

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 jeune<sup>1</sup>, AMUSSAT en a recueilli une observation avec autopsie sans savoir au juste à quelle affection il avait affaire.

En 1845, ZAMINI<sup>2</sup>, 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.

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

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

L'étude en fut reprise par FETZER<sup>1</sup>, MICHEL<sup>2</sup> de Strasbourg, DEMARQUAY<sup>3</sup>, ZAMBACO, DESJARDINS<sup>4</sup>.

Je citerai également les thèses de BINET<sup>5</sup> et de DAVID<sup>6</sup>, les travaux de NÉLATON<sup>7</sup>, VERNEUIL<sup>8</sup>, TRÉLAT<sup>9</sup>.

En 1867, Th. ANGER<sup>10</sup>, sous l'inspiration de NÉLATON, donnait une description restée classique des tumeurs lymphatiques de l'aîne qu'il appelle adéno-lymphocèles. Depuis, les principaux auteurs qui se sont occupés des varices lymphatiques sont VLADAN GEORGIÉVIC<sup>11</sup>, VIGUIER<sup>12</sup>, NÉPVEU<sup>13</sup>, MASSONIÉ<sup>14</sup>, DESERT<sup>15</sup>, BOUSQUET<sup>16</sup>, Ch. NÉLATON<sup>17</sup>, CHIPAULT<sup>18</sup>, MATIGNON<sup>19</sup>, POIX<sup>20</sup>, BES-

<sup>1</sup> FETZER (de Stuttgart). Arch. f. phys. Heilkunde, vol. VII, 1849, p. 128.

<sup>2</sup> MICHEL (de Strasbourg). Journal de médecine et de chirurgie, juillet 1853.

<sup>3</sup> DEMARQUAY. Mémoires et bulletins de la Société de chirurgie, 1852, p. 139.

<sup>4</sup> DESJARDINS. Mémoires de la Société de biologie, mai 1852.

<sup>5</sup> BINET. Thèse de doctorat, Paris, 1858, n° 47.

<sup>6</sup> DAVID. Thèse de doctorat, Paris, 1863, n° 222.

<sup>7</sup> NÉLATON. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1864, p. 306.

<sup>8</sup> VERNEUIL. Art. Aïne. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. 41, p. 308, et Bulletins de la Société de Chirurgie, 1869, p. 313.

<sup>9</sup> TRÉLAT. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1864, p. 306.

<sup>10</sup> Th. ANGER. Thèse de doctorat, Paris, 1867, n° 152.

<sup>11</sup> VLADAN GEORGIÉVIC. Archives de Langenbeck, t. XII, p. 675, 1871.

<sup>12</sup> VIGUIER. Thèse de doctorat, Paris, 1875, n° 45.

<sup>13</sup> NÉPVEU. Rapport de Th. Anger. Bulletins de la Société de Chirurgie, 26 juillet 1876.

<sup>14</sup> MASSONIÉ. Thèse de doctorat, Paris, 1876, n° 367.

<sup>15</sup> DESERT. Thèse de doctorat, Paris, 1877, n° 131.

<sup>16</sup> BOUSQUET. Rapport de Le Dentu. Société de Chirurgie, 30 avril 1884.

<sup>17</sup> Ch. NÉLATON. Rapport de Th. Anger. Société de Chirurgie, 23 mars 1887.

<sup>18</sup> CHIPAULT. France médicale, juin-juillet 1888. Gazette des hôpitaux, 15 décembre 1888, et Archives générales de médecine, 1889, p. 588 et 705.

<sup>19</sup> MATIGNON. Journal de médecine de Bordeaux, n° 10, 11 oct. 1891.

<sup>20</sup> POIX. Thèse de doctorat, Bordeaux, 1892, n° 45.

SIO<sup>1</sup>, REYNIER<sup>2</sup> et DECLoux<sup>3</sup>, SEGOND<sup>4</sup>. Ces derniers cas de P. SEGOND et REYNIER sont intitulés : *lymphangiome*. Et de fait fréquemment il y a confusion dans les descriptions entre les dilatactions adéno-lymphatiques et les lymphangiomes vrais. Les détails cliniques rapportés par P. SEGOND et la description histologique, donnée par DECLoux, de la tumeur présentée par P. REYNIER, prouvent qu'il s'agissait bien de deux cas d'adéno-lymphocèles crurales.

## ÉTILOGIE

Les varices lymphatiques se rencontrent de préférence dans l'enfance et l'adolescence de treize à vingt-cinq ans. Cette notion n'est pas faite pour étonner quand on songe à l'importance du système lymphatique dans la pathologie infantile. Les garçons y sont plus prédisposés que les filles.

Il existe deux types distincts de lymphangiectasies :

a) Un *type exotique* qu'on trouve dans les pays chauds, notamment au Brésil, en Egypte, aux îles Maurice et de la Réunion, aux Antilles, en Australie. Ces varices lymphatiques sont de nature parasitaire. LEWIS a signalé en 1874 dans le liquide *la filaire du sang* décrite par WUCHERER et vue avant lui par DEMARQUAY (1863). La découverte de LEWIS a été confirmée par PATRICK MANSON<sup>5</sup>, MAZUÉ AZÉMA (1879), CORNIL<sup>6</sup>, et LANCEREAUX<sup>7</sup>.

b) Th. ANGER a décrit un *type indigène* de varices lymphatiques dans lequel il est impossible de déceler le moindre parasite dans la lymphé et d'ailleurs il s'agissait dans son cas d'un malade n'ayant jamais quitté la France. ZUR NIEDEN<sup>8</sup>, CHIPAULT<sup>9</sup>

<sup>1</sup> BESSIO. Thèse de doctorat, Paris, 1895, n° 507.

<sup>2</sup> REYNIER. Bulletin de la Société de Chirurgie, 10 janvier 1900, p. 37.

<sup>3</sup> DECLoux. Bulletins de la Société anatomique, janvier, 1900, p. 56.

<sup>4</sup> SEGOND. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1897, séance du 1<sup>er</sup> décembre, p. 705.

<sup>5</sup> PATRICK MANSON. Med. Times, and Gazette, t. II, 1875, p. 542.

<sup>6</sup> CORNIL. Société anatomique, 1883.

<sup>7</sup> LANCEREAUX. Semaine médicale, n° 34 et 36, 1886 et 1888.

<sup>8</sup> ZUR NIEDEN. Arch. f. Anat. Path., Berlin, 1882, t. XC, p. 350.

<sup>9</sup> CHIPAULT. *Loc. cit.*

ont publié, le premier un cas, le second trois dans lesquels la recherche des filaires a été négative.

On n'est guère fixé sur la pathogénie de ces lymphangiectasies. Dans la forme des pays chauds, les auteurs tendent à admettre que le ver nématode joue un rôle mécanique en

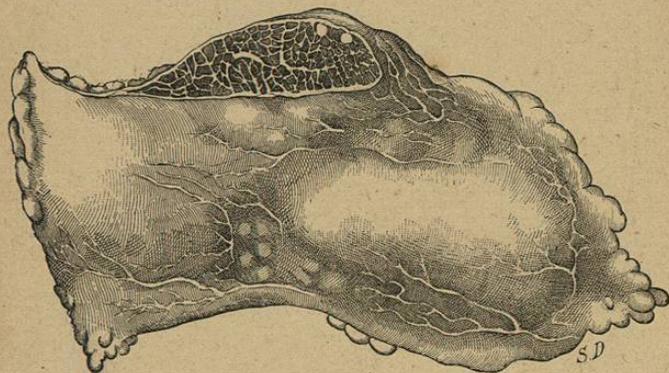


Fig. 64.  
Adéno-lymphocèle de l'aîne. Masse ganglionnaire extirpée  
(d'après TH. ANGER, *loc. cit.*).

oblitérant par sa présence et son volume la lumière du vaisseau lymphatique et en déterminant ainsi une dilatation des vaisseaux situés en amont.

Il est possible qu'un grand nombre de ces varices lymphatiques non parasitaires soient liées à une oblitération ou à un rétrécissement des voies lymphatiques par inflammation, par compression, ou par bride. PATTERSON a signalé un cas de dilatation lymphatique congénitale, chez un enfant, résultant d'une bride située au niveau de l'arcade crurale. L'adénite chronique joue sans doute un rôle analogue. Le professeur CORNIL<sup>1</sup> a publié l'examen histologique d'un gros ganglion fibreux de l'aîne extirpé par SCHWARTZ.

<sup>1</sup> CORNIL. Société anatomique, séance du 25 mai 1900. Bulletin, p. 513.

Il s'agissait, d'après l'auteur, d'une « lésion ganglionnaire ancienne résultant de lymphangites antérieures ». Le tissu réticulé était frappé de dégénérescence fibreuse et de plus il y avait dans l'intérieur du ganglion « des cavités ou canaux très larges qui

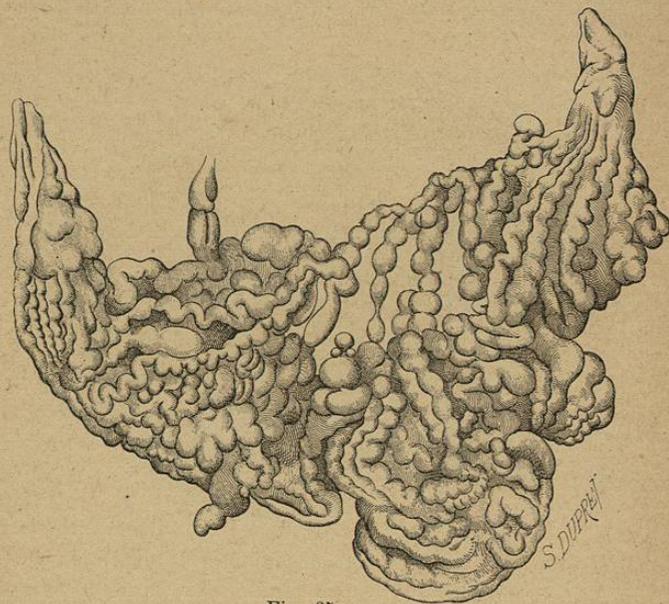


Fig. 65.  
Injection de l'adéno-lymphocèle au mercure (d'après TH. ANGER,  
*loc. cit.*).

ne sont autres que des *vaisseaux lymphatiques très dilatés*. Les uns sont des vaisseaux lymphatiques, les autres des sinus péri-folliculaires dilatés avec leurs cloisons. Toutes ces cavités contiennent un réseau très élégant de filaments anastomosés et de grains appendus à ces filaments comme des grappes. Ce sont les coagulations spéciales décrites par RANVIER dans la lymphe comme une sécrétion coagulée de la membrane interne des vaisseaux lymphatiques ».

HANOT<sup>1</sup> a signalé deux faits de varices lymphatiques sous-cutanées abdominales, symptomatiques de cirrhose atrophique.

POIX<sup>2</sup> dans sa thèse, rapporte l'histoire d'un malade du service de BAUDRINONT à Bordeaux, chez lequel il y avait coexistence d'ascite et d'adéno-lymphocèle. Il existait une sorte de balance-

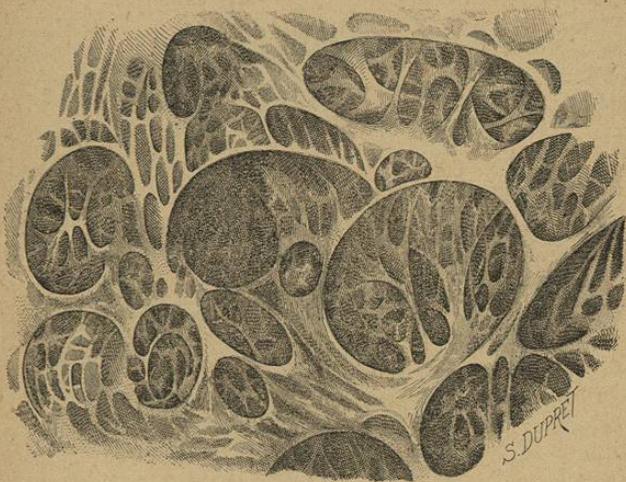


Fig. 66.

Aspect caverneux du tissu de l'adéno-lymphocèle (d'après Th. ANGER, *loc. cit.*).

ment dans le développement de ces deux affections, l'une augmentant de volume et de tension tandis que l'autre diminuait. J'ai souvenir d'avoir vu dans le service de mon maître le professeur TILLAUX à la Charité, en 1894, une femme atteinte de tumeur abdominale qui présentait une énorme varice lymphatique de la paroi abdominale occupant la région hypogastrique

<sup>1</sup> HANOT. Société médicale des hôpitaux, 22 février 1895.

<sup>2</sup> POIX. Thèse de Bordeaux, 1892, n° 45.

et remontant jusqu'à l'ombilic. Sa largeur était d'environ deux travers de doigt.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIÈGE. — Les lymphangiectasies siègent presque constamment aux membres inférieurs ou au niveau des organes génitaux externes. Elles sont souvent symétriques, et, lorsqu'elles sont unilatérales, elles occupent de préférence le côté gauche. Néanmoins on peut en rencontrer partout, à l'aisselle, au cou, à l'abdomen, au membre supérieur, etc. VERNEUIL admettait que, comme pour les varices des veines, les lésions débutent par les lymphatiques profonds pour envahir secondairement les troncs et réseaux superficiels. Cette opinion n'a par la suite reçu aucune confirmation.

**Adéno-lymphocèle.** — L'*adéno-lymphocèle* a été décrite d'après la pièce de NÉLATON injectée par SAPPEY et celle de TRÉLAT, toutes deux examinées par Th. ANGER. Depuis, BAUDRIMONT a donné un examen de COYNE et de NAZARIS, et j'ajouterai le cas de P. REYNIER étudié par DECLoux. La description et les planches de Th. ANGER sont très remarquables (voy. fig. 64, 65, 66). Ce sont des tumeurs molles, bosselées, enfouies dans une épaisse couche de graisse. Celle-ci péniblement isolée, la masse est formée de paquets de vaisseaux enlacés et noueux. Ce sont les vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires qui dilatés et épaissis refoulent le tissu adénoïde et produisent son atrophie. En sorte que finalement le ganglion est remplacé par « un enroulement et un lien inextricable de vaisseaux ou sinus qui lui donnent l'apparence d'un tissu érectile ». (Th. ANGER). Vides et flasques, ces vaisseaux se rétractent et ressemblent aux vésicules séminales (LEJARS)<sup>1</sup>. Le tissu conjonctif formé à la tumeur une enveloppe commune qui pénètre entre les lobes. La consistance est molle, dépressible, analogue à celle d'une éponge; le liquide qui s'écoule à la pression est opalin, lactescent. C'est de la lymphe ainsi que l'ont montré NÉLATON, ROBIN, SAPPEY. Sa réaction est légèrement alcaline (NASSE). Elle se

<sup>1</sup> LEJARS. Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, t. I, p. 688.

coagule en se refroidissant et se divise en deux couches : l'une, supérieure, claire, demi-transparente, l'autre, inférieure, opaque, d'un blanc rosé. Cette dernière renferme de nombreux leucocytes emprisonnés dans les mailles de la fibrine coagulée, des cristaux d'hématoïdine et des granulations graisseuses.

« L'étude histologique du système caveux montre qu'il existe deux variétés de fentes, les unes sont constituées uniquement par une membrane endothéliale dont les noyaux font saillie à l'intérieur de la lumière du tube et par une mince couche fibreuse externe. Vers la partie centrale de la tumeur, l'aspect se modifie. Les cavités s'allongent, se déforment, leur structure se complique : la couche endothéliale persiste, mais entre elle et la couche fibreuse externe s'interposent les fibres musculaires lisses. Ces dernières réduites en certains points à quelques cellules, forment en d'autres une épaisseur relativement considérable par la juxtaposition de deux ou trois couches de cellules musculaires. La couche conjonctive en ces points s'épaissit à son tour, présente quelques fibres élastiques, ainsi qu'une abondance de noyaux, preuve évidente d'une néoformation conjonctive. De nombreux vaisseaux sanguins, la sillonnent. Dans les points qui, à un faible grossissement, paraissent être des vestiges de ganglions, on trouve de petites cavités entourées par des amas de cellules qui sont des lymphocytes et quelques polynucléaires. En un point, il a été possible de reconnaître un centre germinatif très net. Il s'agit donc bien de vestiges de ganglions parcourus par des lymphatiques distendus » (DECLoux).

**Varices lymphatiques.** — A. TRONCULAIRES. — L'adéno-lymphocèle s'accompagne presque toujours de dilatation des troncs et des réseaux lymphatiques sous-jacents. Les troncs sont dilatés, flexueux et bosselés. Leurs parois sont épaissies, la tunique musculaire est hypertrophiée ; par suite de la distension, les valvules sont devenues insuffisantes.

B. RÉTICULAIRES. — Les varices réticulaires dermiques et sous-dermiques ont été étudiées par THILESEN<sup>1</sup>, RINDFLEISCH<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> THILESEN. Guntzburg. Zeit. f. Klin. med., 1856, B<sup>4</sup>, VI, p. 447.

<sup>2</sup> RINDFLEISCH. Traité d'histologie pathol. trad. Gross, 1868, p. 326.

HELLMANN<sup>1</sup>, ODENIUS de LUND<sup>2</sup>, KLEBS<sup>3</sup>, FOX, POSPELOW<sup>4</sup>, ZUR NIEDEN<sup>5</sup>, CHIPAULT et DUBIEF<sup>6</sup>. Les varices lymphatiques du derme sont constituées par des espaces nettement limités siégeant dans toutes les couches du derme, les plus volumineuses se trouvant dans les couches superficielles et pouvant devenir visibles à l'œil nu, les plus petites de dimensions microscopiques, dans les couches profondes. Ces espaces intra-dermiques communiquent avec les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés eux-mêmes dilatés et à parois hypertrophiées. Les glandes sébacées et sudoripares, les follicules pileux, les muscles papillaires sont simplement refoulés. Les vaisseaux sanguins sont fréquemment dilatés. Dans tous les cas, leurs rapports avec la paroi des cavités sont très intimes. Ce détail explique parfaitement que le contenu des dilatations puisse devenir parfois sanguinolent. Les vésicules les plus superficielles refoulent l'épiderme, celui-ci s'amincit et finit par se rompre, ainsi se produit la lymphorragie. (CHIPAULT.)

#### SYMPTÔMES

Les lymphangiectasies évoluent lentement et insidieusement. Pendant plusieurs années elles se développent sans se manifester par aucun symptôme ; l'indolence est la règle.

**1° Adéno-lymphocèle.** — SIGNES PHYSIQUES. — Peu à peu une tumeur apparaît dans l'aîne d'un seul côté, souvent dans les deux aines. Elle est arrondie, régulière à sa surface ou bosselée, souvent allongée dans le sens vertical. Elle atteint le volume du poing. La peau ne présente aucune altération à son niveau. Elle glisse sur la tuméfaction sous-jacente, à moins qu'elle ne soit elle-même envahie par des varices dermiques. Elle présente

<sup>1</sup> HELLMANN. Inaug. dissert. Bonn, 1870.

<sup>2</sup> ODENIUS DE LUND. Nord. med. Ark, 1879, VI-2, n° 13.

<sup>3</sup> KLEBS. Viert. f. d. prak. Heilkunde Pr., 1875, CXXV, p. 155.

POSPELOW. Viert. f. derm. und syphil., 1879, p. 521.

<sup>5</sup> ZUR NIEDEN. *Loc. cit.*

<sup>6</sup> CHIPAULT et DUBIEF. Archives générales de médecine, 1889, p. 716.

alors un aspect inégal, chagriné, comparable à l'écorce d'orange (Th. ANGER). La tumeur est mobile sur les plans profonds. Sa consistance est molle, dépressible ; quand on la comprime elle disparaît en grande partie, néanmoins il persiste des nodosités mal circonscrites, « comme si on touchait un amas de petits

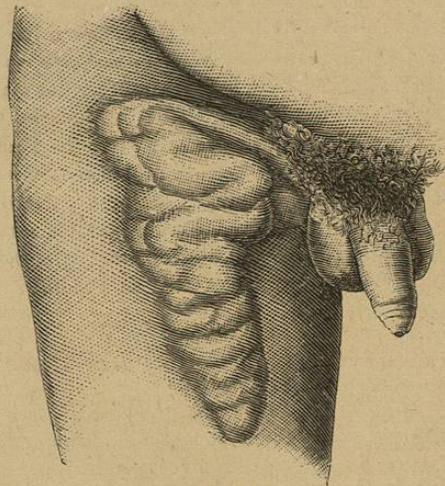


Fig. 67.

Lymphangiectasie de l'aîne. Variété exotique (RICARD et BOUSQUET).

tubes en caoutchouc enroulés et accumulés sous la peau. » (Th. ANGER). Sitôt qu'on cesse la compression, la tumeur se gonfle de nouveau à la façon d'une éponge qui s'imbibe. Dans les régions avoisinantes, on perçoit à la palpation des ganglions, légèrement hypertrophiés, mobiles, de consistance normale. Dans le décubitus horizontal, la tumeur s'affaisse, dans la station debout et la marche, elle se tend. Les efforts, la toux n'ont aucune action sur son développement contrairement à ce qu'on observe dans la varice de la saphène interne.

L'exploration de la fosse iliaque permet de constater la dilatation des ganglions iliaques. Dans l'autopsie faite par AMUSSAT,

l'ectasie remontait jusqu'au canal thoracique lui-même considérablement distendu.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Le malade éprouve parfois de la douleur à la palpation. Habituellement il y a seulement une

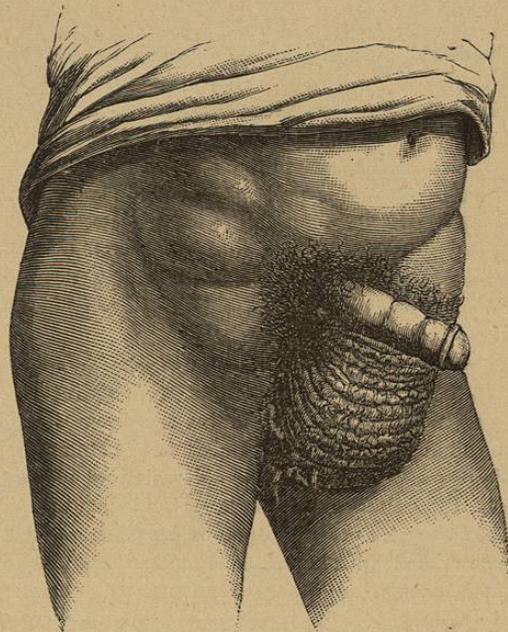


Fig. 68.

Lymphangiectasie du scrotum et de l'aîne (d'après LANCEREAUX).

sensation de gêne, de pesanteur, sans douleur spontanée véritable.

Th. ANGER a noté chez ses malades quelques troubles digestifs, de l'inappétence, des nausées et même des vomissements. Les sujets sont parfois amaigris, en état de dénutrition, avec de la

faiblesse musculaire et se plaignent quelquefois d'avoir des vertiges et des étourdissements (TRÉLAT, DESJARDINS). L'examen du sang montre qu'il n'existe pas de leucocytose. Th. ANGER a au contraire constaté une diminution des globules blancs dans le sang.

L'adéno-lymphocèle des pays chauds a une évolution plus rapide ; la tumeur subit de grandes variations de volume sous l'influence des fatigues, des changements de température.

**2° Lymphangiectasies tronculaires.** — La dilatation des troncs lymphatiques soulève les téguments sous forme de cordons plus ou moins larges plus ou moins flexueux et bosselés, roulant sous la peau. A la palpation on éprouve les mêmes sensations de mollesse, de réductibilité incomplète.

Les varices profondes ne sont guère appréciables ; elles ne se manifestent que par l'augmentation de volume des membres, l'empatement profond, l'œdème.

**3° Varices dermiques.** — Les vésicules dermiques apparaissent en général après les varices tronculaires et l'adéno-lymphocèle. Elles sont plus ou moins nombreuses, réunies en une plaque ou au contraire disséminées. Leur volume varie d'une tête d'épingle à une noisette ; leur coloration est blanche, rosée ou violacée. Elles augmentent par la station debout, les constriction sus-jacentes. La pression du doigt les déprime, et l'on sent une sorte de rebord dur à la périphérie de la vésicule réduite. Les troubles fonctionnels sont généralement peu prononcés : on note un peu d'exagération de la sécrétion sudorale, une légère élévation de la température locale, surtout dans la marche et la station debout prolongées. La jambe est lourde et tendue, et la marche devient rapidement pénible.

#### COMPLICATIONS

**Lymphorrhagie.** — Les varices lymphatiques exposent à un certain nombre d'accidents, et en particulier à la rupture et à l'écoulement de lymphes au dehors ou *lymphorrhagie*. Exception-

nelle dans l'adéno-lymphocèle, elle survient dans les cas de varices tronculaires et surtout dans les ectasies réticulaires dermiques. Cependant BAUDRIMONT a signalé un fait dans lequel une rupture se fit au niveau d'une adéno-lymphocèle et le malade perdit d'un coup un litre et demi à deux litres de lymphes.

Cette lymphorrhagie succède à un traumatisme ou se produit presque spontanément. On voit s'écouler un liquide clair, transparent puis lactescent, blanchâtre, opaque. Il se concrète à l'air et empêche le linge. C'est de la lymphes à peu près pure. L'écoulement est permanent, avec variations dans la quantité, ou bien il se produit à intervalles réguliers, tous les quinze jours, toutes les cinq ou six semaines. Il dure deux ou trois jours, puis s'arrête spontanément.

La quantité de lymphes émises est variable de quelques gouttes à plus d'un litre par jour. La station debout, la marche augmentent l'écoulement ; il diminue au contraire par le repos dans la position horizontale. Les grandes lymphorrhagies sont inquiétantes à cause de l'anémie, de l'affaiblissement qu'elles entraînent, sans compter que les malades sont exposés à tous les dangers de l'infection.

**Troubles trophiques.** — Dans la dilatation des réseaux lymphatiques de la peau, on constate fréquemment des troubles trophiques des téguments. La peau est pigmentée (FETZERS, ODENIUS de LUND) ; les poils sont hypertrophiés (NÉLATOŃ, MASSONIÉ) ; enfin il peut se produire une ulcération variqueuse lymphatique, comparable à l'ulcère des varices veineuses. MASSONIÉ a signalé quelques troubles de la sensibilité dans la région cutanée environnant l'ulcère ; la piqûre superficielle ou profonde n'était pas perçue, seule la sensation du contact persistait.

**Lymphangite.** — La complication la plus grave est l'inflammation des lymphatiques distendus. Elle est rare dans les varices dermiques ; tout se borne dans ce cas en général à un peu d'érythème.

Au contraire dans la dilatation des troncs et dans l'adéno-

lymphocèle, la lymphangite constitue un accident redoutable. Les malades de NÉLATON et de TRÉLAT sont morts d'infection peu de temps après l'opération. Si bien qu'à cette époque toute intervention fut sévèrement proscrite. A l'heure actuelle, c'est surtout dans le cas de lymphorragie, de fistule lymphatique qu'il faut redouter les accidents infectieux. Suivant le degré de septicité et la résistance du malade, l'inflammation reste localisée sous forme d'abcès, ou s'étend rapidement à tout l'organisme, et le malade succombe à une véritable septicémie.

#### PRONOSTIC

La lymphangiectasie est en résumé une affection grave à cause des accidents auxquels elle expose. La forme exotique semble être particulièrement redoutable.

Souvent il y a coexistence de plusieurs tumeurs, dans la région inguinale, au scrotum, et dans l'aisselle ou dans le cou. Le camionneur dont l'observation est rapportée par Th. ANGER présentait ainsi une adéno-lymphocèle de l'aîne en même temps que des varices lymphatiques du scrotum et du cou.

La chylurie signalée par GUBLER, ROBERTS, MANSON est exceptionnelle.

La guérison spontanée a été observée; mais il n'y faut pas compter. Plus souvent l'affection évolue lentement et progressivement, déterminant un affaiblissement de l'organisme, une sorte d'anémie progressive que NÉLATON comparait à la cachexie signalée par TROUSSEAU dans l'adénie.

#### DIAGNOSTIC

LIPOME. — L'adéno-lymphocèle a été confondue avec les lipomes. Le lipome circonscrit présente des caractères différents, l'erreur peut être évitée. Il n'en est pas de même du lipome diffus, et de fait on a décrit dans ces dernières années des lipomes diffus symétriques, surtout au cou dans les régions sus-hyoïdiennes<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> LAUNOIS et BENSUADE. Presse médicale, 1898, n° 46, p. 293. MARÇAIS. Contribution à l'étude des lipomes du cou et de la nuque. Thèse de doctorat, Paris, 1894, n° 47.

ou à la nuque, qui sont des adéno-lipomes et dont la nature se rapproche sans doute des lymphangiomes et des adéno-lymphocèles.

LYMPHANGIOME. — La distinction entre le lymphangiome et l'adéno-lymphocèle est bien souvent impossible à faire en clinique; aussi voyons-nous sans cesse des observations présentées sous le nom de lymphangiomes qui ne sont peut-être que des adéno-lymphocèles et réciproquement. Seul le microscope, en montrant dans le lymphangiome des néoformations lymphatiques, permet de le différencier de l'adéno-lymphocèle, dans laquelle, nous l'avons vu, les lésions sont caractérisées par une distension des voies lymphatiques intraganglionnaires et par une atrophie plus ou moins complète du parenchyme glandulaire avec disparition des centres germinatifs. Le lymphangiome, avons-nous dit, est une tumeur, une néoformation, l'adéno-lymphocèle semble être une dilatation lymphatique d'origine mécanique ou inflammatoire. Le lymphangiome est une affection souvent congénitale se développant sans cause apparente; l'adéno-lymphocèle et les lymphangiectasies résultent d'une gêne, d'un obstacle dans la circulation blanche et sont parfois d'origine traumatique.

Dans la variété exotique la dilatation lymphatique est liée à la filariose. Ce dernier diagnostic ne peut être établi d'une façon absolue que par l'examen du sang et de la lymphe, et la recherche directe de la filaire.

C'est à cause de son étroite analogie avec le lymphangiome et aussi à cause de l'obscurité de sa pathogénie qu'il est si difficile à l'heure actuelle de donner une description précise de la lymphangiectasie qu'on rencontre dans notre pays, indépendamment de toute origine parasitaire.

ANGIOME. — L'angiome sous-cutané présente de nombreux signes communs avec l'adéno-lymphocèle, même tumeur mal circonscrite, de consistance molle, incomplètement réductible. La coexistence d'un nævus cutané, de dilatations veineuses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, permettra de reconnaître la tumeur sanguine. D'ailleurs il est exceptionnel de rencontrer

des angiomes sous-cutanés dans l'aîne, ou dans le scrotum, c'est-à-dire aux lieux d'élection des adéno-lymphocèles et des lymphangiectasies.

VARICE DE LA SAPHÈNE INTERNE. — ÉPIPLOCELÈ CRURALE. — La distension de l'embouchure de la saphène interne, et surtout l'épiplocèle crurale ne sont pas toujours d'un diagnostic aisé. Même réductibilité incomplète, même sensation de lobulation profonde dans l'épiplocèle partiellement adhérente et dans l'adéno-lymphocèle. La recherche des varices lymphatiques tronculaires et réticulaires aidera à distinguer les deux affections.

On songera aux varices des troncs lymphatiques profonds, lorsqu'ayant constaté des lésions ganglionnaires et lymphatiques superficielles, le membre sera augmenté de volume, profondément empâté et lorsque le malade se plaindra de lourdeur, de tension profonde et de gêne à la marche.

Quant aux varices dermiques, c'est avec d'autres affections des téguments qu'on les a confondues, notamment avec l'acné rosacée, l'ecthyma, les syphilides, les papillomes, etc.

#### TRAITEMENT

Pendant longtemps on s'abstint de traiter chirurgicalement les adéno-lymphocèles. NÉLATON ayant eu une mort rapide à la suite d'une opération, son élève Th. ANGER<sup>1</sup> conclut en 1867 à l'abstention absolue, et on peut dire qu'à cette époque une telle conduite était prudente. Cependant dès 1870, BILLROTH obtenait un succès. En France il était réservé à Ch. NÉLATON<sup>2</sup> d'en appeler de la proscription de son père, en traitant avec succès une lymphangiectasie de la cuisse par l'extirpation. L'opération fut faite en 1883 et l'observation rapportée à la Société de chirurgie par Th. ANGER en 1887. Depuis cette époque, un certain nombre de tumeurs lymphatiques ont été traitées de la même

<sup>1</sup> Th. ANGER. *Loc. cit.*

<sup>2</sup> Ch. NÉLATON. *Loc. cit.*

façon. Je citerai notamment les faits de BAUDRIMONT (1891), P. SEGOND<sup>1</sup> (1897) et le cas tout récent de P. REYNIER<sup>2</sup> (1900).

L'extirpation est en effet le traitement de choix et la seule contre-indication est l'étendue trop considérable de la lymphangiectasie. L'asepsie sera pratiquée dans toute sa rigueur, se souvenant du danger tout particulier qu'offrirait la plus petite défaillance. Une précaution indispensable pour éviter l'infection et favoriser la réunion de la plaie est la ligature successive et méthodique de tous les vaisseaux efférents et afférents de la tumeur. L'extirpation est faite rapidement, en taillant largement au delà des limites appréciables de la lymphangiectasie, et le second temps de l'opération, qui consiste à faire la lymphostase, est exécuté avec toute la patience et toute la minutie nécessaires.

En portant le bistouri au delà de la tumeur, on ouvre moins de vaisseaux et le nombre des ligatures se trouve considérablement réduit. Nul doute qu'avec la sécurité que nous donnent les progrès constants de la technique opératoire, on n'arrive d'ici à quelques années à reculer encore la limite des cas opérables. Comme dans le traitement des angiomes, le chirurgien devient chaque jour plus audacieux, et les résultats obtenus justifient cette hardiesse.

L'assèchement parfait de la plaie, la résection de toute la peau dégénérée sont les conditions indispensables pour obtenir une bonne réunion. C'est en effet dans ces sortes d'opérations qu'on est particulièrement exposé au sphacèle partiel, à la désunion des lèvres de la plaie.

Le même traitement est applicable aux dilatations des troncs lymphatiques. Quant aux lymphangiectasies profondes elles resteront sans doute encore longtemps au-dessus des ressources de la chirurgie, à moins qu'il ne s'agisse de formes très limitées.

En dehors de l'extirpation, presque toutes les thérapeutiques proposées sont inutiles ou nuisibles. Je ne parlerai que pour

<sup>1</sup> P. SEGOND. *Loc. cit.*

<sup>2</sup> P. REYNIER. *Idem.*

mémoire des médicaments tels que le calomel, la poudre de DOWER, le sulfate de quinine, la teinture d'aconit, la pommade mercurielle dont les effets sont nuls.

La *compression* a été recommandée par VERNEUIL à l'aide du caleçon élastique avec ou sans pelote. Bien souvent cette compression est douloureuse et les malades sont contraints d'y renoncer.

Dans les lymphangiectasies exotiques, d'origine filarienne, la compression est absolument proscrite, suivant le conseil de NIELLY.

Les *injections intertitielles* de chlorure de zinc ou de liqueur de PIAZZA ont été fréquemment employées; Th. ANGER a beaucoup contribué à en répandre l'usage. Cependant cette méthode ne peut être considérée que comme un pis aller dans les formes très étendues, où l'extirpation n'est pas possible.

Contre les varices lymphatiques du derme on pourra employer la compression; au membre inférieur on adoptera le bas élastique. La cautérisation au thermocautère peut également rendre des services: mais là encore l'exérèse nous paraît être la meilleure méthode lorsqu'elle est possible.

Il est bon de savoir que les récidives ne sont pas rares, même après l'opération en apparence la plus radicale.

Les lymphorragies seront traitées par l'application d'un pansement compressif aseptique. La ligature du vaisseau ouvert constituerait le traitement de choix; malheureusement elle n'est pas souvent praticable, notamment lorsque le lymphé s'écoule d'un vésicule dermique. La cautérisation au nitrate d'argent ou avec la pointe du thermocautère constitue alors avec la compression les seules ressources.

Les médecins des pays chauds considèrent que le changement de climat est la manière la plus efficace de lutter contre la filariose à localisation lymphatique.

## CHAPITRE IV

### ADÉNITES

#### ARTICLE PREMIER

#### ADÉNITE AIGUE

**Définition.** — L'adénite est l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Cette affection est extrêmement fréquente, qu'elle évolue d'une façon aiguë ou chronique, qu'elle soit simple ou spécifique, c'est-à-dire produite par un agent virulent spécial.

Nous étudierons d'abord l'adénite aiguë.

Son histoire se confond en grande partie avec celle de la lymphangite; aussi, pour éviter des répétitions fastidieuses, serons-nous bref sur l'adénite, renvoyant pour beaucoup de points au chapitre de la lymphangite.

VELPEAU<sup>1</sup> lui consacre sa thèse en 1823, et revient dans de nombreuses publications sur son étude. Je signalerai également les travaux de P. BROCA<sup>2</sup>, CHASSAIGNAC<sup>3</sup>, DUPUIS<sup>4</sup>, CRUVEILHIER<sup>5</sup>, LANCEREAUX<sup>6</sup>, CORNIL et RANVIER<sup>7</sup>, LE DENTU et LONGUET<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> VELPEAU. Thèse de doctorat, Paris, 1823, et art. Adénite. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. I, p. 694, 1864.

<sup>2</sup> BROCA. Thèse de doctorat, Paris, 1845.

<sup>3</sup> CHASSAIGNAC. Traité de la suppuration, t. II, p. 331.

<sup>4</sup> DUPUIS. Thèse de doctorat, Paris, 1846.

<sup>5</sup> CRUVEILHIER. Anat. pathol. générale, t. IV, p. 495, 1862.

<sup>6</sup> LANCEREAUX. Anatomie pathologique, t. II, p. 513.

<sup>7</sup> CORNIL et RANVIER. Histologie pathologique, t. I, p. 642. 2<sup>e</sup> édit., 1884.

<sup>8</sup> LE DENTU et LONGUET. Art. Lymphatiques. Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXI, p. 60.