

difficultés lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses en voie d'accroissement.

Dans tous les cas d'angiomes facilement accessibles, dans lesquels la plaie résultant de l'opération peut être réunie par des sutures, on doit préférer l'extirpation aux autres méthodes de traitement parce qu'elle permet d'obtenir une guérison sûre et rapide. Les avantages de l'extirpation sont plus douteux lorsqu'il s'agit d'*angiomes fissuraux*, sur le traitement desquels nous reviendrons, du reste, à propos des maladies de la face. Ici, en effet, l'excision de la tumeur pourrait entraîner immédiatement la nécessité d'une autoplastie pour combler la perte de substance résultant de l'opération. C'est pourquoi il est indiqué dans ces cas de pratiquer, de la manière indiquée plus loin, des ponctions multiples à l'aide d'aiguilles rougies au feu, afin d'entraîner la destruction de la tumeur par thrombose des vaisseaux et formation cicatricielle.

Dans les *angiomes plats étendus* on a également le choix entre les deux procédés que nous venons de mentionner. Mais tandis que pour les petits angiomes les incisions sont faites dans la peau saine de façon à éviter une hémorragie de quelque importance, dans la forme de tumeur dont il est ici question, on enlève de petits fragments ovalaires de la tumeur même, et l'on applique immédiatement des sutures. Après la guérison de ces petites plaies on pratique de nouvelles excisions jusqu'à disparition complète du néoplasme. Pendant l'extirpation de ces tumeurs on peut réduire considérablement l'hémorragie en faisant comprimer les parties environnantes par les doigts d'un aide. Lorsqu'il s'agit d'une excision de peu d'étendue, la suture pratiquée immédiatement assure l'hémostase. L'opération doit être faite avec les précautions antiseptiques; la plaie est drainée si l'on craint une rétention de sang sous la ligne de suture, puis on applique un pansement de coton boriqué. Un peu d'iodoforme répandu sur la plaie, favorise considérablement l'asepsie.

Dans la plupart des cas d'*angiomes très étendus*, et principalement dans les *formes cavernueuses*, on devra préférer à l'excision le traitement par les *ponctions multiples à l'aide d'aiguilles rougies au feu*. C'est NUSSBAUM qui a employé le premier ce procédé: il enfonçait dans la tumeur un certain nombre d'aiguilles chauffées au rouge à une distance d'un centimètre l'une de l'autre. MAAS, à la suite des expériences faites à la clinique de MIDDELDORPF, conseilla l'emploi du galvanocautère. De mon côté, je ne puis que conseiller l'emploi de tiges de platine minces mais résistantes, mises en communication avec les réophores d'un appareil galvanocautistique; après les avoir chauffées modérément, avec un ou au plus deux éléments, on les introduit lentement et en un grand nombre de points dans la tumeur. Ordinairement plusieurs séances sont nécessaires pour arriver à une guérison complète de l'angiome. Lorsque la tumeur est pédiculée ou presque pédiculée, on peut l'extirper soit avec le bistouri, soit au moyen de l'anse galvanocautistique. Les tumeurs qui, sans avoir

un véritable pédicule, font cependant fortement saillie, peuvent être en quelque sorte pédiculisées par le procédé consistant à soulever leur base à travers laquelle on fait pénétrer de longues épingles d'entomologistes. On peut alors enlever la tumeur sans hémorragie par l'anse galvanocautistique, à condition que celle-ci ne soit pas chauffée au delà du rouge sombre, au moyen d'un ou de deux éléments seulement.

Le thermocautère de PAQUELIN peut être également employé pour l'ignipuncture si l'on a soin d'adapter à l'instrument un cautère de platine suffisamment mince. Cependant les trous que fait cet instrument dans la tumeur sont toujours beaucoup plus grands que lorsqu'on se sert d'aiguilles rougies au feu, car on ne peut donner la forme d'une aiguille à la tige de platine du thermocautère.

Dans les formes légères de l'angiome, qui tout en présentant une certaine étendue, ne font pas saillie au-dessus de la surface cutanée, il suffit souvent de provoquer une inflammation dans les couches superficielles de la peau pour entraîner la destruction de la néoplasie vasculaire. On a beaucoup conseillé dans ces cas l'inoculation de la vaccine, ainsi que les frictions avec des pommades irritantes. De même on a recommandé l'emploi du cautère de porcelaine ou d'un cautère métallique aplati de même forme que ce dernier, et maintenu à une très petite distance de la tumeur sans arriver en contact avec la surface de la peau.

L'injection de substances coagulantes dans les angiomes est un moyen de traitement de beaucoup inférieur aux précédents, non pas comme sûreté d'action, mais bien au point de vue du danger qu'il fait courir au malade. Sous ce rapport on devra redouter surtout l'injection de la liqueur de perchlorure de fer, parce que les caillots qu'elle forme dans le tissu cavernueux de la tumeur, peuvent, par l'intermédiaire des veines, pénétrer rapidement dans la circulation et entraîner la mort, et aussi parce qu'il peut arriver que le thrombus subisse la fonte purulente, et que des parcelles s'en détachent et soient entraînées dans le courant circulatoire.

§ 78. **Anévrisme cirsoïde (Angioma arteriale racemosum).** — On désigne sous ce nom la dilatation, en forme de tumeur plus ou moins circonscrite, d'un territoire artériel déterminé, dilatation s'étendant jusque dans les ramifications capillaires terminales (HEINE). Il est exceptionnel d'observer aussi une dilatation des veines sortant du réseau capillaire, et par conséquent une communication directe entre les artères et les veines dilatées; mais même dans ce cas, le caractère essentiellement artériel de la tumeur n'en subsiste pas moins. La dilatation des vaisseaux et les phénomènes d'accroissement qu'ils présentent, peuvent être en partie la conséquence d'une irritation exercée sur leurs parois; mais suivant HEINE, la cause essentielle de ces phénomènes réside dans un développement défectueux de la tunique vasculaire moyenne, qui subit

dans la suite la dégénérescence graisseuse, et ce processus morbide, qui affecte d'abord les vaisseaux de nouvelle formation, peut s'étendre aux vaisseaux sains du voisinage, et augmenter ainsi l'étendue du territoire malade. L'anévrisme cirsoïde se développe essentiellement sur le terrain des angiomes décrits dans les paragraphes précédents, et sa fréquence à la tête s'explique par la fréquence des angiomes dans cette même région. Rarement la tumeur succède à un traumatisme, et dans ce cas son point de départ est le plus souvent dans une cicatrice fortement vascularisée. J'ai observé moi-même chez un garçon de 15 ans un angiome artériel du pavillon de l'oreille; la tumeur s'était développée, disait-il, à la suite de tractions souvent répétées exercées sur le lobule. Son siège de prédilection est la région auriculo-temporale; on le rencontre plus rarement au front, à l'occiput ou dans la région du vertex.

La véritable impulsion à la transformation de l'angiome artériel en anévrisme cirsoïde est donnée, non seulement par des traumatismes atteignant la tumeur, mais souvent aussi par certains états de l'économie qui s'accompagnent volontiers de congestions de la tête. C'est ainsi qu'il n'est point rare de voir l'anévrisme cirsoïde survenir au moment ou à la suite de l'apparition des phénomènes sexuels, tels que la menstruation, la grossesse.

Chez les individus affectés de cette forme d'angiome on constate que la surface du crâne, dans une étendue plus ou moins grande, est le siège d'une tuméfaction irrégulière, formée de vaisseaux animés de pulsations, repliés en circonvolutions nombreuses, et présentant parfois une teinte bleuâtre par transparence. Le plus souvent les anses vasculaires rayonnent autour d'un point central; mais lorsque cet état pathologique des vaisseaux s'étend à toute une moitié ou à la totalité de la surface du crâne, on ne peut naturellement plus retrouver le point de départ de l'irradiation des anses vasculaires. On peut soulever la peau du crâne avec les vaisseaux sous-jacents; ces derniers glissent alors entre les doigts en produisant une sensation analogue à celle que donne la varicocèle. La tumeur peut être facilement évacuée par compression, et elle se remplit de nouveau aussitôt après. Elle est animée de fortes pulsations isochrones à celles du cœur. A mesure que l'angiome prend de l'extension, le nombre des artères qui se dilatent à la périphérie devient de plus en plus considérable, et le processus s'étend peu à peu en envahissant les parties du crâne circonscrites par ces artères préalablement dilatées. On a vu dans quelques cas la *dilatation et la dégénérescence artérielles* franchir les limites de la tête dans sa marche progressive et envahir la carotide et même l'aorte. On ne connaît pas d'exemples de destruction des os du crâne par l'anévrisme cirsoïde. Par contre les malades se plaignent de céphalalgie, de vertiges, d'une sensation de bruissement dans la tête, et ils courent un grand danger lorsque, ce qui n'est pas rare, une hémorragie vient à se produire.

HEINE a fait observer avec raison que le nombre des cas d'anévrismes cirsoïdes diminue de plus en plus depuis que les chirurgiens ont pris l'habitude d'opérer de bonne heure les angiomes simples. En tous cas on ne devrait plus de nos jours différer l'opération d'un angiome pulsatile. En effet l'anévrisme cirsoïde complètement développé fait courir à un haut degré le danger d'une hémorragie. En outre il détermine des symptômes très pénibles et constitue une difformité notable. Le chirurgien a donc des motifs suffisants pour tenter sa guérison par voie opératoire, malgré les dangers qui peuvent en résulter. De fait diverses opérations ont été déjà pratiquées, et sous ce rapport nous devons en premier lieu mentionner la *ligature*. C'est ainsi qu'on a lié tantôt les artères afférentes, tantôt la carotide externe, tantôt la carotide commune. Pour ces deux derniers vaisseaux la ligature a dû être pratiquée des deux côtés dans un certain nombre de cas où la ligature d'un seul côté n'avait pas suffi à mettre fin à l'hémorragie. Mais ces ligatures, de même que la compression, sont loin de donner toujours un résultat sûr et durable; on n'a pas observé un seul cas de guérison à la suite de la ligature des artères afférentes ou de la carotide externe, et le chiffre de quatre guérisons sur trente-deux ligatures de la carotide primitive n'a rien de bien encourageant. Enfin sur sept cas de ligature des deux carotides primitives, il n'y a eu que deux guérisons (dont une obtenue par BUNGER).

En dehors de la ligature on a, du reste, essayé tous les moyens indiqués plus haut pour le traitement des angiomes simples. C'est ainsi qu'on a tenté de détruire la tumeur, soit par l'introduction d'aiguilles avec ou sans ligature en huit de chiffre, soit par l'électropuncture, les sétons, les injections de perchlorure de fer, etc. On a tenté également d'enlever directement la tumeur par la ligature en masse, par la cautérisation (au moyen du galvanocautère, etc.), enfin par l'excision à l'aide du bistouri. Dans les cas où l'étendue de l'angiome était trop considérable, on a pratiqué en plusieurs séances des excisions partielles de la tumeur jusqu'à destruction complète de cette dernière (GIBSON).

Parmi toutes ces méthodes de traitement celles qui ont pour but l'ablation directe de la tumeur sont les plus sûres, bien qu'elles fassent courir à l'opéré le danger d'une hémorragie. Ce danger est, du reste, peu à redouter pour les *petites tumeurs*; aussi *l'excision simple est-elle ici le meilleur moyen d'en obtenir une guérison prompte et définitive*. Par contre dans les cas de *tumeurs volumineuses* on ne devra, par crainte d'hémorragie, tenter *l'extirpation qu'après ligature préalable des artères afférentes ou de la carotide*. Dans ces cas il peut arriver que l'ablation de la tumeur en une seule séance soit impossible; d'autre part, il ne faudrait pas croire que les ligatures préalables écartent tout danger d'hémorragie dans le cours de l'opération. Malgré ces ligatures on peut voir pendant l'extirpation des jets de sang s'échapper par dix, vingt artères et même davantage.