

un véritable plexus. Le rougeur monte progressivement vers le coude. A ce niveau la coloration n'est plus localisée à la face interne, elle s'étend également en arrière autour de l'olécrâne. On recherchera le ganglion sus-épitrochléen en plaçant le bras en flexion à angle droit et en explorant avec la pulpe du pouce, au-dessus de l'épitrochlée, en avant ou en arrière de la cloison aponevrotique intermusculaire interne. La tuméfaction de ce ganglion est inconstante. Il m'a même semblé, fait intéressant à noter, que dans les lymphangites aiguës à streptocoques ou à staphylocoques, l'adénite sus-épitrochléenne est moins fréquente que l'inflammation de la bourse séreuse rétro-olécranienne. Celle-ci, qu'on pourrait comparer à un véritable sac lymphatique en raison de ses connexions avec le réseau lymphatique démontrées par la pathologie, est très souvent tuméfiée, distendue par de la sérosité. Au palper elle donne une consistance molle, élastique, fluctuante. Vient-on à l'inciser, la sérosité qui s'en écoule est plus ou moins trouble, souvent il s'agit de pus véritable. Ces rapports entre la lymphangite et l'inflammation des bourses séreuses ont attiré l'attention de LACOSTE<sup>1</sup> et de FROELICH<sup>2</sup>.

Au bras, les trainées rouges occupent la face interne et gagnent progressivement l'aisselle. La paroi interne ou thoracique de l'aisselle a conservé son aspect normal, du moins au début, mais bien souvent déjà les malades se plaignent de douleurs et au palper on sent un ou plusieurs ganglions tuméfiés, de consistance élastique, mobiles, douloureux à la pression.

La lymphangite procède ainsi par étapes successives avec une rapidité plus ou moins grande suivant les cas.

La teinte de la peau est variable, quelquefois à peine rosée, d'autres fois d'un rouge foncé, violacée ou brunâtre. Dans ce dernier cas, la coloration est uniforme et s'étend sur une large surface. Parfois les trainées rouges sont remplacées par un réseau à grandes mailles résultant de l'inflammation des branches de second ordre. Les téguments présentent alors un aspect tigré ou marbré très remarquable.

<sup>1</sup> LACOSTE. Thèse de doctorat, Paris, 1883, n° 429.

<sup>2</sup> FROELICH (de Nancy). Revue médicale de l'Est, 1891, p. 653.

Les phlyctènes sont rares dans la lymphangite simple, on peut cependant les rencontrer; elles présentent une teinte citrine ou rougeâtre, et plus rarement purulente.

Au palper la lymphangite tronculaire donne la sensation d'une induration en plaque, au niveau de laquelle la pression des doigts laisse une légère empreinte en rapport avec l'œdème. Il est rare qu'on perçoive nettement les cordons durs correspondant aux troncs lymphatiques enflammés tels que les auteurs les décrivent.

Les signes généraux sont très variables; leur intensité dépend de la virulence de l'agent septique et de l'organisme sur lequel il se développe.

#### ÉVOLUTION

Dans la lymphangite simple, spontanément ou sous l'action d'un traitement approprié, les accidents s'amendent, la rougeur diminue, la douleur disparaît, l'état général s'améliore, la fièvre tombe, en un mot tous les symptômes deviennent favorables et la guérison survient en quelques jours. Quelquefois, au niveau de la plaie d'inoculation, une petite phlyctène purulente s'est formée dont l'évacuation est le signal de l'amélioration générale. La lymphangite terminée, on observe sur les téguments une desquamation très fine, furfuracée, comme dans la rougeole (TURREL<sup>1</sup>, J. ROUX<sup>2</sup>, FAVREL<sup>3</sup>).

On a signalé, surtout aux membres inférieurs, et chez les variqueux, chez les sujets soumis à de grandes fatigues et à de longues marches, un aspect ecchymotique, une teinte chamois, que prendrait la plaque angioloécitique à son stade de résolution. Elle ne dure que quelques jours, et s'explique par l'extravasation des globules rouges infiltrés dans le derme au cours du processus inflammatoire et que les voies absorbantes ne reprennent que tardivement (LEJARS<sup>4</sup>).

L'adénite persiste habituellement longtemps encore après la disparition de la lymphangite. Il en est de même de l'œdème qui

<sup>1</sup> TURREL. Thèse de doctorat, Paris, 1844, n° 71.

<sup>2</sup> J. ROUX. Gazette médicale de Paris, 1842.

<sup>3</sup> FAVREL. Thèse de doctorat, Paris, 1884, n° 221.

<sup>4</sup> LEJARS. Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, t. I, p. 645.

peut survivre un temps plus ou moins long à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. CHASSAIGNAC a décrit une forme de lymphangite qu'il appela *réticulaire oscillante* et qui s'observe surtout au dos de la main chez les anatomistes. Elle dure des semaines, se reproduisant sur place par poussées (LEJARS).

**Lymphangite suppurée.** — La lymphangite aboutit fréquemment à la suppuration. Elle se produit soit au niveau des ganglions, c'est l'adénite suppurée que nous étudierons plus loin, soit au niveau des troncs lymphatiques et même dans la zone de la lymphangite réticulaire. La suppuration s'annonce par les symptômes suivants : tous les accidents s'amendent, la douleur, la rougeur, le gonflement, dans toute la zone primitivement envahie sauf en un point où la coloration rouge s'étale, augmente d'intensité, devient violacée, lie de vin ou rouge sombre. Le gonflement augmente, il se produit une tuméfaction circonscrite qui pointe au centre contrairement à la plaque régulière de l'érysipèle. Le malade éprouve une sensation de chaleur, des élancements, et, au bout de quelques jours, à la place de l'induration phlegmoneuse du début, on sent à travers l'œdème des téguments, une zone de consistance rénitente, élastique, et même fluctuante. Un abcès lymphangitique s'est formé à distance du point d'inoculation.

La bourse séreuse olécranienne, nous l'avons déjà dit, est souvent envahie par la suppuration dans les lymphangites du membre supérieur.

Parfois, il se produit toute une série de petits abcès qui s'échelonnent le long de la trainée lymphangitique, d'autant plus *mités* qu'on se rapproche davantage de la plaie d'inoculation (TRUC<sup>1</sup>), CHASSAIGNAC signale un cas dans lequel il y eut ainsi 21 abcès successifs. J. ROUX en ouvrit 33 sur le même malade. Parfois ces abcès se résorbent spontanément, sans s'ouvrir au dehors (FAVREL).

L'état général est plus atteint dans ces formes à suppurations

<sup>1</sup> TRUC. Montpellier médical, 1887, 2<sup>e</sup> série, t. IX, p. 409-414.

multiples ; la fièvre dure plus longtemps avec des recrudescences à l'apparition de chaque nouvel abcès.

Il est exceptionnel de voir persister des fistules lymphatiques, des lymphorragies à la suite des abcès (PEYROMAURE-DEBORD<sup>1</sup>, A. DESPRÈS<sup>2</sup>, BOULANGER<sup>3</sup>, BERLIN<sup>4</sup>). Habituellement les foyers une fois évacués se comblent en quelques jours.

La persistance d'une fistule avec décollements se produit beaucoup plus fréquemment dans le cas d'inflammation de la bourse séreuse olécranienne, nécessitant une intervention pour tarir ce suintement interminable. La nature de la poche enflammée explique dans ce cas la persistance de la suppuration.

**Lymphangite gangréneuse.** — Étudiée par DELAY<sup>5</sup>, élève de A. NÉLATON, par ESCORNE<sup>6</sup>, QUINQUAUD, la forme gangréneuse de la lymphangite a été particulièrement bien décrite par JALAGUIER, dans sa thèse. Cet auteur a montré qu'elle se rencontre surtout au membre inférieur (9 fois sur 12 observations). La maladie débute par une phase inflammatoire comme dans la lymphangite réticulaire simple, à cela près toutefois que d'emblée l'état général est plus atteint. La température est élevée, le malade a des frissons et se trouve plongé dans un état de prostration inquiétant. D'autres fois au contraire l'agitation, le délire prédominent. On a l'impression qu'il s'agit d'une infection grave. La rougeur diffuse prend bientôt une teinte foncée vineuse. Vers le troisième jour, les phlyctènes apparaissent, larges et rares ou petites et confluentes. Leur contenu est sanguinolent, roussâtre ; elles durent peu, lorsqu'elles se rompent on trouve au-dessous le derme recouvert d'une pseudo-membrane blanchâtre d'aspect couenneux. Cette couche se détache à son tour et laisse

<sup>1</sup> PEYROMAURE-DEBORD. Thèse de doctorat, 1871, Paris, n° 61.

<sup>2</sup> A. DESPRÈS. Bull. Acad. de médecine, 1876.

<sup>3</sup> BOULANGER. Thèse de doctorat, Paris, 1876, n° 388.

<sup>4</sup> BERLIN. Thèse de doctorat, Paris, 1878, n° 108.

<sup>5</sup> DELAY. Thèse de doctorat, Paris, 1852, n° 57.

<sup>6</sup> ESCORNE. Thèse de doctorat, Paris, 1866, n° 65.

à nu le derme rouge, saignant et par places mortifié. Les escarres sont grises, noirâtres ou jaunâtres, très minces, superficielles, à bords nets ou sinueux se détachant sur le fond rouge du derme. La sensibilité a disparu à leur niveau. Parfois elles sont d'un blanc presque pur (gangrène blanche de QUESNAY). Les plaques de sphacèle se développent en surface pendant quelque temps, puis s'éliminent de la périphérie au centre; elles ne dépassent jamais l'aponévrose d'enveloppe en profondeur.

JALAGUIER distingue trois formes : l'une bénigne, la deuxième grave par l'état général dans laquelle les symptômes ataxo-dynamiques apparaissent de bonne heure et emportent rapidement le malade. La troisième forme est grave à la fois par les lésions locales et par l'état général. La lymphangite se transforme en phlegmon diffus auquel s'ajoutent bientôt des accidents pyohémiques. Dans trois cas la mort a été le résultat de complications pulmonaires ou péricardiques.

**Lymphangite septique.** — La lymphangite peut revêtir une allure particulièrement septique sans qu'il y ait localement d'accidents gangréneux. Cette forme qu'on appelle habituellement *septique* serait mieux dénommée *hyperseptique* puisque, par définition, la lymphangite est toujours de nature infectieuse. La gravité résulte de la pénétration de germes extrêmement virulents comme dans certaines piqûres anatomiques. Elle peut tenir encore à la nature du terrain : une infection d'intensité moyenne peut provoquer des accidents mortels lorsqu'elle se développe chez un alcoolique, un diabétique ou chez un individu surmené. Au lieu de l'évolution normale de la lymphangite, la maladie revêt dès le début l'allure du phlegmon diffus avec extension rapide des lésions. L'infiltration purulente est précoce, elle envahit tous les tissus, il se produit une sorte d'œdème aigu purulent sans collection limitée.

D'autres fois, il existe une remarquable opposition entre la bénignité apparente de la piqûre et la gravité de l'état général. Localement on constate seulement un peu de douleur et de gonflement, et d'emblée le malade est plongé dans un véritable état typhoïde. Il meurt rapidement dans le coma ou par

asphyxie toxique; s'il résiste quelques jours, il finit par succomber à une néphrite suraiguë (BLACHEZ<sup>1</sup>).

Entre cette forme hyperseptique ou hypertoxique et la lymphangite simple, il existe toute une série de cas intermédiaires que le clinicien rencontre journellement mais auxquels il est impossible de consacrer une description spéciale dans un chapitre de pathologie. C'est en résumé la constante équation, qu'on retrouve dans toute maladie infectieuse, dont les facteurs sont, d'une part la qualité et la quantité du virus septique, et d'autre part le terrain sur lequel cette infection se développe.

**Lymphangite profonde.** — La lymphangite profonde est primitive ou secondaire à la lymphangite superficielle. Parfois il y a concomitance des deux, par exemple lorsqu'elles succèdent à un phlegmon. Ce qui frappe dans la lymphangite profonde, c'est l'obscurité des signes physiques et l'importance des signes généraux. Localement la plaie d'inoculation est profonde, anfractueuse; elle est sèche et d'une sensibilité extrême. Le membre est augmenté de volume, il y a parfois de l'œdème sous-cutané vers son extrémité. Au palper la peau est chaude, mais elle a conservé sa coloration normale. Il existe de l'empâtement profond surtout sur le trajet de l'artère; les ganglions sont tuméfiés. Il est exceptionnel de sentir des indurations limitées, des cordons noueux sur le trajet des lymphatiques profonds. Le malade se plaint de douleurs vives dans tout le membre jusque vers la racine; la pression profonde au niveau des troncs lymphatiques sous-aponévrotiques exagère cette douleur. Le membre est lourd, impotent; la contraction des muscles est très pénible. En même temps les signes généraux sont très accentués : la fièvre est vive, la température élevée, le pouls rapide. L'inappétence est habituelle ainsi que la céphalalgie et la courbature; les frissons sont fréquents. Souvent au bout de quelques jours, la peau présente des taches rosées qui s'étalent et deviennent confluentes, une lymphangite superficielle se greffe sur l'inflammation lymphatique profonde : c'est la *lymphangite double* de

<sup>1</sup> BLACHEZ. Société médicale des hôpitaux, 1874.

FOLLIN. La lymphangite profonde peut se terminer comme la superficielle par résolution ou par suppuration. Dans ce dernier cas, il se produit un ou plusieurs abcès circonscrits ou bien une infiltration purulente massive, véritable phlémon diffus profond, typhus des membres de CHASSAIGNAC. La mort est la terminaison habituelle de cette dernière forme.

#### COMPLICATIONS

Les connexions qui existent entre les troncs lymphatiques et les veines expliquent la possibilité du développement d'une phlébite secondairement à une lymphangite. Néanmoins cette complication est relativement rare.

Parmi les lésions secondaires à la lymphangite, les plus intéressantes sont les inflammations des séreuses. Nous avons déjà signalé la fréquence des altérations de la bourse séreuse olécrânienne dans les lymphangites de la main et de l'avant-bras. De même, quoique plus rarement, la bourse pérotulienne s'enflamme à la suite des lymphangites de la jambe. L'inflammation peut gagner également les synoviales articulaires, les synoviales tendineuses et même les séreuses viscérales. C'est VERNEUIL<sup>1</sup> qui le premier a insisté sur ces lésions des synoviales; elles ont été également observées par NICAISE<sup>2</sup>, THERRE<sup>3</sup>, LACOSTE<sup>4</sup>, FROELICH<sup>5</sup>. Suivant les cas, la nature du liquide accumulé dans la séreuse est variable, depuis la simple hydarthrose jusqu'à l'abcès articulaire. Ces complications séreuses sont graves; outre qu'elles entraînent des troubles dans le fonctionnement de l'articulation, surtout s'il s'agit d'un épanchement purulent, elles sont l'indice d'une infection virulente évoluant sur un organisme peu résistant. A cause de cela, elles assombrissent beaucoup le pronostic. VERNEUIL a vu mourir trois malades atteints d'arthrite

<sup>1</sup> VERNEUIL. Gazette des hôpitaux, 1878, p. 90.

NICAISE. Revue de médecine et de chirurgie, 1878, p. 822.

<sup>3</sup> THERRE. Thèse de doctorat, Paris, 1879, n° 61.

<sup>4</sup> LACOSTE. Thèse de doctorat, Paris, 1883, n° 429.

<sup>5</sup> FROELICH. Revue médicale de l'Est, 1891, p. 853.

suppurée du genou et BELLAMY dans un cas de ce genre, chez un enfant, ne put obtenir la guérison qu'en faisant une arthrotomie (LEJARS<sup>1</sup>).

La lymphangite, comme toute maladie septique, peut se compliquer d'infections à distance. On a signalé des abcès du foie, des *néphrites aiguës* (BARETTE<sup>2</sup>), qui persistent parfois sous forme d'albuminurie et de néphrite chronique (BOULLY, LENEVEU, LETULLE<sup>3</sup>).

#### DIAGNOSTIC

Dans la lymphangite réticulaire, l'analogie est grande avec l'*érythème simple* et l'*érysipèle*. Les antécédents et en particulier le renseignement fourni par le malade d'une piqûre ou d'une plaie antérieure, la disposition de la rougeur autour de cette plaie sont en faveur de la lymphangite. L'*érythème simple* survient en dehors de toute lésion des téguments, sans fièvre. La peau a une teinte uniforme, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

L'*érythème noueux* se développe également d'une façon spontanée, sans traumatisme antérieur. Le malade, qui est un arthritique, a de la courbature, de la fièvre, des douleurs articulaires. Localement les plaques érythémateuses sont isolées, multiples. A leur niveau la peau est surélevée et souvent d'une teinte rouge violacée ecchymotique. On dirait que le malade a reçu des contusions superficielles multiples.

Quant à l'*érysipèle*, il n'est pas toujours aisé de le différencier. Dans la forme typique, l'*érysipèle* est en plaque surélevée, limitée par un bourrelet dur et saillant, il est alors facile de le distinguer de la lymphangite; mais bien souvent le bourrelet est peu marqué, et d'un autre côté dans la lymphangite la plaque est quelquefois surélevée. Au reste il n'est pas étonnant que les deux affections puissent être confondues puisque, au point de vue histologique, la distinction est souvent impos-

<sup>1</sup> LEJARS. Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, t. I, p. 665.

<sup>2</sup> BARETTE. Thèse d'agrégation, 1886.

<sup>3</sup> LETULLE. Gazette des hôpitaux, 1876, p. 1033.

sible. Dans les deux il y a lymphangite et dermite (QUÉNU); l'érysipèle est une dermo-lymphite dit-on, or la lymphangite s'étend souvent aux fentes lymphatiques de la peau et devient une lympho-dermite. Quant au *signe de VIDAL* qui permettrait de différencier les deux affections par la pression digitale, cette pression laissant une empreinte blanche dans la lymphangite et jaune dans l'érysipèle, son appréciation est souvent assez vague.

La lymphangite tronculaire a été confondue avec la *phlébite* et de fait, comme nous l'avons dit plus haut, les deux lésions peuvent coexister, ce qui complique encore le diagnostic. « L'angioloécite se voit et ne se sent pas, disait VELPEAU, tandis que la phlébite se sent plutôt qu'elle ne se voit. » L'engorgement ganglionnaire n'est pas un signe différentiel, il peut exister dans la phlébite et même d'une façon précoce.

La *gangrène gazeuse* ou *érysipèle bronzé* se distingue de la lymphangite par le gonflement du membre, la coloration différente, la sonorité constatée à la percussion de la peau, l'évolution, la gravité de l'état général.

La lymphangite profonde est beaucoup plus difficile à reconnaître, surtout lorsqu'il s'agit de la différencier des *synovites tendineuses* du *phlegmon diffus*. D'autant plus que souvent ces lésions se combinent, il existe à la fois une inflammation des vaisseaux lymphatiques profonds, une infiltration du tissu cellulaire et une synovite du voisinage. Il ne faut pas s'attendre à sentir sur le trajet des troncs lymphatiques profonds des cordons isolés et indurés, comme on l'a décrit un peu théoriquement.

Les abcès lymphatiques, les adénites, les synovites tendineuses et articulaires seront rattachées à leur véritable cause. Et l'on s'efforcera de reconnaître au plus tôt les complications septiques à distance afin de les enrayer le plus promptement possible.

#### TRAITEMENT

VELPEAU a posé les principes du traitement de la lymphangite. Il a recommandé de traiter la plaie d'inoculation et la lymphangite elle-même.

**A. Prophylactique.** — On s'efforcera d'éviter le développement de la lymphangite en traitant énergiquement la plaie soupçonnée d'être septique. Elle sera soigneusement désinfectée à l'aide d'antiseptiques diffusibles parmi lesquels je placerai au premier rang l'alcool, la solution de formol, et surtout la teinture d'iode. Au besoin, on n'hésitera pas à débrider la plaie pour la drainer plus largement ou à la cautériser avec la pointe du thermocautère. On en fera ensuite l'occlusion au moyen d'un large enveloppement ouaté recouvrant un pansement humide aseptique. Il faut éviter de recouvrir le pansement d'une toile imperméable qui empêche son évaporation lente, favorable à l'élimination des produits septiques.

**B. Curatif.** — La lymphangite développée, il faut l'enrayer par un traitement approprié. Et d'abord il est un certain nombre de moyens plus nuisibles qu'utiles. L'acide picrique ne doit être employé sous aucune de ses formes, ni en solution aqueuse saturée, ni en solution alcoolique ou éthérée. Quoiqu'on en ait dit cette substance faiblement antiseptique, dont la propriété kératoplastique est connue, n'agit pas efficacement contre la lymphangite. De même toutes les poudres antiseptiques, iodoforme, salol, traumatol, etc. et les poudres astringentes, quinquina, tanin, ratanhia, etc. doivent être rejetées. Elles sont irritantes, mal tolérées et n'enrayent nullement la lymphangite. En règle générale tous les pansements secs sont mauvais.

Le pansement humide s'impose. Outre que la chaleur humide calme la douleur, elle agit très favorablement pour circonscrire l'inflammation. C'est pour cette raison que les cataplasmes de l'ancienne chirurgie étaient souvent efficaces; malheureusement étant eux-mêmes septiques, s'ils réussissaient à enrayer l'inflammation primitive ils greffaient fréquemment sur la plaie une infection secondaire. L'idée néanmoins mérite d'être conservée, c'est une sorte de cataplasme antiseptique ou aseptique qui convient le mieux dans le traitement de la lymphangite. Après un nettoyage soigné de la plaie d'inoculation et des régions avoisinantes, on applique des compresses de mousseline imprégnées d'eau bouillie encore chaude, et exprimées. On les place sur la

région enflammée en ayant soin de dépasser largement dans tous les sens la zone cutanée rouge et douloureuse. Les compresses sont recouvertes d'une toile imperméable, puis d'une épaisse couche d'ouate maintenue à l'aide d'une bande de tarlatane. Sous ce pansement, les malades se sentent d'emblée très soulagés.

Le pansement tel que nous venons de le décrire est purement aseptique ; dans bien des cas, il sera suffisant. Cependant s'il s'agit d'une lymphangite très virulente on peut avantageusement recourir aux antiseptiques, et en particulier à l'acide phénique et au sublimé. A l'avènement de l'antiseptie, on fit de ces substances un véritable abus ; les liquides employés couramment étaient la solution phéniquée forte à 5 p. 100 et la solution de sublimé ou liqueur de van Swieten à 1 p. 1000<sup>1</sup>. HOFMOKL<sup>2</sup> (de Vienne) allait encore plus loin. Il recommandait de faire un lavage soigné de la peau au savon puis à l'alcool et d'appliquer ensuite un pansement imprégné d'une solution de sublimé à 3 ou 5 p. 100. Les inconvénients de ces liquides antiseptiques concentrés sont nombreux. Il ne se passe pas d'année qu'on n'observe aux consultations chirurgicales des hôpitaux un ou plusieurs cas de gangrène produite par l'application sur une plaie d'une solution forte d'acide phénique. Je voyais dernièrement à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine un garçon de dix-huit ans auquel je dus amputer un doigt pour gangrène consécutive à l'application d'eau phéniquée forte sur un panaris simple érythémateux.

Ces accidents sont particulièrement fréquents chez les enfants dont la peau fine est plus fragile. Outre les accidents locaux, les malades présentent des signes d'intoxication, urines noires dans l'empoisonnement par l'acide phénique, stomatite, diarrhée, lorsque l'intoxication est due au sublimé. Avec des solutions moins concentrées, on évite ces accidents généraux et locaux mais on voit encore se produire des dermites artificielles, surtout avec le sublimé. Toute la peau recouverte du pansement défectueux est rouge, exulcérée, saignante et très douloureuse ; l'absorption

<sup>1</sup> SKINNER. Progrès médical, 1886, p. 651.

<sup>2</sup> HOFMOKL. Wien. med. Presse, 1886, p. 337.

est facile sur toute cette surface avivée et à la longue on peut voir survenir quelques accidents d'intoxication chronique. *Il ne faut donc employer que des antiseptiques extrêmement dilués* : acide phénique à 4 p. 1 000, sublimé à 1 p. 5 000 ou 1 p. 10 000. A ce titre ces substances ne sont nullement nocives, on évite l'intoxication et la dermatite, et l'action légèrement antiseptique paraît favoriser la rétrocession des accidents inflammatoires et septiques.

Le perchlorure de fer à 30 p. 100 jadis préconisé par VALETTE en badigeonnage contre l'érysipèle et que MARLOY<sup>1</sup> a de nouveau vanté ne me semble pas avoir de propriétés particulièrement avantageuses qui doivent le faire adopter. Il en est de même de l'éther et de l'alcool recommandés par certains chirurgiens. Le pansement à l'éther, outre ses dangers de combustibilité, a le grave défaut d'être très douloureux. Dans certaines formes de lymphangite grave à évolution superficielle, se rapprochant par son aspect de l'érysipèle, un badigeonnage à la teinture d'iode peut agir efficacement à la condition d'être suivi d'un pansement humide.

Après ce que nous venons de dire, sur l'emploi des antiseptiques dans la lymphangite, il n'est pas nécessaire d'insister pour montrer l'inutilité et même les dangers des injections sous-cutanées de solution phéniquée à 2,5 p. 100 faites le long des vaisseaux lymphatiques suivant la méthode recommandée par HUETER.

Les pulvérisations antiseptiques ne sont pas indispensables ; en tous cas elles ne doivent être pratiquées qu'avec une solution d'un titre très faible. Elles ne sont pas d'un emploi facile et seront, je pense, avantageusement remplacées par des bains chauds locaux dans les lymphangites des membres, celles qu'on a le plus souvent l'occasion de soigner.

Si malgré un traitement approprié l'état général reste grave il faut agir plus énergiquement. L'indication est d'ouvrir largement la plaie d'inoculation, et au besoin de faire une ou plusieurs longues incisions sur la région enflammée. Le thermocautère agissant comme antiseptique puissant remplace avantageusement le bistouri, qu'on le fasse pénétrer profondément dans la plaie d'inoculation élargie ou qu'on dessine des raies de feu sur la plaque de lymphangite.

Après ces larges débridements, les bains chauds très faiblement antiseptiques ou aseptiques contribuent à diminuer l'inflammation. Le lavage des plaies à l'eau oxygénée dédoublée, à l'eau iodo-iodurée ou à la solution de chlorure de zinc à 1 p. 100, agit également d'une manière favorable.

Lorsque la lymphangite est suppurée, que des abcès sont collectés le long des troncs lymphatiques, on doit se comporter vis-à-vis d'eux de la même façon qu'en face de toute collection de pus et nous n'avons pas à y insister.

La lymphangite profonde est plus difficile à traiter. Il est important de la reconnaître le plus promptement possible de manière à tâcher de l'enrayer et à l'amener à résolution. Les bains chauds prolongés et répétés avec l'enveloppement ouaté du membre dans l'intervalle des bains et l'immobilisation constituent le meilleur traitement du début. Lorsque les lésions sont plus avancées, lorsqu'il existe de la suppuration, il faut se hâter d'ouvrir. Les incisions doivent être longues et profondes et menées parallèlement à l'axe du membre. Le voisinage des troncs artériels et veineux rend l'intervention délicate. L'anesthésie générale est indispensable. Après avoir pris toutes les précautions de désinfection du champ opératoire, les parties molles seront sectionnées plan par plan au bistouri jusqu'à ce qu'on arrive sur le foyer profond. Chemin faisant la plaie sera méthodiquement tamponnée de façon à étancher le suintement sanguin qui masque la route au bistouri. Si malgré toutes les précautions un vaisseau sanguin important est ouvert, on en pratiquera immédiatement la ligature, et, à défaut de celle-ci, la forcipressure maintenue au moins vingt-quatre heures. Le débridement largement fait au bistouri, on cautérisera les bords de l'incision avec le thermocautère réalisant du même coup la stérilisation et l'hémostase du foyer septique. Les bains et les lavages retrouvent toute leur utilité après les débridements.

La lymphangite gangréneuse est particulièrement dangereuse et nécessite d'emblée une thérapeutique des plus énergiques. Avec le thermocautère, et de préférence au bistouri (VERNEUIL) on fend les escarres et on incise les tissus sous-jacents; et dans toutes les zones suspectes on plonge le couteau rougi à

plusieurs reprises de façon à enrayer les accidents septiques.

L'état général du malade ne sera pas négligé; on soutiendra ses forces avec du lait, des œufs, des potages, auxquels on ajoutera à titre tonique de l'extrait de quinquina et de l'alcool sous forme de potion de Todd. Le bromhydrate de quinine à petites doses et comme tonique plutôt que comme fébrifuge sera également indiqué.

## ARTICLE II

## LYMPHANGITES CHRONIQUES

## § 1. — LYMPHANGITE SIMPLE

La lymphangite chronique simple est peu connue. A la suite de poussées répétées de lymphangite aiguë, les vaisseaux lymphatiques peuvent être définitivement oblitérés et atrophiés, il en résulte des troubles de la circulation blanche qui se caractérisent par un œdème persistant. Souvent il s'agit d'une infiltration dure de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané décrit par VIRCHOW sous le nom d'œdème chronique scléromateux. RENAUT<sup>1</sup> (de Lyon) a montré les relations étroites qui existent entre la lymphangite chronique et l'éléphantiasis.

L'inflammation chronique des troncs lymphatiques sous-cutanés se traduit par la présence de cordons durs, le plus souvent multiples, situés sur le trajet connu des lymphatiques. Il est rare qu'on ait l'occasion de faire cette constatation clinique.

Les lymphangites vénériennes, chancrelleuses et syphilitiques ne nous arrêteront pas. Leur étude ne saurait être distraite de la pathologie de l'appareil génital.

La lymphangite filarienne sera signalée à propos des dilatactions lymphatiques.

Il nous reste à envisager les lymphangites tuberculeuse et cancéreuse. L'étude de ces lymphangites relève en grande par-

<sup>1</sup> RENAUT. Thèse de doctorat, 1874, n° 153.