

par le lambeau adhérent à ce doigt et la suture se fait comme l'indique la figure. Ce procédé est excellent lorsqu'il y a assez d'étoffe, mais si l'accolement est poussé très loin il est inapplicable, les lambeaux étant insuffisants pour recouvrir les faces qu'ils doivent séparer.

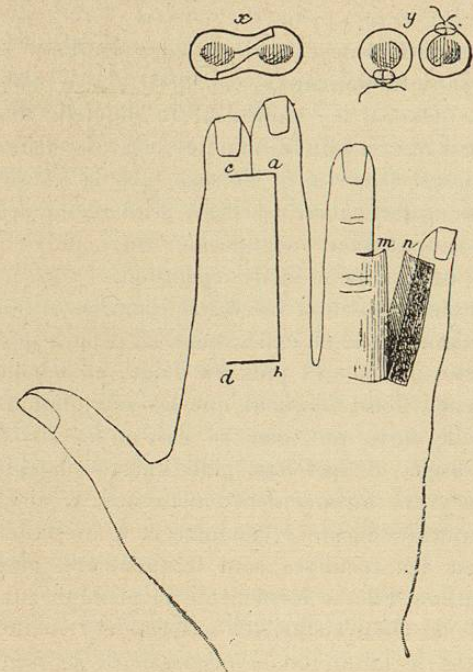


Fig. 12. — Procédé de Didot.  
x, coupe représentant la disposition des lambeaux dorsal et palmaire avant la séparation des doigts. — y, coupe représentant la disposition des lambeaux appliqués sur les doigts séparés.

On peut alors recourir au second mode de procédé qui vise la restauration de la commissure, point faible d'où risque de partir la récurrence. Un lambeau palmaire ou dorsal est dessiné, disséqué, appliqué sur la commissure. C'est le procédé de Zeller, dont des modifications ont été proposées par Morel-Lavallée et par Félizet. Ce point acquis et la commissure cicatricielle ne risquant pas de se reproduire, on peut impunément laisser bourgeonner les faces latérales. Nous préférons cependant en user, le cas échéant, comme l'a fait Kummer, de Genève, qui, après avoir restauré la commissure, employa tous les téguments nécessaires pour recouvrir immédiatement un des doigts et suturer, et fit, pour recouvrir l'autre, une autoplastie par la méthode italienne (lambeau pris sur la poitrine). Le procédé de M. Forgue, de Montpellier, que relate M. Jeanbrau, nous paraît supérieur. Comme le précédent, il consiste à utiliser entièrement pour un des doigts les téguments de la syndactylie et à tapisser par une greffe la grande surface cruentée qui demeure sur l'autre, mais cette greffe est faite suivant la méthode indienne, en prenant à la face dorsale de la main un lambeau à pédicule inférieur.

## XXIV

## TUMEURS ET FISTULES CONGÉNITALES

PAR LE D<sup>r</sup> VICTOR VEAU

Ancien interne, médaille d'or, professeur à la Faculté.

## I. — TUMEURS LIQUIDES

A) *Kystes épithéliaux*. — Les kystes épithéliaux sont de deux ordres.

a). Les *kystes simples* dont la paroi ne renferme que des dérivés de l'ectoderme. Il sont généralement superficiels. Leur pathogénie ne prête à aucune discussion ; ils sont dus à l'enclavement tégumentaire. Ils sont dermoïdes ou mucoïdes suivant qu'ils sont engendrés par des débris cutanés ou muqueux.

b). Les *kystes complexes* dont la paroi renferme, outre le revêtement épithélial, de nombreux éléments mésodermiques souvent disposés sous la forme d'organes. Ces kystes siègent principalement dans l'ovaire, les testicules ou les régions avoisinantes, leur pathogénie est très discutée<sup>1</sup>.

I. — *Kystes épithéliaux simples*. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Les kystes épithéliaux sont tous congénitaux, mais, dans une première phase de leur évolution appelée par Verneuil période d'indolence ou de stagnation, ils sont facilement méconnus. Cette période latente peut se prolonger jusqu'à un âge avancé, mais elle ne dépasse pas en général la puberté pour les kystes sous-cutanés et l'âge mûr pour les kystes profonds.

Les *kystes épithéliaux simples* sont dus à la prolifération de cellules de revêtement incluses lors de l'évolution embryonnaire. Cette théorie émise par Verneuil en 1852 est absolument admise de nos jours et pleinement démontrée. Je ne veux pas parler des autres hypothèses qui ne furent émises que pour expliquer les kystes complexes qui se rapprochent plus ou moins des monstruosité. L'enclavement de l'épiderme produira le kyste dermoïde, l'enclavement d'une muqueuse sera l'origine du kyste mucoïde.

On admet actuellement que cet enclavement est une *anomalie du développement* : je ne le pense pas. Quand on étudie l'évolution normale des fentes embryonnaires qui doivent disparaître, on voit que l'effacement se fait non

(<sup>1</sup>) L'époque est venue de ne plus confondre, dans une même description, des tumeurs essentiellement différentes. Rien ne ressemble moins au kyste dermoïde de la queue du sourcil que le kyste dermoïde complexe de l'ovaire. Il est impossible d'étudier dans un chapitre d'ensemble la structure et surtout la pathogénie de pareilles tumeurs. Ce qu'on dit de l'un ne peut s'appliquer à l'autre et les élèves qui étudient nos traités classiques sont absolument perdus quand ils voient discuter des pathogénies invraisemblables pour des tumeurs d'apparences peu compliquées. — La confusion est venue de ce fait qu'il existe tous les intermédiaires entre le kyste dermoïde le plus simple et le tératome le plus complexe, de même qu'entre l'organisme le plus inférieur et le mammifère le plus élevé. Décrire dans un chapitre d'ensemble tous les kystes épithéliaux est aussi peu scientifique que de chercher à faire comprendre par une seule description l'organisation de tous les êtres.



par déplissement des parois de la fente, mais par fusion, coalescence de ses bords. His, Piersol, Kolliker, Hermann et Tourneux ont représenté ces faits. Je les ai étudiés dans ma thèse au niveau des fentes branchiales. Il faut admettre que *l'enclavement est un fait physiologique*. La prolifération seule est pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Siège*. — Les kystes épithéliaux peuvent se rencontrer dans tous les points du corps, mais ils s'observent avec une très grande prédominance au niveau des régions dont le développement est complexe (cou, périnée).

*Volume*. — Généralement ces kystes ont les dimensions d'une noisette, d'une noix. Les kystes profonds peuvent atteindre un volume considérable. Boestler a extirpé un kyste pesant 24 livres.

*Forme*. — Le kyste est théoriquement sphérique, mais il adapte sa forme à la région où il se développe, alors il s'aplatit, s'allonge.

*Paroi*. — La paroi kystique est plus mince dans les kystes mucoïdes que dans les kystes dermoïdes. Elle peut être épaisse, alors elle renferme des petits kystes. A un degré plus accentué la masse peut revêtir une disposition polykystique dont nous parlerons à l'évolution. Parfois la paroi dermoïde est le siège de calcification toute différente de l'ossification qu'on observe dans les kystes complexes.

*Surface interne*. — Le kyste rappelle ordinairement l'aspect de la peau, ou d'une muqueuse, tantôt lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt comparable à la muqueuse préputiale, d'autres fois inégale, tomenteuse, rappelant la muqueuse de l'estomac (Lannelongue et Achard) ou d'une vessie à colonne (Mahot).

*Contenu*. — Les kystes dermoïdes simples peuvent renfermer tous les dérivés de l'ectoderme. La matière sébacée forme la masse principale, magma blanc jaunâtre de la consistance d'une bouillie comparée à de la crème, de la châtaigne cuite. Quelquefois le kyste renferme une sérosité jaunâtre ou un liquide plus épais chargé de paillettes brillantes de cholestérine; parfois, quand il y a eu suffusion sanguine, le contenu rappelle la couleur et la consistance de la crème au chocolat. — Les kystes huileux sont ceux dans lesquels la matière grasse est dissoute. — Les poils se rencontrent quelquefois dans les kystes dermoïdes simples. Au contraire, dans les kystes dermoïdes complexes, les poils sont la règle. Ce sont, le plus souvent, de simples petits poils follets fins et courts formant un duvet à peine visible au milieu de la matière sébacée. Les dents s'observent souvent dans certaines variétés de kystes épithéliaux péri-maxillaires.

Les kystes mucoïdes renferment généralement un liquide clair.

*Structure*. — La paroi d'un kyste dermoïde présente les caractères des téguments externes. Le derme a sa structure ordinaire, il est souvent chargé de graisse. Les nerfs manquent à peu près toujours. Les papilles s'observent souvent. Elles sont irrégulières. On peut observer dans le kyste de vraies tumeurs papillaires. L'épiderme se présente avec ses caractères ordinaires, la couche cornée est souvent mince et desquamée. Les glandes sébacées sont annexées au poil; elles peuvent atteindre des dimen-

sions considérables, formant de vrais kystes sébacés. Les glandes sudoripares sont beaucoup plus rares.

La paroi des kystes mucoïdes est formée par une lame conjonctivo-élastique sur laquelle repose un épithélium formé de cellules cubiques ou prismatiques disposées quelquefois en plusieurs couches. — Souvent ces kystes possèdent un épithélium cilié.

ÉVOLUTION; TRANSFORMATION. — Les kystes épithéliaux peuvent rester indéfiniment stationnaires, mais généralement ils augmentent progressivement de volume. Les kystes dermoïdes s'ouvrent à l'extérieur, souvent après infection. Les parois épithéliales n'ont aucune tendance à s'accoler; il en résulte une *fistule congénitale secondaire* par opposition aux fistules congénitales primaires qui n'ont jamais été kystiques. Ils peuvent se transformer en tumeurs polykystiques. On conçoit que la paroi d'un kyste dermoïde devienne, elle aussi, le point de départ d'un kyste dermoïde. Ces faits sont rares dans les kystes simples que nous étudions, mais ils n'ont rien d'incompréhensible. Cette évolution polykystique s'observe surtout dans certaines formes de kystes des mâchoires. Ils peuvent devenir le siège d'une tumeur épithéliale maligne. Il existe de ces faits des exemples indiscutables. J'ai rapporté ceux que j'ai pu recueillir au niveau du cou (Victor Veau, *Épithélioma branchial du cou*, th. 1901). Un kyste dermoïde peut-il se transformer en tératome? Il existe les plus grandes analogies entre un kyste épithélial simple et le tératome bénin. Mais je ne connais pas de faits démonstratifs qui prouvent la transformation de l'un en l'autre.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Les kystes épithéliaux sont des tumeurs régulières, toujours indépendantes de la peau; c'est ce qui les distingue des kystes sébacés qui sont eux aussi des kystes revêtus d'une paroi épithéliale, mais ils sont développés dans une glande et adhèrent toujours à la peau, qui souvent est ombiliquée ou pigmentée à leur centre.

La tumeur est fluctuante pour les kystes mucoïdes, mais le liquide peut être à une tension telle que la consistance est plutôt de la rénitence. Les kystes dermoïdes sont souvent pâteux et conservent l'empreinte du doigt qui les presse. Ce signe a une très grosse valeur pour distinguer le kyste des lipomes ou des angiomes. Les symptômes des kystes épithéliaux varient nécessairement suivant leur siège.

1. *Topographie*. — *Tête*. — Les kystes dermoïdes les plus fréquents sont ceux de la *queue du sourcil*. Quelquefois ils sont plus en dedans sur l'arcade sourcilière ou en dehors dans la région temporale. Ils sont presque toujours profonds, recouverts par l'orbiculaire, au contact de l'os sur lequel ils marquent leur empreinte. Les kystes de la *fontanelle antérieure* sont plus rares que ceux de l'*inion*. Ceux-ci peuvent siéger dans la cavité crânienne; ils se manifestent alors par les signes des tumeurs cérébrales (Walther). Les kystes de l'*angle interne de l'orbite*, de la *cavité orbitaire*, ne sont pas exceptionnels (Lagrange). Les kystes de la *glabelle*, du *dos du nez*, de la *joue* sont exceptionnels. Les kystes de la *région parotidienne* sont très fréquents, car à ce niveau aboutissent les fentes branchiales. Ils sont plus rares que les kystes *périauriculaires* qui siègent au voisinage du



pavillon de l'oreille. Les kystes de la *région sublinguale* sont dermoïdes ou mucoïdes. J'ai soutenu, avec mon ami Cunéo, que la grenouillette commune n'était qu'un kyste mucoïde.

II. *Cou. — Thorax.* — Les kystes *sus-hyoïdiens* sont adgénéniens ou adhyoïdiens, car ils ont souvent un pédicule qui les rattache à l'os. Les kystes *sous-hyoïdiens* sont dermoïdes ou mucoïdes; dans ce cas ils sont liés à l'évolution de l'ébauche médiane de la thyroïde et méritent d'être rapprochés des kystes de la base de la langue qu'on observe quelquefois chez les jeunes enfants. Les *kystes sus-sternaux* sont beaucoup plus rares. Les *kystes latéraux du cou* sont superficiels ou profonds; ils sont généralement alors au voisinage de la veine jugulaire interne. Les kystes de la région thoracique sont *pré-sternaux* ou *rétro-sternaux*, souvent ils s'ouvrent dans la trachée.

III. *Abdomen.* — Les *kystes de l'ombilic* sont dermoïdes ou mucoïdes, ils sont quelquefois pédiculés. Les kystes de l'*ouraque* ont été souvent confondus avec une péritonite enkystée. Les kystes du *prépuce* sont difficiles à distinguer des kystes sébacés; ils sont plus fréquents que les kystes du raphé *ano-coccygien*. Les kystes du *vagin* comptent parmi les plus fréquents; ils siègent généralement en avant ou en arrière et peuvent se prolonger dans le ligament large. Les kystes de la *vulve* siègent sur les grandes lèvres, sur les petites lèvres, sur l'hymen, ou au voisinage de l'urètre (Weber).

IV. — Les kystes des *membres* sont très rarement congénitaux. Ce sont généralement des kystes par inclusion traumatique.

II. — **Kystes épithéliaux complexes.** — Je réunis sous ce titre les kystes dermoïdes qui renferment des organes ou des rudiments d'organes. Il faut bien reconnaître qu'il n'y a pas de démarcation nette entre cette variété et celle que je viens de décrire; tous les intermédiaires existent: c'est ce qui fait que nos traités classiques ne font pas de distinction entre ces tumeurs essentiellement dissemblables.

Les kystes dermoïdes complexes diffèrent des kystes simples par :

a) Leur *structure*. Ils ne possèdent pas seulement, comme les kystes simples, un revêtement ectodermique avec les organes qui en dérivent (poils, glandes), ils renferment des os, des éléments nerveux et même de véritables organes. b) Leur *pathogénie*. Ce ne sont plus des kystes par prolifération de débris enclavés. Leur explication a soulevé de nombreuses hypothèses. c) Leur *siège*. On les observe presque exclusivement dans l'ovaire, le testicule ou les régions avoisinantes. Il semble que les organes dérivés de l'épithélium germinatif aient l'apanage de produire ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On trouvera dans l'article de M. Comby les caractères macroscopiques de ces tumeurs (t. II, p. 951).

Sur la paroi de ces kystes s'implante une tumeur solide, quelquefois peu volumineuse (simple papille), d'autres fois plus saillante; elle peut même constituer une véritable travée. C'est là le point essentiel du kyste, car on y trouve toute sorte de tissus. Les éléments de ces tissus proviennent des trois feuilletts blastodermiques. C'est un vrai tératome.

Wilms, dans une série de travaux très remarquables (1902), a cherché à

mettre un ordre dans ce capharnaüm. La tumeur renferme des éléments qui appartiennent principalement à la portion céphalique d'un embryon. Les dérivés de l'ectoderme sont les plus importants.

PATHOGÉNIE. — L'étude topographique de ces kystes complexes nous montre qu'on les observe presque exclusivement dans les glandes génitales. Mais il existe des kystes dermoïdes de la cavité abdominale indépendants des glandes. Je pense avec mon élève Chancenotte (Th. Paris, 1905) que ces kystes peuvent s'expliquer par l'hypothèse de débris aberrants de l'épithélium germinalis. C'est donc dans la glande génitale qu'il faut chercher le point de départ des kystes complexes<sup>1</sup>.

*Ces kystes sont dus à la prolifération sans fécondation de cellules dérivées de l'épithélium germinatif.*

Cette origine parthénogénétique, mono-germinale, a été émise par Waldeyer en 1870 et soutenue par Math. Duval, Repin. Elle est prouvée par analogie; car on la décrit comme un processus constant chez les animaux inférieurs; par l'examen de faits incontestables, bien des auteurs ont vu la segmentation de l'œuf non fécondé.

Quant à savoir quelle est cette cellule qui se segmente, nous sommes réduits à des hypothèses. Pour l'ovaire, ce peut être une cellule de l'épithélium germinatif restée latente ou un ovule primordial. Pour le testicule, ce sont peut-être les cellules que Balbiani a assimilées aux ovules primordiaux.

Les kystes épithéliaux complexes s'observent surtout dans l'ovaire<sup>2</sup> et le testicule; mais on les trouve encore dans le parovaire, sur les parois péliennes, à la région sacro-coccygienne, dans le mésentère (Chancenotte), dans le cordon spermatique.

*Traitement.* — Tous les kystes épithéliaux doivent être extirpés au bistouri. — Ils doivent être enlevés en totalité; car s'il reste un débris de poche la récurrence est fatale. Cette extirpation est quelquefois difficile quand le kyste présente des prolongements profonds ou même dangereuse quand le kyste adhère aux gros vaisseaux (cou).

B) **Kystes séreux congénitaux.** — Les kystes séreux congénitaux sont des tumeurs caractérisées par une agglomération de kystes de volume variable renfermant un liquide analogue à la lymphe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La masse de la tumeur est généralement irrégulière. Une capsule entoure les petits kystes, mais en augmentant de volume

<sup>(1)</sup> L'hypothèse de la *diplogénèse* mérite d'être mentionnée au point de vue historique, car elle eut beaucoup de faveur en raison de son auteur, G. Saint-Hilaire: un ovule fécondé donnerait naissance à la tumeur. On objecte que ces tumeurs s'observent chez des enfants qui ne sauraient avoir été fécondés; la tumeur n'est pas un embryon, mais un tératome.

<sup>(2)</sup> Il est intéressant de se demander s'il n'y a dans l'ovaire que des kystes complexes. Cependant il semble qu'on observe souvent des kystes simples analogues aux kystes par inclusion. Wilms pense que les kystes simples sont des kystes mal étudiés. Du reste, on ne comprend pas d'où viendrait cette inclusion. Toutes les hypothèses admises pour adapter la théorie de Verneuil aux kystes de l'ovaire ne tiennent pas debout. Enfin Pilliet a montré que dans tout kyste dermoïde de l'ovaire il y avait une papille; c'est là que se trouvent les tissus multiples qui font la complexité. Mais il importe de faire remarquer que cette complexité peut être minime. Le kyste alors ressemble absolument au kyste simple, mais il en diffère d'une façon fondamentale par sa pathogénie.



la tumeur s'étale, s'infiltré entre les organes, l'extirpation totale devient impossible. — Le volume peut atteindre celui d'une tête d'enfant. Le nombre des poches est souvent énorme (des milliers : Lannelongue et Ménard). La paroi est généralement d'épaisseur très inégale. Le contenu est un liquide alcalin, albumineux, quelquefois transparent comme de l'eau de roche, d'autres fois coloré ou même franchement hémétique.

Histologiquement, la paroi est formée par du tissu conjonctif tapissé

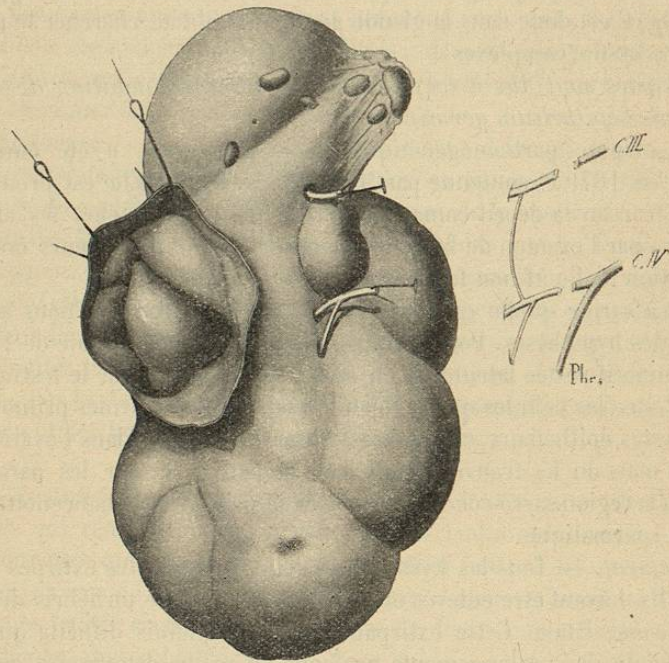


Fig. 1. — Kyste séreux congénital du cou.

d'un endothélium facile à imprégner par l'argent. Les contours en sont nettement rectilignes. Il n'est pas rare de trouver des fibres musculaires dans la couche conjonctive sous-endothéliale. Lannelongue a trouvé des nerfs.

NATURE. PATHOGÉNIE. — Les kystes séreux congénitaux sont donc des lymphangiomes kystiques. Après les travaux de Wegner, Nass, Middeldorf, Lannelongue et Achard, c'est un fait généralement accepté. Il est prouvé par la nature du revêtement, les connexions et les rapports de la tumeur avec les voies lymphatiques. (*Association des kystes congénitaux avec lymphangiomes caverneux*. Lannelongue et Ménard, Winiwarter.)

Virchow, Pierre Delbet pensaient que ces kystes étaient des malformations congénitales. J'ai démontré qu'ils étaient dus à un arrêt de développement (Victor Veau. Nature et pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou, *Archives de médecine des enfants*, avril 1905, p. 195), car dans toutes les régions où existent ces kystes on trouve vers le cinquième mois des dilatations lymphatiques constantes, première ébauche des voies lymphati-

ques. Ces poches qui vont régresser ont la structure et les connexions des kystes séreux congénitaux.

D'autres théories ont été émises sur la nature de ces kystes. Je dois les mentionner en raison de la faveur dont elles ont joui pendant de longues années. Mon élève Savelli les a longuement exposées dans sa thèse (Paris, 1902).

a) Rodenbacker (1828), Veling (1848), Blachez (1856) ont soutenu que ces kystes se formaient dans les *glandes salivaires* ou les *débris du corps thyroïde* et de la *glande*



Fig. 2. — Énorme kyste séreux congénital du cou occupant les deux côtés de la région cervicale.

carotidienne. La structure des kystes séreux fait justice de cette hypothèse. Mais il existe un certain nombre de faits indiscutables (Hawkins, Blachez, Achard), dans lesquels il y avait association de kystes séreux et de kystes épithéliaux.

b) La théorie la plus en faveur fut celle de l'anglais Holmes Coote qui fut ardemment défendue par Cruveilhier, Broca : *Les kystes séreux sont le résultat de la transformation d'un angiome*. J'ai discuté ailleurs cette théorie qui s'appuie sur l'existence d'un angiome au voisinage de la tumeur, la nature sanguine du contenu de certains kystes. Le premier fait ne doit pas nous surprendre puisqu'on admet que les angiomes sont, eux aussi, des malformations congénitales. La transformation des angiomes en kystes séreux n'a jamais été démontrée. Elle n'a été décrite qu'au niveau du cou,



là où les angiomes sont relativement rares. Le voisinage de vaisseaux volumineux nous explique comment certains kystes sont hématisés. D'ailleurs les angiomes sont rares au contact des kystes.

**SYMPTÔMES. DIAGNOSTIC.** — Le plus grand nombre des lymphangiomes kystiques est vraiment congénital et s'observe à la naissance. Mais un certain nombre n'apparaît que plus tard, quelquefois à l'occasion d'un traumatisme. La tumeur est généralement très fluctuante, non réductible, et quelquefois transparente. Elle ne présente pas de modifications sous l'influence des cris, des efforts. La peau mince glisse facilement sur la tumeur.

Les kystes épithéliaux sont généralement plus réguliers, moins fluctuants. L'angiome est plus dur et réductible. Le lipome peut ressembler beaucoup à un kyste séreux congénital.

**ÉVOLUTION.** — On dit que ces kystes peuvent guérir spontanément par ouverture extérieure (Wernher). Généralement ils augmentent progressivement et entraînent la mort par cachexie, suppuration ou hémorragie, à moins que par leur volume ils déterminent des compressions graves.

**TRAITEMENT.** — L'extirpation doit être tentée chaque fois que le kyste semble limité, encapsulé. Elle sera totale autant que possible; si elle n'est que partielle, il faudra détruire le revêtement endothélial par attouchement au chlorure de zinc. La ponction et injection modificatrice (chlorure de Zn, teinture d'iode, azotate d'argent) sera indiquée dans les kystes diffus dont les poches sont peu nombreuses. L'électrolyse pourra être tentée. J'ai vu M. Brun échouer dans un kyste volumineux du flanc.

Les kystes séreux congénitaux du cou sont de beaucoup les plus fréquents, ils débordent souvent dans la nuque, dans le thorax. Ils sont généralement au contact de la veine jugulaire.

Les kystes de l'aisselle sont adhérents aux nerfs du plexus brachial (Demoulin). On peut encore les observer à l'aîne, aux membres, au tronc, à la région sacro-coccygienne.

Les kystes de l'aîne sont plus rares. J'en ai observé un cas chez un jeune homme de 15 ans.

Les kystes lymphatiques de la cavité péritonéale ont été étudiés, t. II, p. 560. Je pense avec mon ami Cunéo que c'est là une question qui devrait être transformée. Il est possible qu'il existe de vrais lymphangiomes rétro-péritonéaux, mais la majorité des kystes séreux de l'abdomen sont probablement des épanchements entre les feuillets des méso-péritonéaux incomplètement soudés. Cette conception sera prouvée par l'examen attentif du siège de ces tumeurs, de leur structure.

## II. — TUMEURS SOLIDES

Les tumeurs solides congénitales sont celles qui sont liées à l'évolution. Elles ne s'observent pas exclusivement chez l'enfant. Bien des tumeurs de l'adulte sont d'origine congénitale. D'un autre côté, on peut observer dans le jeune âge des tumeurs acquises. Mais celles-là sont relativement rares<sup>1</sup>.

A) **Angiomes.** — Les angiomes sont des tumeurs dues à la néoformation

(<sup>1</sup>) Je ne m'occuperai pas ici des tumeurs qui ont fait l'objet d'un chapitre spécial comme, par exemple, les sarcomes du rein, les tumeurs sacro-coccygiennes.

et la dilatation des capillaires sanguins. On les appelle encore hémangiomes par opposition aux lymphangiomes qui se forment aux dépens des capillaires lymphatiques.

**ÉTILOGIE. PATHOLOGIE.** — Les angiomes sont très fréquents. Depaul disait qu'un tiers des nouveau-nés en étaient affectés à la naissance. Souvent les naevi disparaissent dans les premiers mois.

**Age.** — Presque tous les angiomes apparaissent dans le jeune âge. Parker a trouvé :

500	angiomes	chez	des	enfants	au-dessous	de	un	an.
50	--	--	--	--	de	2	à	5
8	--	--	--	--	de	4	à	15

Mais les angiomes peuvent apparaître ou augmenter de volume à l'âge adulte<sup>1</sup>.

**Sexe.** — Les angiomes s'observent plus souvent chez les filles que chez les garçons (environ 5 fois sur 4).

Les angiomes sont des tumeurs congénitales, ils apparaissent surtout dans les régions où le développement est complexe (Krelow), au niveau des fentes ou des fissures (angiomes fissuraires); il semble que ce soit une *exagération de développement*.

Les angiomes existent souvent avec d'autres malformations éloignées. Quelquefois ils font partie de cette malformation; la tumeur de l'encéphalocèle, du spina bifida, est souvent angiomateuse. Il semble même que l'angiome peut être le point de départ d'une malformation, un angiome d'un rebord alvéolaire peut produire un bec de lièvre en empêchant les bourgeons de se souder (Lannelongue); un angiome vertébral peut être la cause d'un spina bifida (toujours une méningocèle)<sup>2</sup>.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — D'après leur siège, on divise les angiomes en cutanés (naevi vasculaires)<sup>3</sup>, sous-cutanés, profonds (angiomes des muqueuses, des muscles, des os, des viscères). Quel que soit leur siège, ils se présentent avec les mêmes caractères.

Quand on incise un angiome, le sang coule en bavant d'une manière continue et en grande abondance. Parfois il y a un jet net, mais non saccadé et intermittent comme celui qui sort d'une artère (Delbet).

Les angiomes possèdent généralement une capsule. Ils peuvent être disséqués. Quand on se tient dans cette zone, l'hémorragie est insignifiante. En

(<sup>1</sup>) Il existe une variété d'angiomes séniles (Broca, Dubreuilh), qui s'observent surtout chez les vieilles femmes. Il semble que ce soit des tumeurs très spéciales liées à l'évolution vasculaire; elles sont toujours très petites.

(<sup>2</sup>) Dans le public, on invoque souvent, pour expliquer les taches cutanées, les émotions vives subies par la femme pendant sa grossesse; on croit que la vue d'un objet, l'obsession, le désir pourrait aboutir à la production de ces *envies*. Ces hypothèses d'un autre âge ne reposent sur aucun fondement scientifique.

Le *traumatisme* est quelquefois incriminé. Pour Bœckel, la prédominance des angiomes à la tête s'expliquerait par le traumatisme obstétrical. Cette hypothèse doit être rejetée. Cependant, il existe quelques faits indiscutables où un angiome s'est développé à la suite d'une contusion, sous l'influence de frottements répétés, sur une cicatrice de brûlure. Ces faits tout à fait exceptionnels, joints aux angiomes séniles, semblent montrer qu'à côté des angiomes congénitaux, il y a des angiomes acquis.

(<sup>3</sup>) On désigne sous le nom de « naevi » les taches congénitales de la peau. Ils sont de deux espèces : a) Les *naevi vasculaires* qui sont des angiomes, nous les décrirons ici. b) Les *naevi pigmentaires* qui sont des taches. Ils ont été étudiés avec les maladies de la peau, t. IV, p. 946.