

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. RENAUT¹ (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-

¹ RENAUT. Thèse de doctorat, 1874, n° 153.

tie de la médecine ; les lymphangites viscérales, en particulier, dont l'importance est capitale en pathologie médicale ne peuvent trouver place dans un traité de chirurgie. Nous n'aurons en vue que les *lymphangites externes*, c'est-à-dire celles qu'on rencontre le plus fréquemment aux membres et parfois sur les parois thoraciques ou abdominales.

§ 2. — LYMPHANGITE TUBERCULEUSE

Elle a été pendant longtemps confondue avec les lymphangites chroniques simples. En 1870, BAZIN déposait au musée de Saint-Louis le moulage d'une lymphangite tuberculeuse des mièux caractérisées. Elle fut classée sous l'étiquette de « lymphite valvulaire »¹. Le professeur LANNELONGUE, en 1880, communiqua à la Société de chirurgie un remarquable travail sur les abcès froids tuberculeux et, dans la discussion qui suivit, VERNEUIL, A. DESPRÉS, MARC SEE, LE DENTU confirmèrent la description donnée par LANNELONGUE de la lymphangite tuberculeuse. En 1888 parut la thèse de LEFÈVRE² qui donne le résumé des travaux publiés sur ce sujet. Depuis cette époque les principales recherches faites en France sont celles de TARDIVEL³, GOUPIL⁴, TUFFIER⁵, JEANSELME, TOURNIER⁶, LE DENTU⁷, DUBREUILH et AUCHÉ⁸, LEJARS⁹, PRIOLEAU¹⁰ (de Brives).

¹ L'observation a été rapportée par E. DUPUY. Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1870.

² LEFÈVRE. Thèse de doctorat, Paris, 1888, n° 42.

³ TARDIVEL. Thèse de doctorat, Paris, 1890, n° 184.

⁴ GOUPIL. Thèse de doctorat, Paris, 1892, n° 243.

⁵ TUFFIER. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1888.

⁶ TOURNIER. Lyon médical, 1889, t. LXI, p. 272.

⁷ LE DENTU. Gazette médicale, 1890, p. 601-613.

⁸ DUBREUILH et AUCHÉ. Archives de médecine expérimentale, 1^{re} série, t. II, n° 5, 1890, p. 604.

⁹ LEJARS. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, t. III, 1891, p. 190.

¹⁰ PRIOLEAU (de Brives). Assoc. franç. pour l'Av. des Sciences Sect. de Limoges, séance du 13 août 1890. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, t. III, 1891, p. 176.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

La porte d'entrée de l'infection tuberculeuse siège habituellement à la main ou au niveau d'un doigt. C'est une plaie simple inoculée secondairement ou bien, d'emblée, l'agent traumatique a produit la blessure et l'infection bacillaire. Les garçons d'amphithéâtre, les infirmiers y sont particulièrement exposés. L'inoculation reste parfois longtemps localisée dans le derme et l'hypoderme, constituant ce qu'on nomme le *tubercule anatomique*, ou bien gagne directement la première étape ganglionnaire sans provoquer de lésion des vaisseaux lymphatiques. La lymphangite tuberculeuse est relativement rare, si on songe au nombre des ulcérations tuberculeuses de la peau et des adénites de même nature.

La solution de continuité des téguments n'est pas nécessaire pour l'apparition de la lymphangite tuberculeuse. Elle peut succéder à une tuberculose profonde telle qu'une ostéite, une arthrite ou une synovite tuberculeuse. On sait avec quelle fréquence les ganglions sont atteints dans la tuberculose ostéo-articulaire, et on connaît d'autre part le rôle du système lymphatique dans la dissémination des bacilles de KOCH et de leurs produits (LANNELONGUE, P. MAUCLAIRE.). Dans ces conditions, il est surprenant que les vaisseaux lymphatiques qui livrent passage si fréquemment à l'infection tuberculeuse ne soient pas eux-mêmes plus souvent atteints. L'endothélium lymphatique semble jouir normalement d'une sorte d'immunité contre le bacille de KOCH et ce n'est en résumé que dans des circonstances rares qu'il est envahi et que le microbe se greffe sur la paroi lymphatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect de la lymphangite tuberculeuse a été surtout décrit d'après les lymphangites viscérales. C'est dans le pöumon et sur le mésentère qu'on l'a particulièrement étudiée. Les vaisseaux lymphatiques sont épaissis et inégalement distendus en grains

de chapelet ; on dirait une injection au mercure. LEJARS ¹ rapporte un fait de lymphangite tuberculeuse expérimentale obtenue par P. VILLEMEN sur un cobaye inoculé à la paroi antérieure de l'abdomen. Le lymphatique du volume d'un gros fil de fouet était grisâtre, d'aspect moniliforme. A la coupe, la lumière du lymphatique enflammé reste béante, la paroi se montre hypertrophiée, indurée, et la cavité souvent distendue par un magma caséux blanchâtre, formé de leucocytes et de granulations graisseuses. Au microscope, la paroi apparaît infiltrée de nodules plus ou moins volumineux, et plus ou moins complets. Les plus petits ne renferment que des cellules épithélioïdes entourées de cellules embryonnaires ; on rencontre quelques rares cellules géantes au centre des plus gros. Les nodules se ramollissent au centre et ainsi se trouvent constitués de petits abcès froids lymphangitiques qui ne tardent pas à s'ouvrir au dehors. Les bacilles ont été nombre de fois signalés dans les nodules de la lymphangite tuberculeuse (MERKLEN ², JEANSELME, HALLOPEAU et GOUPIL ³, DUBREUILH et AUCHÉ, PRIOLEAU. KARG, WESTBERG ⁴). Néanmoins comme dans les adénites bacillaires, les microbes sont rares et souvent leur présence ne peut être décelée que par l'inoculation.

SYMPTÔMES

Au niveau de la plaie d'inoculation, l'ulcération s'élargit, la perte de substance est environnée d'une zone plus ou moins large de dermo-lymphangite dans laquelle la peau a une coloration violacée. De sa face profonde se détachent des cordons indurés qui montent vers la racine du membre en suivant le trajet des veines superficielles. Ces cordons sont très appréciables à travers la peau ; ils présentent des renflements nouveaux par places, développés sans doute souvent au niveau des nids

¹ LEJARS. Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. I, p. 677.

² MERKLEN. Soc. méd. des Hôpit., 26 juin 1885.

³ HALLOPEAU et GOUPIL. Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 10 juillet et 13 novembre 1890.

⁴ WESTBERG. Inaug. dissert. Friburg in Brisgau, 1892.

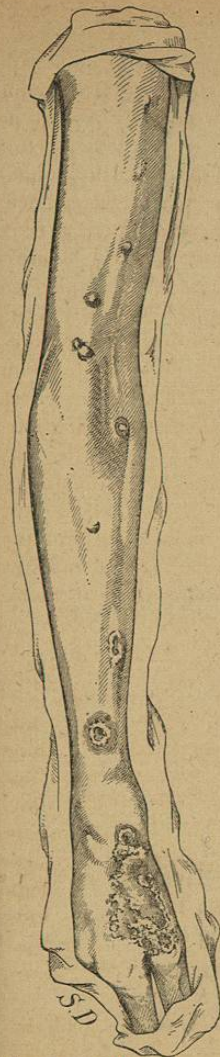


Fig. 61. — Lymphangite tuberculeuse à forme nodulaire (empruntée à LEJARS) (*loc. cit.*).

valvulaires. Ces nodules sont sous-cutanés ; la peau normale glisse à leur surface. Dès cette période, il existe de l'adénite symptomatique. Puis peu à peu, les nodules augmentent de volume, contractent des adhérences avec la face profonde de la peau ; leur consistance est moins ferme, la peau devient rouge, puis violacée. Le malade éprouve quelques élancements, mais la fièvre est nulle, l'état général ne réagit pas. Les téguments s'amincissent, le centre du nodule ramolli devient franchement fluctuant et bientôt l'abcès s'ouvre au dehors. Ainsi se produit l'ulcération d'une véritable petite gomme tuberculeuse qui s'est développée sur le trajet d'un cordon lymphatique. Au-dessus d'elle, plus près de la racine du membre, une autre nodosité s'accroît et subit la même évolution. On peut constater ainsi la formation de toute une série d'abcès froids échelonnés le long de l'avant-bras et du bras ou sur la jambe et la cuisse. La disposition topographique des ulcérations est caractéristique ; elles dessinent le trajet des troncs lymphatiques (voy. fig. 61). Lorsque les nodules tuberculeux sont confluent, la peau, dans les intervalles qui les séparent, au lieu de conserver son apparence et

sa coloration normales, prend une teinte violacée uniforme. Goupil¹ a décrit d'après quatre observations une variété curieuse de lymphangite tuberculeuse dans laquelle il existe de véritables varices lymphatiques, c'est une lymphangiectasie plutôt qu'une lymphangite. On sent dans ce cas au-dessous de la peau des masses molles, irrégulières, pseudo-fluctuantes, réductibles, reposant sur un fond induré. Ces tumeurs, dont



Fig. 62.
Lymphangite tuberculeuse de la main et de l'avant-bras
(empruntée à LEJARS, *loc. cit.*).

la sensation est comparable à celle que donnent les paquets variqueux, siègent sur le trajet des troncs lymphatiques. Elles peuvent s'ouvrir à la peau et donner issue à un liquide blanchâtre, analogue à la lymphe pure ou mélangée à du pus. Ce liquide se coagule à l'air ; il renferme des leucocytes et quelques hématies. Cette variété expose comme les lymphangiectasies simples aux lymphorragies persistantes, et à leurs conséquences, l'infection et l'affaiblissement du malade.

¹ Goupil. *Loc. cit.*

DIAGNOSTIC

La lymphangite syphilitique tertiaire se distingue facilement de la lymphangite tuberculeuse. Les antécédents, l'examen bactériologique, les inoculations aux animaux, le traitement spécifique en cas de doute empêcheront de faire la confusion. On aura d'ailleurs bien rarement l'occasion de discuter un tel diagnostic.

Certaines lymphangites suppurées à évolution chronique et torpide pourraient en imposer également pour une lymphangite tuberculeuse. La recherche méthodique des bacilles de Koch lèvera encore tous les doutes.

TRAITEMENT

La lymphangite tuberculeuse se rencontre parfois comme une des localisations d'une tuberculose généralisée aux ganglions et aux viscères et en particulier aux poumons. Il n'est guère utile dans ce cas de s'attarder à un traitement local.

Lorsqu'au contraire elle constitue la première manifestation d'une tuberculose récente dont on peut reconnaître le point de pénétration et l'évolution ascendante, il y a grand intérêt à en débarrasser le malade. L'extirpation représente dans ce cas la méthode de choix. Mais elle n'est pas toujours applicable, si les lésions sont déjà très étendues et les téguments envahis sur une large surface.

Le grattage et la cautérisation constituent un bon procédé de nécessité, de préférence aux injections d'éther iodoformé ou de vaseline iodoformée.

Le mélange de glycérine et d'acide lactique à parties égales a donné des résultats satisfaisants entre les mains de PRIOLEAU¹.

Peut-être, dans certains cas, pourrait-on retirer des avantages des injections de chlorure de zinc, selon la méthode selérogène du professeur LANNELONGUE.

¹ PRIOLEAU. *Loc. cit.*

Le traitement général est particulièrement important. On soumettra les malades à une hygiène rationnelle et à une thérapeutique appropriée : suralimentation, séjour au bord de la mer, à la campagne, bains salés, iodure de sodium à doses répétées, arsenic, huile de foie de morue, etc., c'est en un mot le traitement du tuberculeux.

§ 3. — LYMPHANGITE CANCÉREUSE

La lymphangite cancéreuse est toujours secondaire. Elle est plus rare et généralement plus tardive que l'adénopathie néoplasique. Ce fait a priori paradoxal est peut-être plus apparent que réel. Pour qu'une lymphangite cancéreuse soit cliniquement appréciable il faut que les lésions des parois lymphatiques soient très prononcées, donnant la sensation de cordons durs bientôt adhérents à la face profonde de la peau et plus tard soulevant et distendant les téguments amincis. On la rencontre surtout dans le cancer du sein et dans le cancer abdominal propagé à l'ombilic¹. La figure ci-contre représente un cas de néoplasme abdominal avec envahissement de toute la paroi antérieure, recueilli à l'hospice de la Salpêtrière. Les lymphatiques dilatés et indurés affectaient tout autour de l'ombilic, lui-même distendu et infiltré par le néoplasme, une disposition radiée des plus remarquables. Par places, il existait de petites dilatations kystiques du volume d'un pois. Dans un autre fait personnel de lymphangite cancéreuse de l'hypogastre secondaire à un cancer de l'ovaire propagé au péritoine, j'ai observé dans les derniers temps de la vie des ulcérations spontanées au niveau des lymphatiques infiltrés et dilatés, et par ces fistules il s'écoulait une abondante quantité de lymphes parfois teintée de sang.

Dans les périodes ultimes des cancers mammaires et abdominaux la propagation lymphatique s'étend aux radicules du derme, toute la peau de la région est infiltrée et d'une dureté ligneuse; les distensions lymphatiques sont particulièrement

¹ QUENU et LONGUET. Revue de chirurgie, n° 2, 10 févr. 1896, p. 97.

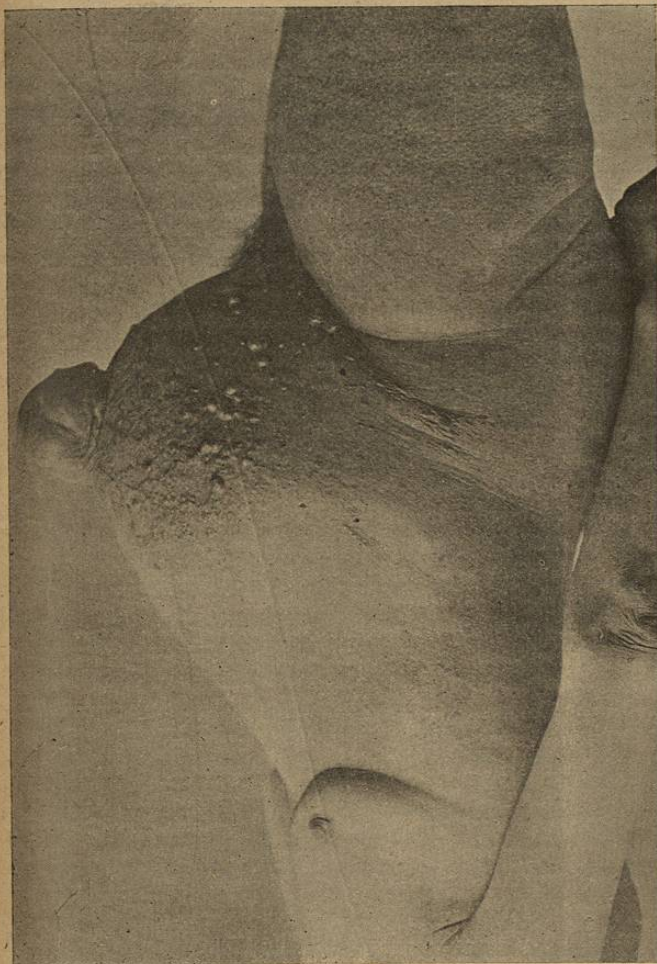


Fig. 63. — Lymphangite cancéreuse de la paroi abdominale. Forme nodulaire et élastique (d'après une photographie).

marquées dans les points où siégeaient des vergetures. C'est à cette forme du cancer du sein à envahissement lymphatique dermique et sous-dermique que VELPEAU a donné le nom de cancer en cuirasse.

Lorsque la lymphangite cancéreuse est encore localisée aux troncs sous-cutanés sans envahissement de la peau et que ces lymphatiques dégénérés peuvent être extirpés en totalité elle ne contre-indique pas l'opération. C'est ainsi que dans le cancer du sein, il est fréquent de sentir entre la tumeur et l'adénopathie axillaire, le long du bord inférieur du muscle grand pectoral, un ou plusieurs cordons indurés profonds constitués par les troncs lymphatiques de la glande. Leur extirpation est faite avec celle de la mamelle et celle des ganglions axillaires. Mais lorsque la lymphangite adhère à la peau et l'envahit, le résultat de l'exérèse est à peu près nul, quand bien même on aurait le soin d'extirper la peau largement; aussi pour la majorité des chirurgiens cette disposition contre-indique-t-elle toute intervention.

CHAPITRE III

LYMPHANGIECTASIES

Définition. — Sous les noms de *lymphangiectasies*, *adéno-lymphocèles*, *varices lymphatiques*, nous décrirons les dilatations des ganglions, des troncs et des réseaux lymphatiques dermiques et sous-dermiques. Cette affection ne doit pas être confondue avec les néoformations connues sous le nom de lymphangiomes et dont l'étude sera faite dans le volume des tumeurs (DUPLAY et CAZIN).

De même l'éléphantiasis, dont la description présente cependant quelques points communs avec les lymphangiectasies du derme, mérite d'être envisagé à part. Il doit être rattaché à l'étude des affections de la peau.

HISTORIQUE

La première description des varices lymphatiques remonte à J.-F. MECKEL le jeune¹, AMUSSAT en a recueilli une observation avec autopsie sans savoir au juste à quelle affection il avait affaire.

En 1845, ZAMINI², de Savone, donnait la relation d'un « écoulement de lait » provenant de la cuisse d'une femme. Il s'agissait de fistule lymphatique par ulcération de lymphangiectasie.

¹ J.-F. MECKEL le jeune. Handbuch. des pathol. anat., t. II, p. 24, 1818.

² ZAMINI (de Savone). Journal de médecine et de pharmacie, t. VIII, p. 123, 1845.