

Des recherches nouvelles permettront sans doute prochainement d'établir entre ces diverses lésions une classification tout à fait satisfaisante.

**Synonymie.** — La tumeur cirsoïde a reçu des noms très divers : *anévrisme par anastomose* (J. Bell), *varice artérielle* (Dupuytren), *angiomes rameux*, *tumeurs érectiles pulsatiles*, *tumeur cirsoïde artérielle* (Gosselin et Robin), *anévrismes cirsoïdes* (Breschet). Cette dernière dénomination, qui n'a d'autre avantage que de rappeler le caractère flexueux de la dilatation artérielle, a remplacé, en France, l'expression analogue et longtemps classique de *Varice artérielle*.

L'expression d'*Anévrisme des anastomoses* nous paraît volontiers répondre mieux que les autres aux faits de dilatation concomitante des capillaires et des veinules dont nous signalions plus haut l'importance.

**Historique.** — C'est à John Bell que revient le mérite d'avoir donné la première description de ce qu'il appelait *l'anévrisme par anastomose*, parce qu'il y voyait la réunion de canaux ou de lacunes établissant la communication entre des artères et des veines ou entre des ramuscules artériels.

D'autres cependant avaient avant lui observé cette sorte de tumeur : Vidus Vidius, médecin de François I<sup>er</sup>, avait écrit : « Intumescunt interdum arteriæ, et fiunt in illis veluti varices... » ; J.-L. Petit l'observa aussi et constate aussi que la tumeur donne à l'oreille le bruit tel qu'on l'entend dans l'anévrisme. Pelletan en rapporte deux nouveaux exemples dans sa *Clinique chirurgicale* (1810) et Dupuytren, en 1818, avait l'occasion de pratiquer la ligature de la carotide sur une jeune fille de vingt ans, atteinte de varice artérielle, pour laquelle Populus et Rétif, chirurgiens de l'hôpital de Sens, avaient lié sans succès la temporale, l'auriculaire et l'occipitale.

Les travaux qui suivirent la description de John Bell n'apportèrent aucun document important ; Hogdson, Breschet (1852), Chassaignac (1848) ne firent qu'augmenter la confusion qui existait entre l'anévrisme cirsoïde et les tumeurs érectiles.

En 1851, paraît un mémoire important de Robert, qui, complétant l'œuvre de J. Bell, assigne aux *varices artérielles du cuir chevelu* une place à part dans le cadre nosologique.

Depuis cette époque, ont paru la thèse de F.-M. Verneuil (1852), celle plus importante de Decès (1857), où se trouvent rassemblés tous les cas jusqu'alors épars dans la littérature, et enfin l'importante thèse d'agrégation de M. Terrier (1872).

J. PELLETAN, Mémoires sur des espèces particulières d'anévrismes et sur des tumeurs artérielles ou veineuses. In *Clin. chir.*, t. II, p. 1, Paris, 1810. — BRESCHET, Mémoires sur les anévrismes. In *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. III, p. 101. — ROBERT, Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu. Paris, 1851. — VERNEUIL, Thèse de Montpellier, 1852, n° 44. — VERNEUIL, *Gaz. heb.*, 1858. — COCTEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1865, t. II, p. 666. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, t. X, 1867. — HEINE, *Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde*, Bd. CIII u. CIV, 1869. — LABBÉ, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — BARWELL, *Encyclop. intern. chir.* — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874. — DESPREZ, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 298. — POLAILLON, *Ibid.*, p. 348. — DECÈS, Thèse de Paris, 1857. — TERRIER, Thèse d'agrég. de Paris, 1872. — OUFRAY, Thèse de Paris, 1872. — MOREL, Thèse de Paris, 1873. — GUILLEMIN, Anévrisme cirsoïde de la tête. Thèse de Nancy, 1884. — TERRIER, *Revue de chirurgie*, février 1890.

**Anatomie pathologique.** — SIÈGE. — L'anévrisme cirsoïde s'observe en toutes régions ; on le voit à la tête, au front, aux oreilles ; on le rencontre sur les membres, de préférence sur la main, et Polailon réunissait

récemment 14 observations de tumeur cirsoïde de la main. Cependant en aucune région, la fréquence de l'angiome rameux n'est aussi grande qu'au cuir chevelu ; c'est là son siège de prédilection. On a cherché à expliquer ce fait par la richesse des artères musculaires, la présence de fentes brachiales et la fréquence des angiomes dans cette région de l'extrémité céphalique.

Il y a, dans l'anévrisme cirsoïde, deux choses principales : la tumeur cirsoïde et la dilatation des vaisseaux afférents et efférents avec altération de leurs parois.

1° *Tumeur cirsoïde.* — La tumeur cirsoïde est bosselée, irrégulière, mal limitée, ses contours sont mal définis. Il n'y a point, comme dans l'anévrisme artériel, une seule cavité en communication avec une artère ; la tumeur est formée par un amas de vaisseaux dilatés, flexueux, ampullaires, réunis ou accolés et rappelant par leur juxtaposition ce qu'on observe sur les veines variqueuses.

A la coupe, on voit un tissu aréolaire et caverneux, rappelant de très près la



Fig. 69. — Anévrisme cirsoïde du doigt. — Coupe d'ensemble (d'après Quénu) (1).

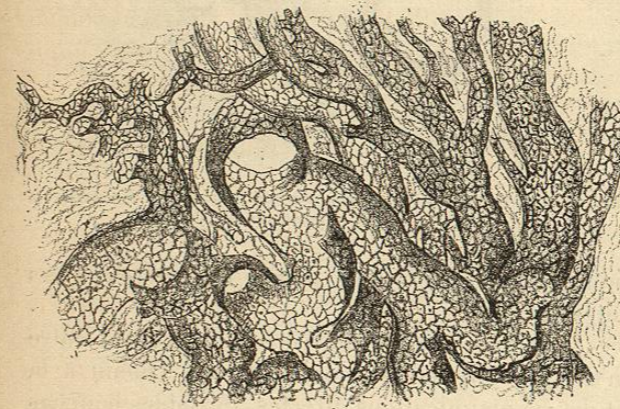


Fig. 70. — Anévrisme cirsoïde traité par la nitration (préparation de Malassez, observation Terrier, *Revue de chirurgie*, janvier 1890).



Fig. 71. — Anévrisme cirsoïde traité par la nitration (d'après Quénu).

disposition de l'angiome caverneux. Des cavités plus larges s'y montrent à côté de cavités plus petites, reconnaissables à la loupe, et séparées par des trabécules fines et peu résistantes. Les cavités plus grandes ont des parois plus épaisses.

Il n'est pas facile dans l'état actuel de nos connaissances, de spécifier exactement la part qui revient dans la formation de ces diverses cavités aux capillaires, aux artères et aux veines.

(1) QUÉNU, *Des tumeurs*, t. I, fig. 411.



Broca, au chapitre des *Tumeurs érectiles*, et notre collègue Quénu, dans le premier volume de ce traité, ont fort bien montré les relations qui existent entre les angiomes et les anévrysmes cirsoïdes. Il n'est pas douteux que, dans un grand nombre de faits, la lésion première soit constituée par les granulations capillaires caractéristiques de la tumeur érectile. Mais, à côté de ces flexuosités capillaires, se développent rapidement des dilatations, artérielles surtout, et aussi veineuses, et on conçoit facilement que les sinuosités dilatées de ces vaisseaux donnent à la coupe qui les a rencontrés un aspect diversement aréolaire.

Sous l'influence d'un processus encore inconnu, ces diverses sinuosités arrivent-elles à communiquer directement? Le fait est possible quoique non absolument démontré. Broca, qui avait bien exposé les relations étroites qui existent entre l'anévrysme artério-veineux et l'anévrysme cirsoïde, plus récemment Terrier et Quénu, admettent sans conteste la communication très large des artérioles et des veinules par l'intermédiaire de capillaires dilatés, réalisant, suivant la très juste expression de Quénu, ces vaisseaux dérivatifs admis par

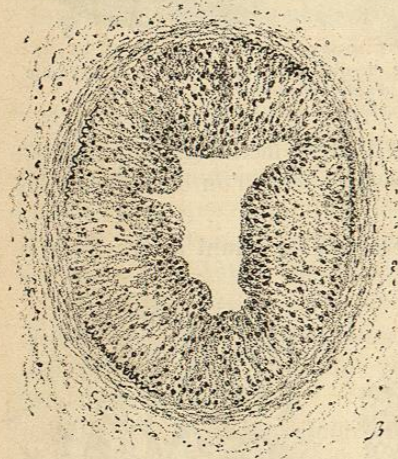


FIG. 72. — Anévrysme cirsoïde du doigt. Coupe d'une artère (d'après Quénu).



FIG. 73. — Anévrysme cirsoïde du doigt. — Coupe des veines hypertrophiées (Quénu).

Sucquet, et qui feraient communiquer en certains points les artères et les veines sans réseau capillaire intermédiaire.

Mais indépendamment de ces communications indirectes qui existent entre les artères et les veines, il n'est pas impossible, comme l'a dit Quénu à la Société de chirurgie, qu'il y ait des communications directes, véritables bouches artério-veineuses.

L'étude histologique de la tumeur cirsoïde actuelle nous la montre donc formée de plusieurs éléments : dilatation du réseau capillaire, dilatation et allongement très marqué des artères, dilatation des veines, *communication large et facile entre ces deux ordres de vaisseaux*.

Les *altérations des artères* sont variables suivant le stade du processus pathologique où on les observe; tantôt il y a épaissement des tuniques, tantôt on a noté un amincissement marqué. Nous retrouverons ces lésions sur les vaisseaux éloignés.

Pour les *veines*, les lésions sont également variables : on observe sur les coupes d'anévrysme cirsoïde des cavités veineuses à paroi musculaire hypertro-

phiée (Quénu), et dans d'autres cas, de gros vaisseaux à parois fibreuses, denses, pauvres en éléments contractiles et qui semblent des veines transformées.

2° *Altérations des vaisseaux afférents et efférents*. — Mais la dilatation vasculaire et l'altération qui l'accompagne ne restent pas limitées à la tumeur seule; les *artères efférentes* sont toujours altérées pour leur compte, et on y retrouve, isolées, toutes les modifications de calibre et de longueur qui constituent par leur groupement la tumeur principale.

Les *artères afférentes* sont *dilatées, allongées et flexueuses*, souvent *amincies*.

La *dilatation* est parfois considérable : des artérioles, qui, normales, sont du volume d'un stylet, acquièrent les dimensions de la radiale et émergent au nombre de trois, quatre ou six de la périphérie de la tumeur. Le calibre de l'artère dilatée est parfois régulier; plus souvent des inégalités se produisent avec des bosselures latérales ou circonférentielles.

L'*allongement* de l'artère détermine les *flexuosités* du vaisseau, qui ajoutent à l'irrégularité de sa surface. Cet allongement et ces flexuosités s'observent parfois à une très grande distance de la tumeur cirsoïde; on les observe jusque sur l'humérale dans des anévrysmes cirsoïdes des doigts. L'influence exercée sur ces dilatations et flexuosités secondaires par la tumeur cirsoïde n'est pas douteuse. Plusieurs auteurs ont cité à la Société de chirurgie, en 1889, des faits où une dilatation considérable et des flexuosités marquées avaient disparu très rapidement après l'ablation de la tumeur cirsoïde.

Enfin l'*amincissement* a été signalé comme un caractère constant; il n'en est pas toujours ainsi, et tous les examens histologiques, d'ailleurs très rares, ne concordent pas sur ce point. Robin, Heine, Labbé ont donné des renseignements différents. Dans le cas observé par Robin, il y avait augmentation d'épaisseur de la paroi. La tunique moyenne surtout était le siège de cet épaissement; elle était infiltrée de granulations graisseuses. La tunique celluleuse, également épaissie, adhérait au tissu cellulaire ambiant, qui formait des cloisons entre les artères dilatées et flexueuses.

Sur le malade de Labbé, les fibres musculaires de la tunique moyenne étaient conservées; la seule lésion appréciable consistait dans une infiltration graisseuse commençante de cette tunique moyenne. C'est vraisemblablement là le premier stade d'une lésion dont le sujet de Heine présentait un deuxième degré; les fibres musculaires avaient subi la dégénérescence graisseuse; la tunique moyenne était moins épaisse, l'externe adhérait aux parties voisines. Hyperplasie d'abord et épaissement, puis, dégénérescence et amincissement de la tunique moyenne : telle est l'évolution probable des lésions de la paroi artérielle.

Les *veines efférentes* de la tumeur cirsoïde ne présenteraient que rarement les mêmes altérations que les artères; cette opinion est indiquée dans tous les traités classiques. Broca, Terrier, Malassez et Quénu semblent incliner vers

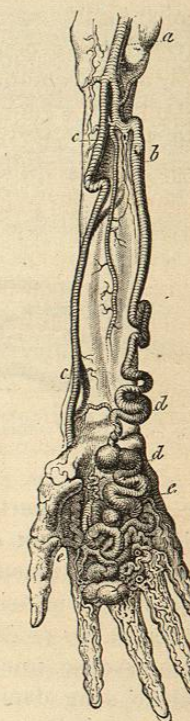


FIG. 74. — Varices artérielles de l'avant-bras et de la main.

a, artère humérale saine. — b, artère cubitale flexueuse. — c, artère radiale. — d, d, e, pelotons variqueux de l'artère cubitale à l'avant-bras et à la main.



l'opinion inverse: Clemot a vu la veine temporale notablement augmentée de volume; les autopsies de Letenneur et Cocteau ont montré une véritable hypertrophie des veines voisines, pour ainsi dire *artérialisées* suivant leur expression.

La figure 125 du premier volume (Chapitre Angiomes) ne laisse aucun doute sur l'hypertrophie des parois veineuses, et il est bien difficile qu'il en soit autrement toutes les fois qu'il y aura large communication des artères avec les veines.

Sans doute cette lésion n'est pas comparable à la dilatation des artères, mais pour être moins importante, elle ne doit pas moins être signalée comme abso-

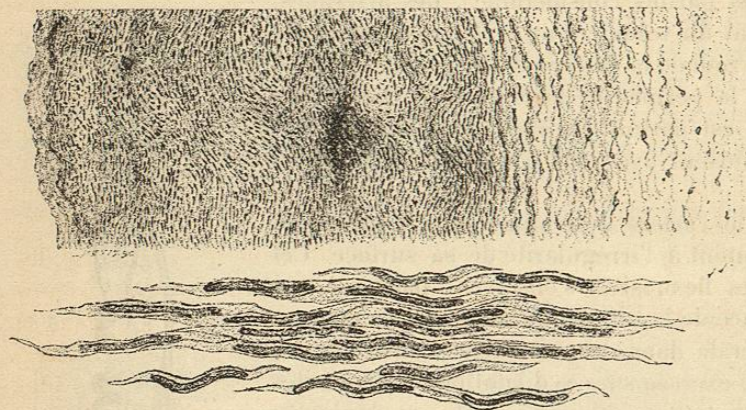


FIG. 75. — Paroi veineuse hypertrophiée; hyperplasie des fibres musculaires (Quénu).

lument en rapport avec ce que nous avons dit sur la constitution des anévrysmes cirsoïdes.

5° *Lésions de voisinage.* — Nous avons vu le tissu cellulaire ambiant adhérer aux parois artérielles et se confondre avec elles; d'autres parties peuvent être également altérées par voisinage. Les os, surtout les os du crâne, subissent fréquemment, comme dans l'anévrysme, au contact de la tumeur, une sorte d'ostéite raréfiante, qui détermine à leur surface une simple dépression d'abord, et aboutit plus tard à la perforation. Dans le cas de Clemot, les os étaient usés au niveau des artères dilatées; à travers la perforation osseuse, une ulcération de la paroi artérielle avait déterminé un épanchement de sang dans le crâne. De même, sur un malade de Le Fort, la voûte crânienne avait complètement disparu au niveau de la tumeur.

**Étiologie et physiologie pathologiques.** — L'anévrysme cirsoïde est traumatique ou spontané: dans les deux cas, les conditions de son développement sont différentes:

A. *Traumatique.* — L'époque du traumatisme est souvent éloignée: elle remonte quelquefois aux premières années de la vie, à cinq ans (A. Cooper et Brodie), à six ans (Wutzer), à huit ans (Robert). D'autres fois le traumatisme est plus récent, il date de trois mois (Warren), de quelques jours (Maisonneuve, Le Fort).

La nature du traumatisme est sans importance, mais un fait à retenir, c'est qu'il n'y a pas toujours et nécessairement plaie extérieure.

B. *Spontané.* — L'anévrysme cirsoïde, lorsqu'il se développe spontanément, apparaît de quinze à trente ans. On s'accorde généralement à reconnaître qu'il n'est que la transformation d'un angiome.

Sur la cause, sur l'agent de cette transformation, les divergences d'opinion se reproduisent.

On invoque les traumatismes légers, insignifiants: Brüns parle dans ce sens

de l'action irritante du peigne, pour activer l'évolution d'un nævus du cuir chevelu. D'autres recherchent les influences générales, la pléthore, la puberté, la grossesse, la suppression des règles. On mentionne encore l'influence de l'alcoolisme, des émotions morales.

Il n'est pas facile, dans l'état actuel de nos connaissances, de trouver pour la plupart des cas, la raison de la transformation d'un nævus en anévrysme cirsoïde, et aucune des influences incriminées en dehors du traumatisme n'est assez constante pour qu'on puisse y voir autre chose qu'une simple coïncidence.

La physiologie pathologique des anévrysmes cirsoïdes est encore une question à l'étude. Deux causes seulement exercent sur la production de cette lésion curieuse une influence incontestable, le traumatisme et la préexistence d'un angiome. Souvent, comme l'a démontré Broca, le traumatisme n'a pour effet que de révéler l'existence d'un angiome antérieurement méconnu; c'est l'origine probable du plus grand nombre des anévrysmes cirsoïdes, qui n'ont ainsi que des relations indirectes avec le traumatisme.

L'action du traumatisme n'est pas toujours secondaire; quelle est donc la lésion dont la production entraîne le développement de la série si curieuse des altérations artérielles et veineuses que nous venons de décrire? Broca et Virchow nous l'ont fait pressentir: cette lésion primordiale réside sans doute dans la communication facile des artères avec les veines. Les observations si intéressantes de M. Terrier (*Revue de chirurgie*, janvier 1890) sont à ce sujet des plus instructives; notre collègue Quénu a surtout bien fait ressortir l'importance de cette communication, à la Société de chirurgie, dans la séance du 18 décembre 1890, et dans l'intéressant chapitre qu'il a consacré aux angiomes dans le premier volume de ce traité.

La lésion principale d'où découlent toutes les autres est bien cette communication des artères et des veines, communication indirecte par l'intermédiaire des capillaires dilatés, et probablement aussi phlébartérie directe entre les artérolles et les veinules. L'anévrysme cirsoïde ne devient plus dès lors qu'une variété particulière d'anévrysme artério-veineux. Les lésions artérielles et surtout veineuses ne sont-elles pas les mêmes dans l'une et l'autre affection; le traitement le meilleur n'est-il pas le traitement radical qui fait disparaître avec la tumeur cirsoïde les communications vasculaires en question? N'a-t-on pas vu la tumeur enlevée, les dilatations artérielles éloignées disparaître rapidement, ainsi que Tillaux en a récemment apporté un exemple à la Société de chirurgie?

La paralysie vaso-motrice de Rokitansky, les altérations vasculaires, inflammations, scléroses diffuses, invoquées par Billroth et par d'autres auteurs, ne sont que des lésions secondaires; il ne me semble pas douteux que les faits nouveaux viendront bientôt confirmer cette hypothèse si claire et si simple qui a pour elle l'identité des lésions vasculaires dans l'anévrysme cirsoïde et dans l'anévrysme artério-veineux.

**Symptômes.** — Qu'il soit traumatique ou spontané, l'anévrysme cirsoïde évolue un certain temps avant de se révéler par les signes qui lui sont spéciaux. Le malade a-t-il eu antérieurement un traumatisme, huit, dix, quinze ans ont pu s'écouler, sans que la région présente rien d'anormal; s'agit-il, au contraire, de la transformation d'un nævus, on peut en quelque sorte assister aux modifications successives de la tumeur, sans qu'il soit souvent possible de dire où finit le nævus, où commence la tumeur cirsoïde.



A son état de complet développement, l'anévrisme cirsoïde se présente sous l'aspect d'une *tumeur cirsoïde* plus ou moins volumineuse, et animée de battements.

Irrégulière et bosselée, elle soulève les téguments à son centre et se continue sans limites bien définies avec les parties voisines. La peau du cuir chevelu ne présente extérieurement aucune modification appréciable; les cheveux masquent la tumeur. Ailleurs, dans les régions mieux exposées à la vue, comme le front, la face, les membres, la peau est modifiée dans sa couleur et dans son aspect: elle est rouge ou parsemée de taches veineuses plus foncées, soit que cette coloration tienne au naevus antérieur, soit que l'amincissement de la peau rende

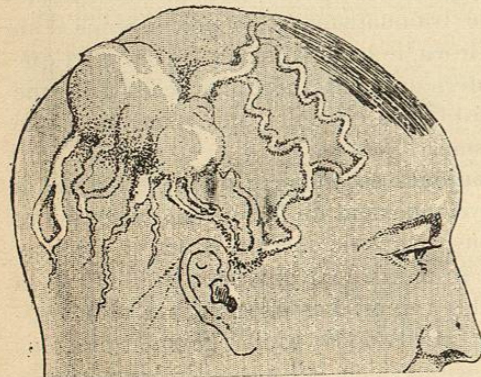


FIG. 76. Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu (d'après Terrier, *Revue de chir.*, janvier 1890.

plus appréciables les vaisseaux sous-jacents. La peau n'est pas toujours amincie; dans d'autres circonstances, elle présente un aspect éléphantiasique, une surface raboteuse et inégale. On voit encore à l'œil nu, autour de la tumeur et soulevant les téguments dans leur trajet irrégulier, des vaisseaux flexueux, animés de battements et présentant tous les caractères anatomiques des artères très dilatées.

Au toucher, la tumeur est molle, élastique et pulsatile.

Si la peau est suffisamment mince, on sent que la masse morbide est formée d'une agglomération de vaisseaux; on dirait un *paquet de vers*, un *peloton de ficelle*. Les battements se font aussi sentir dans toute l'étendue de la tumeur, mais non uniformément. A chaque pulsation se produit aussi un frémissement vibratoire, une sorte de bruissement, analogue au frémissement vibratoire de l'anévrisme artério-veineux. La pression réduit totalement ou partiellement la tumeur; on sent l'ondée sanguine fuyant sous le doigt et se répandant dans les différents segments de l'anévrisme; celui-ci reprend son volume dès que la main est levée.

L'auscultation fait entendre un bruit de souffle intermittent, ou continu, avec redoublement à chaque pulsation; ce bruit de souffle ne reste pas limité à la tumeur elle-même; on le perçoit à une grande distance sur les artères afférentes.

Les artères du voisinage participent en effet toujours dans une certaine mesure aux caractères qui distinguent les vaisseaux de la tumeur principale: dilatation, allongement, flexuosités.

On trouve à leur surface les mêmes bosselures, les mêmes irrégularités. Leur calibre exagéré permet aux battements de se manifester avec plus d'énergie; chaque pulsation s'accompagne d'un frémissement vibratoire appréciable au toucher et d'un bruit de souffle, que l'auscultation fait reconnaître.

La compression des artères amène dans la tumeur et ses ramifications la cessation des battements avec une réduction partielle. La pression sur les veines, au contraire, détermine une augmentation du volume, en même temps que les bruits redoublent d'intensité; ainsi agissent encore la toux, les efforts et l'attitude renversée de la tête.

L'anévrisme cirsoïde n'occasionne par sa présence que peu de troubles fonctionnels. La douleur fait toujours défaut; les malades ne se plaignent que de la

perception du thrill et des battements, lorsque la tumeur siège à la tête, il en résulte souvent de l'insomnie, dans tous les cas une gêne continue. Lorsque l'anévrisme siège sur un membre, sa présence rend le membre plus maladroit, les mouvements plus difficiles; quelquefois même la sensibilité est modifiée.

Letenneur et Coyne ont signalé une élévation locale de la température à la surface même de la tumeur; la différence toutefois est peu sensible, et ne s'élève guère au delà de 1 degré.

**Marche.** — L'anévrisme cirsoïde tend toujours à s'accroître. Certaines conditions favorisent particulièrement cette tendance; la *puberté*, la *grossesse*, l'*accouchement* ont une action de ce genre, connue depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, le volume de la tumeur augmente peu à peu; la peau s'étend, s'amincit; les vaisseaux se rapprochent de la surface des téguments; sous la moindre influence, la peau se déchire et il se produit une hémorragie artérielle grave, si l'on n'intervient pas aussitôt. Les relations de la tumeur avec les os du crâne, lorsqu'elle siège à la tête, permettent, il est vrai, d'exercer facilement la compression; mais, dans d'autres régions, la compression est plus difficile. D'ailleurs, après une première hémorragie, une seconde se produit, puis une troisième; le malade finit par s'épuiser et meurt d'anémie. On a vu enfin l'hémorragie se faire dans la cavité crânienne à travers une perforation des os du crâne, et le malade mourir de compression cérébrale.

Au lieu de s'accroître, l'anévrisme cirsoïde reste parfois stationnaire: si les troubles fonctionnels sont peu marqués, le malade peut alors vivre longtemps avec sa tumeur. Dans d'autres circonstances, la gêne persistante résultant de la tumeur, l'insomnie, l'agitation continuelle produite par la perception incessante des bruits et des battements de la tumeur, ont poussé les malheureux patients au désespoir et au suicide.

Les anévrismes cirsoïdes seraient susceptibles de guérir spontanément dans des cas exceptionnels; le volume diminue, les battements s'atténuent, tout rentre dans l'ordre. Les faits de Crawford, de Wagner, de Fibson, de Chevalier sont cités comme des exemples de cette transformation heureuse; mais tous ces cas sont contestables, et la guérison spontanée est loin d'être démontrée.

**Diagnostic.** — Le siège des anévrismes cirsoïdes, la coexistence avec la tumeur des dilatations artérielles à son pourtour, les signes qu'elle fournit au toucher et à l'oreille rendent le diagnostic assez facile dans la grande majorité des cas.

Les *dilatations artérielles* s'observent avec des flexuosités, des bosselures sur les artères superficielles chez le vieillard; il n'y a rien là qui puisse en imposer, après un examen même superficiel, pour un anévrisme cirsoïde.

Il en est de même de l'*anévrisme circonscrit*: la tumeur nette et régulière, qui le constitue, sera toujours très différente des bosselures, qui forment par leur réunion l'anévrisme cirsoïde proprement dit.

Le diagnostic avec l'*anévrisme artério-veineux* peut présenter les plus grandes difficultés, surtout dans les formes où les veines participent largement aux dilatations serpentine des artères. Il est des cas où le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie; cela n'a rien qui doive surprendre après ce que nous avons dit plus haut des relations étroites qui doivent exister entre ces deux variétés d'anévrismes.

Les *tumeurs érectiles*, veineuses ou artérielles, ressemblent par certains côtés à l'anévrisme cirsoïde: le siège, la mollesse, la réductibilité sont des caractères communs. Mais les *angiomes veineux* sont bleuâtres, sans battements, sans