indolentes, s'accroissent sous l'influence de l'effort, des cris et de toute cause qui congestionne la région; au contraire, le repos, le sommeil, et surtout la pression du doigt, les font pâlir. Les petits angiomes turgescents, paraissent moins bien limités et intéressent presque toujours une partie des tissus sous-jacents.

Les tumeurs érectiles cutanées se présentent sous la forme de petites masses pédiculées ou sessiles, molles, tantôt circonscrites, tantôt diffuses. Elles affectent parfois la forme d'une mure ou d'une framboise. Leur couleur peut varier du rouge au violet, suivant qu'elles sont artérielles ou veineuses. Les angiomes de cette variété deviennent plus facilement érectiles que les taches, se vident et se décolorent partiellement par la pression; jamais ils ne causent de gêne ni de douleur.

La plupart restent ordinairement stationnaires; quelques-uns suivent une marche différente, peuvent s'accroître en devenant diffus ou en envahissant les tissus voisins.

2° Les *angiomes des muqueuses* ont une structure analogue aux précédents, mais leur coloration est toujours bleuâtre. Ils font très facilement saillie dans la muqueuse et sont remarquables par leur tendance à envahir toute l'épaisseur de l'organe dans lequel ils ont pris naissance.

3° Les *angiomes sous-cutanés* se présentent sous deux formes, circonscrite et diffuse. Les premiers décrits par MONOD, constituent des tumeurs bien limitées, dépassant rarement le volume d'une noix, isolées des tissus voisins et de la peau par une sorte de capsule; quelquefois la peau présente à leur niveau une coloration bleuâtre. Ils ont une consistance élastique, molle, sans fluctuation évidente; la main peut y percevoir de légères bosselures. Les cris, les efforts, la pression ont peu d'action sur le volume de la tumeur. Il n'y a ni battements, ni souffle. La plupart de ces caractères sont la conséquence de la structure fibreuse et de l'épaisseur des parois.

Les angiomes sous-cutanés diffus se rapprochent davantage des tumeurs érectiles superficielles; leur système caverneux est très dilatable; aussi sont-ils pulsatiles, fluctuants et se gonflent-ils un peu sous l'influence des cris, des contractions musculaires, de l'émotion. A leur pourtour il existe un lacis veineux très développé. A l'auscultation, l'oreille perçoit un bruit de souffle, mais alors on est presque au début d'un anévrysme cirsoïde.

Les angiomes profonds étant inaccessibles, leur histoire ne saurait trouver place ici.

**Marche et terminaisons.** — Les angiomes peuvent rester indéfiniment stationnaires, guérir ou progresser.

On n'observe guère la première terminaison que pour les taches cutanées qui sont immobiles, augmentent seulement en surface à mesure que le corps se développe sans changer de forme.

La guérison naturelle a été constatée quelquefois pour certaines taches rosées et les petites tumeurs érectiles; la tumeur disparaît alors, comme nous l'avons indiqué, par le fait d'un travail d'oblitération qui succède assez souvent à une inflammation intérieure modérée et produit du tissu fibreux.

Sans s'accroître beaucoup, les angiomes envahissent peu à peu la peau et la muqueuse; celles-ci deviennent, sous l'action incessante des dilations progressives, d'une minceur extrême; la rupture peut y survenir, en donnant lieu à des hémorragies jamais bien graves, et surtout à des petites ulcérations qui bourgeonnent, se cicatrisent. Le tissu cicatriciel rétractile diminue l'étendue de la tumeur et contribue utilement à son obli-



tération, surtout si un léger degré d'inflammation se développe dans l'angiome.

Si l'inflammation, plus vive, dépasse les limites utiles, il peut en résulter un véritable phlegmon et même la gangrène de la tumeur, ainsi que PELLETAN, WARDROP en ont relaté des exemples (*Med. Chir. Transact.*, vol. IX, 1818).

La terminaison par accroissement, toujours fâcheuse, a été notée surtout pour les angiomes sous-cutanés diffus; les causes de ce processus sont peu connues, mais on sait qu'un traumatisme dans le cas de tumeurs congénitales, la menstruation, la grossesse pour les tumeurs acquises, peuvent être l'origine des progrès parfois intermittents de la tumeur. A cet égard, il est utile de faire avec BROCA une distinction entre les angiomes qui s'accroissent aux dépens du système artériel et les angiomes veineux; car les premiers ont une gravité extrême, une marche rapide, une tendance à s'ulcérer, à se rompre extérieurement ou dans les tissus. Il en résulte des hémorragies toujours redoutables, des plaies fongueuses; cependant on a vu exceptionnellement l'inflammation amener la guérison.

**Diagnostic.** — Les nævi et les angiomes cutanés se reconnaissent facilement et ne sauraient être confondus avec d'autres affections. La couleur, l'érectilité, le siège, la réductibilité, l'origine de la tumeur sont autant de caractères pathognomoniques; le diagnostic des angiomes sous-cutanés n'est pas toujours aussi facile, surtout quand la tumeur est pulsatile, symptôme qui leur est commun avec les anévrysmes. Cependant il est rare que les angiomes sous-cutanés n'intéressent pas la peau et ne lui communiquent la coloration bleuâtre.

La confusion serait encore possible avec les néoplasmes très vasculaires qui ont subi la transformation hématoïde, tels que le sarcome et le carcinome; mais alors l'érectilité n'est pas franche et apparaît comme un phénomène ultime, tandis qu'elle est constante dans la tumeur érectile.

On a peine à comprendre au premier abord que l'on puisse prendre une encéphalocèle ou une méningocèle de la région orbitaire ou naso-frontale pour une tumeur érectile; cette erreur toutefois a été commise, elle s'explique par la coïncidence des deux affections et leur réductibilité; des accidents sérieux peuvent en être la conséquence quand la communication de la hernie avec la grande cavité persiste. Le siège, en pareil cas, devra prémunir le chirurgien contre la possibilité d'une aussi fâcheuse méprise. Enfin les anévrysmes sous-cutanés circonscrits ont été pris pour un lipome, un fibrome; la ponction exploratrice, l'étude des symptômes ramèneront toujours dans la bonne voie.

**Pronostic.** — Les angiomes n'ont un caractère de gravité qu'autant qu'ils sont progressifs et tendent à envahir les vaisseaux voisins. Si quelques-uns sont susceptibles de disparaître spontanément, ainsi que DEPAUL l'a démontré, si d'autres restent indéfiniment stationnaires, il n'en est pas moins certain que les angiomes caverneux par eux-mêmes ou par leur progression entraînent à des opérations dont les suites ne sont pas toujours simples.

**Traitement.** — Les méthodes de traitement des angiomes répondent à plusieurs indications: 1° Provoquer dans la tumeur un travail phlogistique qui aura pour effet de l'oblitérer. 2° Diminuer ou suspendre complètement le cours

du sang de manière à favoriser la résolution de la tumeur, en supprimant la cause de son développement. 3° Enlever, détruire le néoplasme.

**1. Méthode phlogistique.** — Elle comprend un grand nombre de procédés que nous allons passer en revue successivement:

1° *Vaccination.* Les chirurgiens anglais ont eu les premiers l'idée de l'appliquer au traitement des angiomes pour amener de larges cicatrices et l'oblitération fibreuse de la tumeur (EARLE, HODGSON, MARSHALL). Introduite en France par TARRAL (1834), pratiquée par VELPEAU, elle a été vivement préconisée par MARJOLIN (*Soc. de chirurgie*, 1847) qui lui doit plusieurs succès. On pratique un certain nombre de piqûres, ou bien, comme NÉLATON, on passe un fil vaccinateur dans la tumeur. Cette méthode n'est bonne que pour les nævi et les angiomes cutanés. LAFARGUE a proposé de remplacer le vaccin chez les individus déjà vaccinés par quelques gouttes de croton tiglium, et de faire des piqûres en cercle comme avec le vaccin (*Archiv. gén. de méd.*, 1844).

2° *Injections.* L'idée d'introduire des liquides irritants dans la tumeur pour en modifier les parois, tout en agissant sur le contenu, appartient à LLOYD (1836). Ce procédé a l'inconvénient d'exposer au passage d'une partie du liquide dans la circulation et d'amener ainsi des accidents parfois funestes. Les premiers liquides employés furent l'éther nitrique, les sels de zinc, l'alcool; BÉRARD conseillait le nitrate acide de mercure; de tous le perchlorure de fer est celui qui jouit de la plus grande vogue (1860) et on lui doit de très beaux succès; mais on l'a vu amener une destruction gangréneuse des angiomes et mettre à nu des organes importants. RICHEL l'emploie encore de préférence à d'autres procédés, et se sert d'une solution marquant de 7° à 10° à l'aréomètre, dont il injecte quelques gouttes chaque fois. Pour éviter le passage du liquide dans les veines, il faut faire une compression exacte à la périphérie de la tumeur et n'appliquer cette méthode qu'aux angiomes non réductibles (RIGAUD, Thèse de Paris, 1876).

Un grand nombre d'autres liquides ont également été employés; VALTON a réussi avec l'acide tannique. VERNEUIL, M. SÉE conseillent l'hydrate de chloral.

3° La *teinture d'iode* employée extérieurement en badigeonnages a donné plusieurs succès à EDWARDS (1854) et à BULTEEL (de Plymouth).

4° Le *broiement* et les scarifications sous-cutanées essayés par MARSHALL (1835) se pratiquent avec un ténotome ou une aiguille à cataracte. C'est un procédé purement théorique.

5° Le *séton filiforme* passé dans la tumeur constitue un des meilleurs procédés pour amener l'inflammation de l'angiome, mais le simple passage de fils même multiples, comme le faisait VELPEAU, reste souvent insuffisant, et on leur préfère le séton caustique. LAWRENCE enduisait le fil de nitrate d'argent, ROSER de perchlorure de fer, HERGOTT se servit de vermicelles de pâte de Canquoin. BÉRARD combinait les sétons laissés en place deux ou trois jours avec la ligature qu'il pratiquait avec eux.

6° L'*acupuncture*, patronnée par VELPEAU et LALLEMAND, est presque tombée en désuétude. Elle consistait à enfoncer des aiguilles à insectes dans la tumeur pour amener par leur séjour de l'inflammation et des cicatrices obli-