

érectiles (Archives, 1835, t. VIII, p. 5). — GAUTHIER, *Des tumeurs érectiles*, thèse de Paris, 1850. — BIRKETT, *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXX, p. 193). — COSTILHES, *Du nævus maternus et des tumeurs érectiles* (Revue médicale, 1851). — HOLMES COOTES, *Sur les nævi materni et les dilatations des vaisseaux de la peau* (Medical Gazette, 1852, t. X, p. 412). — BICKERSTETH, *Observation de nævus maternus subissant une transformation particulière* (Monthly Journal, juin 1853). — DEVILLE, *Des tumeurs érectiles*, revue clinique des hôpitaux anglais (Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 650). — LABOULBÈNE, *Sur le nævus en général*, thèse de Paris, 1854, n° 38. — CH. ROBIN, *Mémoire sur l'anatomie des tumeurs érectiles* (Gazette médic., 1854, p. 328). — ROKITANSKY, *Ueber die cavernose Blutgeschwülste* [Sur les tumeurs sanguines cavernueuses] *Zeitschrift der K. Gesellschaft d. Aerzte zu Wien*, mars, avril 1854). — VIRCHOW, *Ueber cavernose [érectile] Geschwülste und Teleangiectasie* (Archiv für patholog. Anatomie, 1854, vol. VI).

C'est en nous éclairant de ces travaux, et après avoir étudié par nous-même la nature de ces tumeurs, que nous allons aborder leur histoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs érectiles peuvent se montrer dans presque tous les tissus; mais elles siègent de préférence dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. De là deux formes assez fréquentes : les taches vasculaires de la peau (*nævi materni*) et les tumeurs érectiles sous-cutanées. Mais ces productions vasculaires peuvent atteindre aussi les tissus plus profonds, et envahir tour à tour les muscles, les glandes, les os.

Quelques mots sur les taches vasculaires de la peau doivent servir de préambule à l'étude des véritables tumeurs érectiles. Ces taches, qu'on

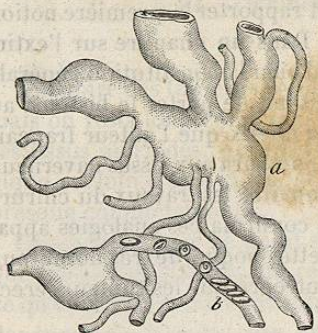


FIG. 28. — Dilatations des capillaires dans une tache vasculaire de la peau; a, partie très-renflée; b, globules sanguins.

peut enlever de façon à les étudier anatomiquement, nous ont toujours paru formées par des dilatations cylindriques ou sacciformes des capillaires (fig. 28). Il ne faut point confondre ces taches rosées ou bleuâtres, fréquentes surtout au visage, avec d'autres taches que l'on y rencontre aussi, et qui ne sont que des dépôts de pigment. Si la tache est aussi petite qu'une piqûre de puce, l'œil nu ne peut y reconnaître un arrangement régulier des vaisseaux; mais quand cette tache augmente et devient légèrement saillante, on peut y distinguer un véritable réseau de vaisseaux dilatés. On s'assure par le microscope que les vaisseaux malades sont les capillaires du derme, surtout les capillaires à deux tuniques ou à deux ordres de noyaux, ainsi que les plus gros qu'on puisse apercevoir à l'œil nu.

C'est lorsque la tumeur ne reste plus stationnaire et s'étend en volume

que les artérioles et les veines aboutissantes se dilatent. Dans ces taches comme dans ces tumeurs, on constate facilement, en même temps que la dilatation des capillaires, un amincissement de leurs parois propres. Le sang y stationne ou y coule plus lentement qu'ailleurs, car toujours ces vaisseaux sont remplis de globules, après la mort comme après l'ablation de la tumeur. On trouve aussi leurs parois infiltrées de granulations jaunâtres, graisseuses, généralement isolées; on remarque, en outre, de nombreuses circonvolutions dans ces capillaires, circonvolutions toujours remplies aussi de globules sanguins; enfin, sur beaucoup de ces vaisseaux, on observe des dilatations locales circulaires ou en doigt de gant. Dans une tumeur du bras, examinée par Robin, les dilatations offraient de véritables culs-de-sac latéraux, et s'abouchaient dans les capillaires par un orifice rétréci. Lorsque, dans l'examen microscopique, on pressait alternativement les bords opposés d'une lamelle de verre qui recouvrait une préparation de ce tissu, on pouvait faire passer les globules du capillaire dans les dilatations, et réciproquement. Robin n'a jamais vu l'altération gagner les vaisseaux des papilles. Dans ces tumeurs capillaires, il importe de constater que les artères et les veines ne sont point dilatées au delà de la masse morbide. Une telle disposition justifie le précepte de porter le bistouri, dans l'excision de ces tumeurs, à une certaine distance des limites de l'angionome. J.-L. Petit avait déjà bien saisi cette indication.

Ces caractères anatomiques marquent le premier degré de la tumeur érectile dont le point de départ est dans les capillaires; aussi peut-on appeler ces tumeurs *érectiles capillaires*.

Les tumeurs d'origine artérielle ou veineuse semblent aussi débiter par une dilatation avec amincissement des parois vasculaires. Robin signale encore ici la présence de granulations graisseuses assez abondantes dans les parois des petites artères. Celles-ci, dilatées, flexueuses, pelotonnées, forment un lacis anastomotique très-étroit (anévrisme par anastomose), et les veines sont comparativement petites. De cette dernière disposition résulte même une difficulté pour le passage du sang, arrivé abondamment vers ces tumeurs. Nous possédons d'ailleurs quelques dissections détaillées de ces deux sortes d'angionomes.

Paget a rapporté la dissection d'une tumeur érectile artérielle chez un homme de vingt-trois ans qui mourut sous l'influence du chloroforme. La maladie occupait l'oreille, les tissus sous-cutanés adjacents et le péricrane; elle était pulsatile; déjà on avait essayé plusieurs ligatures d'artères, et c'est au dernier de ces essais que le malade mourut. La masse morbide consistait en vaisseaux sanguins, ténus, rassemblés en une masse molle et spongieuse. Les veines qui en procédaient n'étaient pas d'un volume considérable, mais les artères qui y arrivaient étaient très-larges, flexueuses et à parois amincies. La dissection fit voir que les branches de l'artère auriculaire postérieure étaient tortueuses et pelotonnées en amas qui pendant la vie s'étaient montrés sous la forme de masses pulsatiles.

Les artères dilatées ne présentaient point de ces renflements sacciformes qui ont été vus par d'autres observateurs, et entre autres par Robin (1) et par Virchow (2). Telle est la variété dite *tumeur érectile artérielle*.

D'autres fois ce sont les veines qui se développent : elles sont alors dilatées, sacciformes, hypertrophiées ; il arrive à cette variété de tumeurs érectiles des artères comparativement petites, tandis qu'il en sort de larges veines, et nous pouvons invoquer à cet égard un certain nombre de dissections. Blandin a disséqué une tumeur placée sur le muscle sterno-mastoïdien, dans laquelle la veine jugulaire externe se divisait en un grand nombre de filaments absolument semblables aux ramifications de l'artère splénique dans la rate. Robin a aussi examiné, avec son exactitude habituelle, deux tumeurs de cette nature, l'une située sur la lèvre, l'autre développée sous le péritoine, dans la fosse iliaque gauche. L'une et l'autre étaient constituées par des veines dilatées, devenues grosses pour la plupart, comme une plume de corbeau, et toutes bosselées çà et là en chapelet. On voyait manifestement de petites veines sous-péritonéales de $\frac{1}{4}$ de millimètre de diamètre se continuer avec des veines moniliformes de 1 millimètre de diamètre et au-dessus. Le reste des éléments de ces tumeurs, grosses comme des noisettes, consistait en une petite quantité de tissu cellulaire interposé aux veines. Ces tumeurs étaient restées dans leurs bosselures, pleine de sang, en caillots noirs ou en partie décolorés. Ce sont là des exemples de *tumeurs érectiles veineuses*.

Telles sont les trois formes primitives des tumeurs érectiles ; mais, par les progrès de la lésion, on voit ces vaisseaux dilatés, sacciformes, se rompre dans le tissu cellulaire. Alors prend naissance un tissu spongieux, rou-

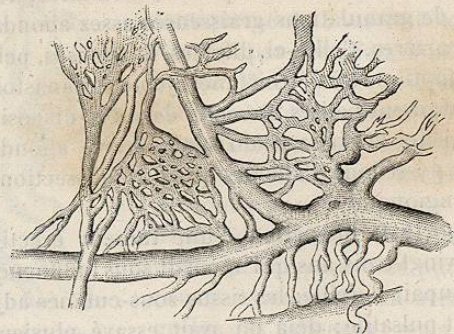


FIG. 29. — Dispositions des vaisseaux dans une variété de tumeurs érectiles. Les branches vasculaires communiquent avec les lacunes remplies de sang.

geâtre, formé de cellules qui communiquent les unes avec les autres et avec les vaisseaux sanguins ; de telle sorte qu'une injection d'eau, poussée par un

(1) Lebert, *Physiol. pathol.*, t. II, p. 99.

(2) *Archiv. für pathol. Anat.*, Bd. III, p. 437.

des vaisseaux, artères ou veines, se répand dans toute la masse, et la gonfle sans y dessiner un tronc et des ramifications analogues aux veines à l'état normal. Tel était le cas d'une tumeur érectile de la lèvre inférieure décrite par Nélaton. La masse était formée par des conduits d'apparence veineuse, du diamètre d'un millimètre. On n'y pouvait point reconnaître une disposition arborescente. Chaque conduit, dépourvu de valvules, présentait des pertuis latéraux qui s'ouvraient dans d'autres conduits. Une injection, poussée par un point quelconque de la tumeur, refluit par toute la surface de la section. C'est cette disposition spongieuse et caverneuse qui avait surtout préoccupé Dupuytren, et lui avait fait méconnaître la disposition primitive des vaisseaux.

Les cloisons fibreuses qui limitent les aréoles de la tumeur peuvent provenir du tissu cellulaire de la région, ou des organes voisins atrophiés, ou, dans les cas extrêmes, des parois des vaisseaux en partie détruites. A la fin, au lieu de tubes vasculaires se ramifiant et s'anastomosant, il n'y a qu'un réseau formé du reste de leurs parois ; les cavités accidentelles qui se forment alors sont plus ou moins vastes, et l'on a trouvé au sein d'une tumeur érectile une poche pleine de sang pur et du volume d'un œuf de poule. Enfin, il est facile de concevoir que, soumis à une résorption lente, le sang puisse abandonner ses parties liquides, se concréter au centre des tumeurs, et y former un corps dur. Telle est sans doute l'origine de phlébolithes trouvées au sein de tumeurs érectiles par Lisfranc (1) et par Laforgue (2).

De ce premier examen il résulte que certaines tumeurs sont uniquement formées par des capillaires, d'autres par des artères, comme un *rete mirabile*, d'autres enfin par un lacis veineux, comme un système porte. Ces trois formes peuvent se combiner et donner naissance à des *tumeurs mixtes*. Ces conglomerats de vaisseaux, le plus souvent, sont dépourvus de capsule enveloppante ; quelques tumeurs veineuses seules en sont parfois entourées.

Holmes, Coote et Bickersteth ont, comme nous l'avons dit à l'article KYSTES VASCULAIRES, appelé l'attention sur une modification assez intéressante des tumeurs érectiles : c'est la production à leur intérieur de kystes séreux. Ces auteurs supposent que certaines portions limitées des vaisseaux se séparent graduellement du courant circulatoire, et qu'alors elles contiennent du sang à l'état passif. L'absorption et la disparition de la matière colorante s'effectueraient peu à peu, la sécrétion des parois internes s'établirait, et des kystes séreux pourraient aussi prendre un développement considérable. Laboulbène a aussi observé, dans un nævus vasculaire de la paupière supérieure, une production de kystes multiples contenant une matière huileuse, mais il n'a pas cru devoir la rattacher au système vasculaire.

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 157.

(2) *Revue médico-chirurgicale*, 1849, t. VI, p. 167.

Tels sont les caractères anatomiques généraux des tumeurs érectiles, et c'est à peine si ces caractères se modifient suivant les tissus. Cependant Græfe et A. Bérard ont noté que, lorsqu'une de ces tumeurs se développe dans l'épaisseur d'un organe pourvu de fibres musculaires, ces fibres disparaissent. Dans les os, des cavités irrégulières, formées après la rupture des vaisseaux, se substituent peu à peu au tissu osseux; ces cavités se réunissent en une seule, parfois remplie de caillots disposés par couches. C'est dans la tête du tibia, dans celle de l'humérus, dans l'os des îles, que ces altérations ont été le plus souvent signalées.

Ces recherches anatomiques ne sont pas sans présenter quelques lacunes. Ainsi il serait utile de connaître d'une façon plus précise la manière dont les larges vaisseaux sont unis avec ceux plus petits qui forment la partie principale de la tumeur, et les changements de la structure qui peuvent se produire dans les parois des vaisseaux sanguins. Quoi qu'il en soit, il est déjà facile de saisir une transition justifiable entre la tache vasculaire (*nævus maternus*), la tumeur érectile, et cette autre lésion, l'anévrysme cirsoïde, qui limitée aux artères d'un certain calibre, ne doit pas encore être étudiée ici.

SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie des tumeurs érectiles repose entièrement sur des caractères locaux, et varie un peu selon qu'on a affaire à l'une ou à l'autre des variétés. Nous étudierons séparément ici : 1° les tumeurs érectiles capillaires et artérielles, 2° les tumeurs érectiles veineuses.

1° Les tumeurs érectiles capillaires et artérielles, quoique débutant le plus souvent par la peau, ne sont pas toujours exclusivement cutanées dès leur début, et l'assertion d'A. Bérard à ce sujet nous semble trop absolue. L'ensemble des symptômes que nous présente cette affection peut se diviser en trois périodes. Dans la première, si la peau est le siège de la production morbide, on aperçoit sur un de ces points une tache rosée, quelquefois très-étendue, d'autres fois limitée à un espace restreint et ressemblant à une piqûre de puce. Cette tache ne fait pas un relief sensible à la surface de la peau, qui paraît seulement un peu plus molle dans les points correspondants. Sa forme arrondie ou irrégulière peut présenter à l'œil les figures les plus variées qui, jointes à la coloration plus ou moins intense de la peau, ont donné aux personnes étrangères à l'art l'idée des comparaisons quelquefois fort exactes entre la tache et un fruit ou un objet quelconque. C'est là le *nævus maternus* proprement dit. Ces taches dites de naissance, uniques ou multiples, se rencontrent le plus souvent à la face, plus rarement sur le tronc et les membres. Dans des recherches cadavériques que nous avons faites pour étudier leur structure, il nous est souvent arrivé d'en trouver un très-grand nombre disséminées sur le même individu.

Dans cet état, la formation érectile ne présente aucun symptôme particulier en dehors de ces caractères physiques, si ce n'est qu'elle devient plus colorée, plus turgescente sous l'influence des efforts, des grands mouvements respiratoires, et, à l'époque des règles, chez certaines femmes,

on a même pu voir une exhalation sanguine par la tache érectile suppléer, en partie du moins, au flux menstruel.

Cette période persiste plus ou moins longtemps, quelquefois toute la vie, et la production morbide reste à l'état de tache, de *nævus* sans tumeur; mais le plus souvent cependant, dès les premières semaines après la naissance, la maladie fait des progrès, la tache s'étend en largeur; elle se tuméfie au-dessus des téguments, repose bientôt sur une base et devient sous-cutanée; il y a alors tumeur, soit tégumentaire seulement, soit à la fois cutanée et sous-cutanée, la maladie atteint sa deuxième période ou période d'état, d'autant plus importante à étudier que c'est ordinairement alors que les chirurgiens ont à s'en occuper.

Les tumeurs érectiles forment en ce moment un relief exactement circonscrit ou sans limites bien déterminées; leur surface est lisse ou présente de petits mamelons irréguliers, séparés par des dépressions linéaires entre-croisées et d'une profondeur variable. Ces tumeurs molles, rénitentes, élastiques, dépressibles, sont souvent accompagnées d'une sorte d'empâtement irrégulier de la région voisine, indiquant une dilatation variqueuse des petits vaisseaux du voisinage. Flasques et ridées pendant le repos, ces tumeurs deviennent turgescentes, lisses et presque dures, lorsqu'on provoque des cris, de l'agitation chez le malade. C'est bien là cette érection qui avait frappé l'esprit observateur de Dupuytren.

La compression exercée sur la tumeur en expulse le sang qu'elle contient, la fait pâlir et diminuer de volume; on peut aussi obtenir le même résultat, mais plus difficilement, en comprimant les vaisseaux qui alimentent la production morbide. Enfin, nous noterons un dernier phénomène qui se rencontre surtout dans les tumeurs érectiles purement artérielles ou composées à la fois de capillaires et de petites artères. Dans ces tumeurs artérielles, on perçoit des mouvements d'expansion, des battements isochrones à ceux du pouls, ou bien un frémissement vibratoire continu, avec un renforcement isochrone au pouls, ressemblant beaucoup à celui qui caractérise l'anévrysme variqueux. Quelquefois aussi, comme dans ce dernier cas, l'oreille, appliquée sur la tumeur, perçoit un bruit de susurrus; mais il faut se rappeler qu'alors la production érectile s'accompagne d'un certain degré de dilatation artérielle.

L'accroissement de la tumeur se fait avec plus ou moins de rapidité et de régularité; il peut quelquefois y avoir des temps d'arrêt d'une longue durée; assez souvent la tumeur et la tache grandissent indépendamment l'une de l'autre. Celle-ci restant stationnaire, la peau conserve à peu près son aspect normal dans le reste de l'étendue de la lésion, à moins qu'elle ne présente quelques marbrures dues au développement des veines et à un certain degré d'amincissement. D'autres fois la tache s'étend en même temps que la tumeur. Enfin on a vu, mais rarement, la tumeur, reposant primitivement sur une large base, s'en isoler peu à peu; il se forme un pédicule plus ou moins large, recouvert d'une peau saine ou bien transformée aussi en tissu érectile. Ainsi constituée, cette lésion peut rester

stationnaire, guérir spontanément, ou bien faire des progrès; alors se manifestent les phénomènes caractéristiques de la troisième période.

Il faut noter d'abord que la tumeur peut saigner à la moindre piqure, à la moindre excoriation, et amener en certains cas une hémorrhagie redoutable. Bien plus rarement on observe un retrait des parties, qui s'affaissent insensiblement, et le nævus disparaît. Waston, Vidal, Moreau, en ont cité quelques cas. Cette guérison spontanée a été quelquefois remarquée à la suite de maladies graves. J. Birkette a rapporté (1) l'atrophie d'un nævus maternel de l'épaule après deux maladies assez sérieuses, une rougeole et une coqueluche. On ne trouva plus à sa place qu'une tache qui ressemblait à une cicatrice de vaccine. Cullerier (2) a vu une gangrène spontanée survenir dans une vaste tumeur érectile qui existait chez un enfant au moment de la naissance, depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'au pied. Mais on devra surtout craindre un développement graduel de la tumeur, l'envahissement des parties profondes, une distension successive et très-large du système vasculaire de la région, enfin des hémorrhagies graves.

Il ne faut point perdre de vue certains phénomènes qui peuvent survenir dans les tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées, et qui ont surtout été bien étudiés par A. Bérard. Ce sont des ulcérations successives suivies de cicatrisation. Sur l'un des points les plus saillants et les plus tendus de la tumeur, on constate un boursofflement léger, de nature inflammatoire, auquel succède une ulcération; du sang s'écoule lorsque le tissu érectile est mis à nu, mais le plus souvent cette hémorrhagie n'a rien d'inquiétant. L'ulcération s'étend alors plus ou moins en largeur et en profondeur; elle revêt d'abord une apparence grisâtre, puis il s'y forme des bourgeons charnus de bonne nature. Cette membrane granuleuse, suivant sa marche habituelle, se rétracte peu à peu, et dans son retrait commence à oblitérer un certain nombre de cavités vasculaires, puis il s'y forme des cicatrices qui se dessinent à la surface de la tumeur érectile par des îlots blanchâtres, déprimés. Des ulcérations analogues peuvent se montrer sur plusieurs points, et l'on trouve la tumeur parsemée de cicatrices blanches, rétractées, qu'entoure encore le tissu érectile, resté plus ou moins abondant, selon que la tumeur est petite ou volumineuse. Si la tumeur est très-petite, ce travail de désorganisation peut la faire disparaître en entier, sinon on constate des cicatrices blanches, bordées d'un liséré rouge de tissu érectile. Quoi qu'il en soit, ce travail ulcératif suffit souvent pour arrêter la tumeur dans sa marche et la rendre stationnaire.

2° Les productions érectiles veineuses peuvent se montrer, comme les précédentes, sous forme de taches ou de tumeurs. Ces dernières sont le plus souvent sous-cutanées ou sous-muqueuses, quoiqu'elles puissent se

(1) *Guy's Hospital Reports*, vol. VII, 1851.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. II, p. 66.

manifeste aussi dans l'épaisseur de la peau. On les a vues dans presque toutes les régions du corps, mais elles siègent de préférence à la tête, au cou, et, pour plus de précision, aux lèvres, aux joues, aux gencives, dans le pharynx et l'isthme du gosier. Il n'est pas rare, lorsqu'elles existent dans l'épaisseur des joues ou des lèvres, de les voir envahir tous les tissus compris dans ces organes. Cette disposition est importante à noter pour bien préciser la valeur des ligatures partielles. Lorsque ces productions congénitales ou accidentelles débutent par une tache, celle-ci est plus ou moins étendue, de forme variable, ordinairement d'une couleur foncée, bleuâtre ou presque noire, quelquefois circonscrite, plus souvent sans limites précises. La tumeur qui lui succède ou peut exister sans elle, est sous-cutanée ou sous-muqueuse; elle forme une masse de bosselures bleuâtres, parfois visibles à l'œil nu, à travers les téguments anciens. La main appliquée sur cette masse la réduit presque complètement et éprouve la sensation d'un corps mollasse, fongueux; les tumeurs érectiles, veineuses, sont le siège d'une fluctuation obscure; le liquide qu'elles contiennent se déplace sous les doigts, mais on n'y aperçoit point de battements. Autour d'elles on distingue des veines dilatées. Ces lésions ne sont le siège d'aucune douleur, et le plus souvent elles ne gênent que par leur volume trop considérable ou leur siège incommode. Elles augmentent de volume dans toutes les conditions qui portent obstacle à la circulation veineuse. Ainsi les efforts, la position déclive, un certain degré de constriction, amènent une dilatation marquée de la tumeur qui diminue dans les circonstances inverses. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs, après avoir acquis un certain volume, quelquefois jusqu'à l'âge de la puberté, s'arrêtent dans leur marche, cet état stationnaire peut même n'être point modifié par des excitations continuelles. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* rapportent à cet égard un fait curieux: un homme qui exerçait l'état très-pénible de souffleur de bouteilles portait à la joue une tumeur veineuse distendue cent fois par jour, et qui pourtant restait stationnaire depuis bien des années. Pendant la grossesse, quelques tumeurs érectiles veineuses prennent un notable accroissement. J'ai donné des soins à une dame qui avait une tache veineuse sur toute la moitié du visage et de véritables tumeurs érectiles dans l'épaisseur des lèvres et des gencives. Pendant une grossesse, le système vasculaire se développa à un point tel, que toutes les gencives du côté malade se gonflèrent et recouvrirent presque entièrement les dents. En même temps le tissu érectile de la lèvre supérieure s'allongea en pointe, et la saillie devint assez considérable pour gêner la préhension des aliments. Je dus exciser un lambeau triangulaire de la lèvre qui supportait la tumeur érectile pédiculée, et la malade guérit.

Les tumeurs érectiles veineuses ont, moins que les précédentes, de tendance à s'ulcérer spontanément. Aussi les guérisons spontanées dues à ce mécanisme sont-elles ici plus rares. Leur situation plus profonde que celle des tumeurs artérielles, leur tendance à rester stationnaires, ex-

pliquent encore pourquoi les hémorrhagies s'y voient moins fréquemment.

Les deux complications les plus importantes des tumeurs érectiles sont les kystes et le cancer. Nous avons dit en quoi consiste la formation des kystes, nous ne reviendrons pas sur cette altération d'ailleurs très-rare; quant au cancer, on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'il envahit très-exceptionnellement les tumeurs érectiles. Si l'on a pu croire à sa fréquence dans ce cas, c'est qu'on a souvent confondu les productions érectiles avec des cancers très-vasculaires ou compliqués de kystes sanguins.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des tumeurs érectiles est facile lorsqu'il existe une tache vasculaire de la peau; mais il peut devenir très-obscur lorsque la tumeur est sous-cutanée, profonde, sans *nævus cutaneus*. Les lipomes, les abcès froids, les kystes, ont pu surtout être confondus avec les productions érectiles sous-cutanées. La consistance du lipome suffit ordinairement à le faire reconnaître; d'ailleurs on ne voit pas à sa base de veines dilatées, noueuses, convergentes; le volume de la tumeur ne diminue pas lorsqu'on la presse uniformément, et il ne subit aucune augmentation sous l'influence des causes qui modifient le cours du sang. L'absence de ces caractères, la fluctuation et le commémoratif des antécédents empêcheront de confondre l'abcès froid avec la tumeur érectile. Les kystes sont en général plus nettement circonscrits, d'une consistance plus uniforme, fluctuants, non réductibles par la pression. Nous verrons plus loin comment on peut séparer les tumeurs érectiles des varices, des diverses sortes d'anévrysmes de la simple dilatation artérielle, du cancer, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic de cette affection est basé sur la nature de la tumeur, sur son étendue et son siège. Les tumeurs veineuses présentent ordinairement moins de danger quant à l'hémorrhagie; mais les tumeurs artérielles sont plus facilement accessibles aux moyens chirurgicaux. Certaines complications, comme une dilatation artérielle étendue, ajoutent encore au danger. Il faut savoir, de plus, que les tumeurs érectiles ont une certaine tendance à récidiver par la dilatation successive des vaisseaux sanguins de leur voisinage.

TRAITEMENT. — Le traitement des tumeurs érectiles appartient entièrement à la médecine opératoire; aucune médication interne n'agit sur une semblable lésion. Les caractères anatomiques que nous avons indiqués plus haut ont dû faire pressentir que les tumeurs érectiles étaient difficiles à détruire; nous ajouterons que le siège de la maladie ne permet pas toujours d'appliquer à sa guérison des moyens qu'on peut employer dans d'autres régions. On comprendra dès lors que les chirurgiens aient dû souvent modifier leur traitement, et de là provient le grand nombre de procédés que l'on a imaginés pour détruire les tumeurs érectiles. En 1834, Cl. Tarral, dans un mémoire estimé, signalait déjà une foule de procédés qu'il partageait en sept catégories distinctes. Velpeau, dans sa

Médecine opératoire, compte quinze méthodes différentes, comprenant quarante procédés, auxquels on pourrait en ajouter aujourd'hui beaucoup d'autres. L'énumération pure et simple de ces moyens thérapeutiques serait à la fois fastidieuse et inutile; nous préférons indiquer chacun d'eux en les rangeant d'après l'idée qui les a suggérés et l'indication à laquelle ils répondent. Or, envisagés de cette façon, on peut les rapporter à trois chefs.

1° La première idée qui vint aux chirurgiens en présence d'une tumeur érectile, ce fut de l'enlever et de la détruire directement; 2° on songea ensuite à l'atrophier en empêchant le sang d'y arriver; 3° enfin on chercha à la modifier, à la transformer en l'enflammant. Mais avant de décrire les procédés compris dans ces trois grandes méthodes, nous devons signaler un *traitement palliatif*.

Cette méthode palliative consiste dans un tatouage destiné à masquer la coloration rouge ou vineuse de la partie malade. Chacun sait comment se pratique sur le bras ces figures rouges ou bleues, que ni les lotions ni les vésicatoires ne peuvent détruire. En 1839, Pauli, de Landau, eut l'idée de colorer en blanc par ce procédé les nævi superficiels d'une couleur lie de vin. Pour appliquer cette méthode au nævus, on commence par laver la partie avec de l'eau de savon, on la frotte ensuite pour faire pénétrer le sang dans les mailles les plus fines du tissu érectile, puis on tend la peau et on la recouvre d'une couche de blanc de céruse plus ou moins mélangé de vermillon, selon la couleur qu'on veut obtenir. On pique ensuite la peau avec plusieurs aiguilles trempées dans la couleur et fixées sur un bouchon dont elles dépassent très-peu la surface. De la sorte, on incruste dans la peau une matière colorée à peu près comme elle. Lorsque le nævus est considérable, on procède par petites parties, car une semblable opération sur une surface un peu étendue pourrait produire une inflammation trop intense.

Le choix de la couleur est difficile; il ne faut rien moins que l'œil exercé du peintre pour établir les nuances convenables à chaque région. C'est déjà un obstacle à l'emploi de cette méthode, qui d'ailleurs ne réussit que très-incomplètement, si l'on s'en rapporte à des recherches plus récentes. Ainsi Cordier (1) a reconnu, relativement aux taches lie de vin, qu'aucun tatouage ne pouvait les masquer; ce traitement palliatif ne peut dissimuler que les taches pigmentaires brunes et fauves de la peau. Il a essayé plusieurs substances végétales (gomme-gutte, curcuma), et a vu que les substances inorganiques seules restaient définitivement. Le blanc de céruse pour les teintes blanches réussit assez bien. Mais, en résumé, les résultats obtenus par ce mode de traitement sont fort incomplets.

Traitement curatif. — A. La première méthode curative consiste dans la destruction de la tumeur érectile; les moyens sont nombreux.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. IV, p. 25.

1° *Extirpation*. — A. Paré, qui distinguait des taches de naissance curables et d'autres incurables, à cause de leur largeur et de leur profondeur, attaquait les premières par l'excision et la ligature. Fabrice de Hilden faisait aussi l'extirpation des tumeurs érectiles, mais il signale le danger de l'hémorrhagie, sur lequel J.-L. Petit insista bien davantage en donnant le précepte, pour éviter cet accident, de porter l'instrument au delà des limites du mal, sur les tissus sains. Depuis cette époque, depuis John Bell surtout, cette opération a été pratiquée souvent et avec des succès très-divers. L'hémorrhagie est sans contredit l'accident le plus redoutable qu'elle puisse entraîner, et souvent cet accident s'est produit de façon à faire craindre pour la vie des opérés; quelquefois même les malades sont morts sous les yeux des chirurgiens. Ainsi Wardrop a publié l'observation d'un enfant qui périt d'hémorrhagie pendant qu'il lui enlevait une tumeur érectile située à la région cervicale. Le même accident est arrivé chez un opéré de Roux. A. Hosack perdit également un enfant de quatre mois, auquel il extirpait une tumeur érectile de la partie latérale de la tête. Rust fut obligé d'en venir à la ligature de la carotide externe chez un enfant auquel il avait enlevé une de ces tumeurs siégeant à la tempe.

D'autre part, on a obtenu de cette façon la guérison de tumeurs érectiles traitées en vain par divers procédés, et la pratique de Warner, de Maunoir, de Dupuytren, de Roux, de Velpeau, nous en présente de beaux succès. Mais si l'on considère que, pour éviter les récidives, il faut détruire tout le mal et en poursuivre les racines au loin, ainsi que l'indiquait déjà Fabrice de Hilden; si l'on ajoute que ces tumeurs étant ordinairement assez mal limitées, leur ablation entraînera une perte de substance considérable et produira une cicatrice difforme; si, de plus, on envisage le danger que l'on court de déterminer une hémorrhagie, on évitera de porter l'instrument tranchant sur les tumeurs pulsatiles quand elles sont compliquées de dilatations artérielles. Il résulte de ceci que l'extirpation ne peut être proposée que pour des tumeurs bien limitées, assez peu étendues pour ne laisser après elles qu'une trace légère de leur présence, et seulement dans les régions qui se prêtent avec facilité à l'emploi des moyens hémostatiques. Nous suivrons encore volontiers le précepte de Boyer : ce grand chirurgien conseillait de ne pas enlever les tumeurs érectiles chez les jeunes sujets qui ne peuvent résister ni à une grande perte de sang ni à une suppuration abondante.

En résumé, l'extirpation, malgré les avantages qu'elle offre, la promptitude et la facilité d'exécution, ne nous paraît pas être appelée à constituer une méthode générale; elle ne peut être appliquée que dans certaines circonstances dont le nombre est assez restreint. Le manuel opératoire n'offre rien de particulier en ce qui concerne cette méthode.

1° *Amputation*. — Elle n'est applicable qu'en certaines régions facilement isolables par le bistouri. Ainsi on a dû amputer une partie de la lèvre, un doigt, un membre même, pour une tumeur érectile qui avait

envahi profondément tous les tissus, et ne cédait point aux autres méthodes.

3° *Ligature*. — La crainte de l'hémorrhagie inspira de bonne heure aux chirurgiens l'idée de la ligature sous ses diverses formes. A. Paré parle d'une ligature multiple sous des aiguilles pour détruire ces tumeurs de naissance, qui tombent alors, « n'ayant plus de nourriture et de vie » (1). Saviard pratiqua la ligature simple sur une de ses nièces. A. Petit, Walther, Maunoir, extirpèrent par la ligature des tumeurs pédiculées. Enfin White (de Londres), Allisen (de Liverpool), John Bell, songèrent à créer des pédicules en divisant la tumeur à sa base. De là plusieurs sortes de procédés.

a. *Ligature simple*. — Il suffit d'étrangler le pédicule de la tumeur au moyen d'un lien circulaire, en ayant soin qu'il porte sur la peau saine. Mais les tumeurs érectiles étant le plus souvent étalées en nappe, c'est un moyen qui n'est applicable que dans un petit nombre de cas.

b. *Ligature multiple*. — J. Bell, après Paré, indiqua le moyen de détruire les tumeurs érectiles en passant au-dessous, et au milieu de leur base, une aiguille armée de deux fils, dont chacun sert à étreindre la moitié correspondante de la tumeur : ce procédé, vanté par Warner, a réussi entre les mains de White, de Lawrence, qui s'en est montré le partisan et a obtenu, par ce moyen, quelques succès. Cette ligature multiple est insuffisante en ce sens qu'elle ne permet pas au chirurgien de s'assurer s'il ne laisse pas en arrière quelques portions de la tumeur; les fils peuvent glisser facilement, étreindre à demi les tissus, et laisser ainsi un facile passage à l'hémorrhagie.

c. *La ligature sous des épingles*, déjà vantée par Paré, a pour but d'éviter ces inconvénients. Sans rappeler les essais incomplets de Gensoul, Keate et Brodie, il nous suffira d'insister sur deux procédés proposés plus récemment, l'un par Fayolle, l'autre par Rigal, l'ingénieur chirurgien de Gaillac. Le procédé de Fayolle (2) a un double but, soit de détruire la tumeur, soit de la flétrir par une compression énergique. Pour cela, l'épaisseur du nævus étant reconnue, on enfonce à 3 millimètres de sa base une épingle qui la traverse d'une extrémité à l'autre en passant dans les tissus sains. On introduit ainsi d'autres épingles parallèlement les unes aux autres, à intervalles égaux et plus ou moins rapprochés, autant qu'il en faut pour embrasser la tumeur dans toute son étendue; on passe ensuite autour des épingles un fil disposé en huit de chiffre, comme dans la suture entortillée, en prenant garde que ce fil ne recouvre complètement, en passant d'une épingle à l'autre, tout l'espace intermédiaire. S'il s'agit d'une simple tache, il faut que le fil soit assez serré pour la convertir par le rapprochement de ses bords en un bourrelet saillant, allongé perpendiculairement à la direction des épingles. A mesure que

(1) A. Paré, édition Malgaigne, t. II, p. 680.

(2) Gazette médicale, 1849, p. 812.