

CHAPITRE VI.

AFFECTIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

ART. 1^{er}. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Nous étudierons ici les plaies et les fistules des vaisseaux lymphatiques.

§ 1. — Plaies et Fistules des vaisseaux lymphatiques.

La plupart des solutions de continuité résultant d'un traumatisme provoqué ou accidentel, déterminent une lésion d'un certain nombre de vaisseaux lymphatiques. Cependant, il est relativement rare, qu'il en résulte des accidents dus à la solution de continuité de ces vaisseaux, ce qui tient probablement à leur calibre peu considérable. Toutefois, lorsque des lymphatiques d'un certain volume sont intéressés, il se produit une fistule et un écoulement plus ou moins abondant de lymph (lymphorrhagie).

Les plaies qui siègent au pli du coude, celles qui, par exemple, résultent de la saignée (Van Swieten, Haller); les plaies de la région malléolaire (Muys) et du cou-de-pied (Müller); celles de la face interne de la cuisse (Assalini), du pli de l'aîne, du mollet, enfin celles du cou; peuvent donner lieu aux accidents que nous allons étudier (Follin).

Symptômes. — Le phénomène principal est la sortie continue ou intermittente, d'un liquide clair, quelquefois blanchâtre ou rosé, ayant tous les caractères physiques et chimiques de la lymph. Cet écoulement, parfois peu abondant et temporaire, peut persister plus ou moins longtemps et acquérir une telle importance, qu'il donne naissance à des symptômes d'épuisement. C'est ainsi qu'on a signalé la perte de cinq livres de liquide en trois jours (Patek).

Si l'on comprime les parties situées au-dessus de la plaie, l'écoulement de lymph augmente, il cesse lorsque la compression est exercée au-dessous de la solution de continuité. Enfin si le doigt est promené de la périphérie vers le centre en suivant le trajet probable du vaisseau lésé, le liquide peut sortir en jet (Monod).

La cicatrisation de ces plaies fistuleuses est parfois difficile, sans qu'on en sache bien la cause. On a admis, sans grandes preuves, que la persistance de certains ulcères variqueux tenait précisément à l'existence de fistules lymphatiques (Sappey).

Le *Diagnostic* est facile, grâce aux explorations méthodiques; la lymphorrhagie ne peut guère être confondue avec l'écoulement synovial qui succède aux plaies des bourses séreuses, tendineuses et articulaires. Cependant, la sérosité qu'exhalent certains ulcères et certaines plaies a été prise bien facilement, croyons-nous, comme caractérisant une lésion des lymphatiques de la région malade.

Le *Pronostic* est relativement sérieux vu la persistance de certaines fistules et l'imminence de la lymphangite (Le Dentu).

Traitement. — Les divers procédés utilisés contre cette lésion sont :

1^o La *compression* exercée au-dessous de la plaie et sur le trajet des vaisseaux lésés (Ruysch, Muys, Assalini).

2^o La *ligature* des lymphatiques intéressés (B. Bell)?

3^o La *ligature médiate* sur une épingle passée sous le vaisseau lésé (Follin).

4^o La *cautérisation* au fer rouge, avec des caustiques, avec la créosote (Ulmer).

Dans les cas d'ulcères rebelles, Monod conseille de circonscire la lésion par deux incisions courbes; ce procédé a été récemment repris en Allemagne pour traiter les ulcères en général (Nussbaum, Billroth).

BIBLIOGRAPHIE. — Muys, *De vulnere vasc. lymphatici in Praxis méd. chir. rationale*, Amstel., 1695, p. 240. — Stalpart van der Wiel, *Obs. rariorum med. Centurie*, Leidæ, 1727, obs. XLVI. — Van Swieten, *Comm. in H. Boerhaavi* § 1228, t. IV, p. 189, Lugd. Bat., 1764. — Haller, *De præcip. corporis humani etc.*, Berne, 1778, t. Ier, p. 318. — Assalini, *Essai méd. sur les vaiss. lymph.*, p. 54, Turin, 1787. — Marchand et Colberg, *U. die chem. zusammen. der mensch. Lymph.*, in *Müller's Archiv.*, 1838, 134. — Michel (de Strasbourg), *Note sur la lymphorrhagie, etc.*, in *Gaz. méd. de Strasb.* 1853, p. 114. — Binet, *Varices et plaies des lymph. superf.*, Th. de Paris, 1858, n^o 17. — Lendesdorf, *Fall v. Lymphgefäß-fistules*, in *Arch. f. kl. Chir.*, Bd. III, s. 417, Berlin, 1862. — Peyromaure-Debord, *Ét. sur les fistules lymph.*, Thèse de Paris, 1871, n^o 61. — Consulter en outre les traités classiques.

ART. II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques (troncs et réseaux) a

été désignée par les divers noms : d'*angioloécite* (Velpeau), *lymphite*, de *lymphatite*, enfin de *lymphangite*.

Quant aux lésions inflammatoires des radicules, à peine connues au point de vue anatomique, leur histoire clinique est encore à faire. On peut dire avec Le Dentu qu'elle se confond en grande partie avec celle de l'inflammation en général, et plus particulièrement avec celle de l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire.

Quoi qu'il en soit, nous laisserons presque de côté cette partie encore très-obscur de l'histoire de la lymphangite, nous réservant de la rappeler au lecteur, à propos du diagnostic.

§ 1. — Lymphangite aiguë.

Étiologie. — D'après Velpeau, la lymphangite aiguë peut se développer de trois façons différentes :

1° De proche en proche pour se diriger, tantôt vers la terminaison tantôt vers l'origine des vaisseaux lymphatiques et quelquefois dans ces deux directions en même temps, telles sont les angioloécites de cause externe, suite de plaies, etc.

2° Par irritation interne lorsque l'absorption a fait pénétrer dans le canal du vaisseau, un liquide qui en irrite les parois : l'inflammation succédant à l'introduction d'un poison septique, d'un virus, etc. rentre dans ce cas.

3° De l'extérieur à l'intérieur, ou par l'intermédiaire des vaisseaux qui unissent le vaisseau aux parties voisines enflammées. Ce troisième mode appartiendrait surtout aux angioloécites de cause interne.

En résumé, comme le fait remarquer Le Dentu, la lymphangite est le plus souvent secondaire et très-rarement primitive.

Les lésions traumatiques, entraînant une solution de continuité de peu d'étendue, les ulcérations, les simples excoriations, donnent souvent naissance à la lymphangite, soit que celle-ci résulte d'une inflammation franche, soit que la plaie contienne des matières étrangères ou virulentes, soit enfin que l'état général du malade, le lieu dans lequel il se trouve facilite l'apparition de la lymphangite (Le Dentu). Dans ces cas on conçoit que la lymphangite se développe surtout dans les régions abondamment pourvues de vaisseaux lymphatiques, comme à la main, aux doigts, aux orteils, etc.

Plus rarement la lymphangite se montre sans qu'il y ait de lésion aux téguments, c'est ainsi qu'elle apparaît dans l'érysipèle, le phlegmon simple, le phlegmon diffus; mais ici, il faut se rappeler ce que nous avons déjà dit à propos de l'origine probable des radicules lymphatiques.

Quant aux lymphangites spontanées, bien que fort rares, on ne peut nier leur existence et nous avons pu en observer un cas bien net. Le Dentu pense qu'elles naissent plus particulièrement lorsque le sujet est placé dans de mauvaises conditions, au milieu d'un foyer d'infection septicémique, en temps de guerre par exemple. Ajoutons que les faits de lymphangite épidémique observés par J. Roux, plaident en faveur de cette opinion.

Parmi les causes prédisposantes à la lymphangite on a noté la jeunesse, le sexe féminin, l'alcoolisme, la scrofule, la débilitation de l'économie, toutes causes assez banales (Follin).

Comme Le Dentu, nous avons observé des lymphangites chez les diabétiques.

Enfin il paraît certain que l'entassement des malades ou blessés dans un espace restreint semble faciliter l'apparition de la lymphangite, au même titre que celle de l'érysipèle et des intoxications chirurgicales : septicémie et pyohémie.

Anatomie pathologique. — Les lésions microscopiques ont été étudiées presque exclusivement sur les troncs assez volumineux.

La paroi vasculaire est rouge, épaissie, tomenteuse, distendue surtout dans l'intervalle des valvules, il en résulte de véritables lacs, bien étudiés dans la lymphangite utérine (J. Lucas Championnière), ou bien encore un aspect moniliforme des vaisseaux malades.

Le contenu est tantôt de la lymphe liquide (Velpeau), tantôt de la lymphe coagulée; le caillot est d'un blanc rosé et adhère aux parois vasculaires.

Souvent on trouve du pus dans l'intérieur des lymphatiques, ce qui explique le transport de ce liquide jusque dans le sang. Toutefois dans bien des cas il est difficile de dire si le pus a été transporté ou bien s'il est né dans le point où l'on constate sa présence?

Les tissus voisins sont plus ou moins altérés, soit par propagation de l'inflammation, soit qu'il y ait eu rupture du vaisseau malade et épanchement de pus dans le tissu cellulaire périphérique. De là, des abcès, des phlegmons diffus, etc. Parmi les lésions des tissus voisins il faut noter l'inflammation des ganglions auxquels aboutissent des vaisseaux malades.

Au dire de Velpeau, le sang des individus qui succombent à la suite d'une lymphangite serait noir, fluide, diffusible, et on pourrait trouver des abcès métastatiques, fait nié par Monneret.

L'examen histologique des vaisseaux lymphatiques atteints d'inflammation n'a guère été fait qu'à la surface des séreuses, dans le cerveau et l'utérus (Cornil et Ranvier).

En général les vaisseaux sont dilatés par de la fibrine et des globules de pus; l'endothélium qui recouvre le lymphatique malade est gonflé, desquamé et proliféré, le reste de la paroi vasculaire renferme des éléments nouveaux et des globules purulents (Cornil et Ranvier).

Symptomatologie. — Nous étudierons successivement les signes de la lymphangite superficielle et ceux, plus obscurs, de la lymphangite profonde.

La lymphangite aiguë *superficielle* comprend elle-même deux variétés, selon que la phlegmasie occupe les réseaux ou les troncs, division faite par notre maître Chassaignac.

Ajoutons que les deux variétés précédentes se succèdent souvent ou bien se développent ensemble.

1° *Angioleucite réticulaire* (Chassaignac). — Elle apparaît dans toutes les régions où existent des réseaux lymphatiques développés (tête, mains, pieds, orifices naturels, etc.), et succède le plus souvent à des traumatismes assez légers (piqûres, plaies contuses, etc.).

Très-limitée, cette variété se caractérise par une rougeur assez vive et uniforme des téguments, de la douleur, de la chaleur et du gonflement. Les ganglions sont douloureux dès l'apparition du mal (Chassaignac, Le Dentu). Si l'angioleucite s'étend, la rougeur de la peau se présente sous forme de lignes ondulées d'un rose vif, très-voisines les unes des autres et même finissant par se confondre au moins en partie et par places. Dans tous les cas il en résulte une plaque rouge plus ou moins étendue, dont les bords n'offrent pas le relief qui caractérise l'érysipèle. Le gonflement est peu marqué, les douleurs sont vives, brûlantes, le toucher de la partie malade est très-pénible.

Souvent cette angioleucite des réseaux se complique de l'angioleucite des troncs que nous décrirons bientôt.

L'angioleucite réticulaire donne parfois naissance à des phénomènes généraux fébriles plus ou moins accusés, selon l'étendue du mal et son intensité.

D'après Chassaignac, cette variété d'angioleucite détermine des abcès du derme, offre des symptômes très-mobiles, dure peu de temps ou bien persiste et même passe à l'état chronique. Cette dernière forme s'observe surtout à la main chez les anatomistes, elle procède par poussées successives (*Angioleucite réticulaire oscillante*) et son développement ne paraît pas fatalement lié à l'existence préalable d'une plaie des téguments (Le Dentu).

2° *Angioleucite des troncs, trajective, ascendante* (Chassaignac). Celle-ci est bien mieux connue que la précédente et c'est à elle que se rapportent la plupart des descriptions classiques de la lymphangite superficielle des membres et du tronc.

La lymphangite des troncs succède souvent à celle des réseaux; d'autres fois elle tient à l'existence d'une plaie, d'un ulcère qui s'enflamme, parfois, enfin, bien que produite par une plaie, la lésion apparaît à une certaine distance sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui naissent des parties malades (Le Dentu).

Lorsque la maladie est développée, les téguments prennent une coloration rouge plus ou moins foncée s'étendant, sous forme d'une bande très-étroite, depuis l'origine du mal jusqu'au ganglion où va se rendre le vaisseau malade. Lorsque plusieurs vaisseaux sont enflammés, ce qui arrive fort souvent, on voit ces lignes se rapprocher, s'écarter, s'entrecroiser; elles représentent exactement la direction des lymphatiques. Dans les points où ces vaisseaux sont très-rapprochés, il se forme comme des espèces de petits îlots érysipélateux (*Lymphangite en plaques*) qui apparaissent avec une grande rapidité, et disparaissent aussitôt que la maladie marche vers la guérison. Une tuméfaction très-légère, plus sensible au toucher qu'à la vue (Follin), de l'œdème, une douleur cuisante, quelquefois très-vive, en rapport d'ailleurs avec l'intensité de l'inflammation, de la chaleur, se manifestent sur ces traînées rouges; les ganglions auxquels les vaisseaux vont se rendre se tuméfient, deviennent douloureux.

Les symptômes généraux sont variables: tantôt ils sont à peu près nuls ou franchement inflammatoires; dans quelques cas ils prennent, dès le début, une grande intensité: faiblesse, inappétence, soif vive, pouls plein, dur, fréquent, peau chaude, insomnie, délire. D'autres fois, ce sont les phénomènes adynamiques qui prédominent (Velpeau).

La lymphangite débute parfois, comme l'érysipèle, par un violent frisson et une fièvre intense (39, 40 et 41°). Ces phénomènes généraux graves appartiendraient surtout aux lymphangites d'origine septique (Le Dentu).

La *marche* de cette lymphangite est des plus variables en raison des phénomènes généraux divers qu'elle présente, et surtout en tenant compte de ses terminaisons diverses, véritables transformations pour quelques chirurgiens (Le Dentu).

1° L'angioleucite se termine le plus souvent par *résolution*; on voit alors les accidents locaux et généraux céder peu à peu. La

peau reprend graduellement sa coloration normale; l'engorgement ganglionnaire disparaît;

2° La *suppuration* est à la fois un mode de terminaison et une complication; souvent il se produit sur le trajet des vaisseaux enflammés un certain nombre de noyaux indurés, rouges, douloureux, qui donnent lieu à des abcès superficiels, plus ou moins nombreux et survenant, par poussées, comme les furoncles. Le pus de ces abcès est d'ordinaire mal lié, sanguinolent, ou plutôt séro-sanguinolent. Dans quelques cas, et surtout dans les lymphangites septiques, la suppuration devient diffuse et l'affection se transforme véritablement en phlegmon diffus (Le Dentu).

3° Les plaques rouges de la lymphangite peuvent devenir franchement *érysipélateuses*, c'est-à-dire être limitées par un bourrelet saillant perceptible au toucher et à la vue, et s'étendre aux parties saines (Le Dentu). Cette transformation, explicable par l'anatomie pathologique et peut-être cliniquement, peut encore se compliquer des phénomènes de phlegmon diffus consécutif, de gangrène diffuse et limitée (Velpeau);

4° Enfin, la *phlébite* peut aussi venir se combiner avec la lymphangite à forme grave (Le Dentu).

La *lymphangite profonde* des membres, la seule qui puisse intéresser le chirurgien, est mal connue et le plus souvent compliquée par d'autres lésions. Cette affection se caractérise :

1° Par une *douleur* plus ou moins vive, siégeant sur le trajet des vaisseaux lymphatiques profonds;

2° Par un *empatement* profond formant des masses ou noyaux indurés, siége maximum des douleurs;

3° Par l'*engorgement* des ganglions lymphatiques profonds qui deviennent douloureux.

D'abord parfaitement souples, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané peuvent finir par s'œdématiser, quelquefois même les lymphatiques superficiels se prennent (*Lymphangite double* de Follin) mais c'est l'exception; le plus souvent il n'apparaît de rougeur extérieure que très-tardivement, alors que l'œdème inflammatoire a teint le tissu cellulaire sous-cutané. Cette rougeur disposée en plaques irrégulières, au niveau des points primitivement douloureux indurés, est presque toujours peu marquée. Dans l'intervalle la peau tendue, amincie, est plutôt blanche ou d'un rose pâle (Follin).

Comme la lymphangite superficielle, la lymphangite profonde peut se terminer par résolution, suppuration circonscrite ou diffuse et gangrène.

Diagnostic. — Il peut être très-facile ou bien très-difficile, selon que la lymphangite est superficielle ou profonde, simple ou compliquée, qu'elle affecte les troncs ou les réseaux des lymphatiques.

La lymphangite réticulaire peut être confondue avec les diverses espèces d'érythème et avec l'érysipèle.

L'*érythème simple*, dû à une irritation extérieure, présente une rougeur uniforme qui s'éteint peu à peu à sa périphérie et n'offre pas la disposition réticulée de la lymphangite.

L'*érythème noueux* (1) forme des plaques saillantes, d'un rouge sombre, violacé, siégeant dans des parties déterminées et s'accompagnant souvent de douleurs articulaires; aussi est-il facile à reconnaître.

Nous ne ferons que signaler les autres variétés d'érythème, soit : l'*érythème paratrimé*, l'*érythème pernio* (Voy. *Engelures*), l'*érythème lisse*, l'*érythème copahique*, dont le diagnostic est des plus faciles, en tenant surtout compte des causes productrices de l'affection cutanée.

L'*érysipèle*, lorsqu'il est franc, se caractérise par une rougeur uniforme disposée par plaques à bords saillants un peu festonnés nettement délimités, se développant autour d'un point central, siége primitif du mal, et s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire. Ces plaques qui durent quatre à six jours se terminent par une desquamation de l'épiderme.

Mais ces caractères sont loin d'être toujours aussi nets; les plaques peuvent être irrégulières, isolées les unes des autres et présenter soit des traînées rouges périphériques, soit une disposition réticulée. En fait, on peut alors considérer l'affection aussi bien comme une lymphangite que comme un érysipèle (Velpeau, Le Dentu), ce qui s'explique facilement si l'on tient compte des recherches anatomo-pathologiques récentes dues à Cadiat, Liouville et Renaut (2).

La lymphangite des troncs, surtout celle des troncs profonds, peut être confondue avec le phlegmon simple, le phlegmon diffus et la phlébite.

Le *phlegmon simple* se distinguera surtout par sa localisation et sa tendance à la fixité (Le Dentu).

Le *phlegmon diffus* se caractérise par une délimitation mal circonscrite, un œdème inflammatoire étendu, l'envahissement simul-

(1) Voyez A. Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 4^e éd., 1874, p. 88.

(2) Voyez page 377.

tané de la peau et des tissus sous-jacents, une extension rapide. Toutefois nous savons qu'il peut débiter par une lymphangite profonde, auquel cas, les symptômes caractéristiques des deux affections tendent à se confondre.

Quant à la *phlébite*, les traînées rouges sont plus rectilignes, plus régulières, moins nombreuses; elles suivent le trajet connu des veines et ne se rendent pas aux ganglions lymphatiques. De plus il existe à leur niveau une tuméfaction cylindrique considérable, due à la coagulation du sang dans le vaisseau et à la périphlébite.

Ajoutons cependant que la lymphangite se compliquant parfois de phlébite, les deux affections peuvent se confondre en partie au point de vue symptomatologique.

Pronostic. — Il est très-variable; autant la lymphangite franchement inflammatoire peut être simple, autant celle qui succède à l'introduction de matières septiques est grave. Les lymphangites qui se développent dans des moments où la septicémie, la pyohémie ou l'érysipèle sont fréquents, offrent toujours une gravité excessive. Ces lymphangites affectent parfois une marche en quelque sorte foudroyante et enlèvent les malades en quelques jours, au milieu de phénomènes ataxiques ou adynamiques (Le Dentu).

La gravité du pronostic dépend aussi de l'âge des sujets, de la force, des complications qui peuvent se montrer. Peut-on admettre avec Velpeau que la mort puisse survenir par infection purulente, à la suite d'une lymphangite? Cette question ne paraît pas encore résolue.

Traitement. — Il comprend un traitement local et un traitement général.

Tout d'abord, comme le dit Follin, lorsque la lymphangite succède à un traumatisme, à un ulcère, il faut se préoccuper de l'étendue de la lésion qui a déterminé l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et la panser méthodiquement.

Localement, on pourra utiliser : 1° les *antiphlogistiques*, en particulier les sangsues, mais chez les sujets jeunes, robustes, et lorsque l'affection suit une marche franchement inflammatoire.

2° Les *émollients* : bains locaux et généraux, cataplasmes, compresses imbibées de liquides émoullissants ou mieux d'eau tiède.

3° Les *onctions d'onguent mercurel* (Velpeau), qui ont pour objet de faire avorter l'inflammation.

4° Les *vésicatoires volants très-étendus*, qui au dire de Velpeau, nous partageons cette opinion, empêchent ou limitent la suppuration.

5° La *compression méthodique* (Velpeau) combinée à la position

Cette compression est surtout utile lorsque la maladie donne lieu à un œdème persistant.

6° Les *incisions* ne nous paraissent indiquées que lors de menace de phlegmon diffus ou bien lorsque la lymphangite se termine par suppuration.

7° Nous ne ferons que signaler les *réfrigérants* et les *irrigations continues*, abandonnées aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Le *traitement général* varie fatalement selon les caractères qu'affecte la maladie.

La saignée, les évacuants (purgatifs et vomitifs), les tisanes acides, une diète légère, conviennent dans le cas où la réaction est franchement inflammatoire. Lorsque les phénomènes adynamiques se manifestent, on devra recourir aux excitants (alcool, vin), aux toniques (quinquina), aux antiseptiques (sulfate de quinine).

Autant que possible, dans les formes graves, on devra s'efforcer d'alimenter les malades.

Lors d'ataxie, on utilisera les antispasmodiques, et les préparations opiacées.

§ 2. — Lymphangite chronique.

Nous ne ferons que signaler l'existence de cette affection encore très-mal étudiée.

S'appuyant sur des observations incomplètes de A. Cooper et Andral, on a décrit une induration des parois des vaisseaux, l'apparition de nodosités au niveau des valvules comme caractérisant cette maladie (Follin). Mais, d'un autre côté, Hallé croit au contraire à l'atrophie des vaisseaux enflammés chroniquement.

Pour Allard, l'éléphantiasis serait le résultat de l'angioloéucite chronique, opinion qui n'est pas aussi éloignée de la vérité que semble le croire Rayet, Gaide et Follin (1).

En résumé l'histoire de cette maladie reste à faire presque entièrement.

BIBLIOGRAPHIE. — Assalini, *Essai médical sur les vaisseaux lymphatiques*, Turin, 1787. — Sœmmering, *De morbis vasorum absorbentium*, Francfort, 1775. — Allard, *De l'inflammation des vais. lymph.*, Paris, 1824. — Andral, *Recherches pour servir à l'hist. des maladies du système lymph.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. VI, p. 502. — Cruveilhier, *Mal. des vais. lymph.*, in *Anat. path.*, liv. XI, p. 1, 4. — J. Sollier, *Essai sur l'angioloéucite*, etc., thèse de Montpellier, 1829, n° 58. — J. Bouillaud, *Dict. en 15 vol.*, art. *Lymphangite*, t. XI, p. 284, 1834. — Velpeau,

(1) Voyez l'article *Éléphantiasis*, p. 397.

Mém. sur les mal. du système lymph., in *Arch. générales de médecine* 2^e série, 1835, t. VIII, p. 123 et 308. — Olivier, *Dict. en 30 volumes* 2^e édit., 1838, t. XVIII, p. 350. — Breschet, *Le système lymphatique*, thèse de concours, 1826. — Monneret et Fleury, *Comp. de médecine* 1842, t. V, p. 575. — J. Roux, *De l'angiopleurite*, in *Gaz. méd.*, 1841, p. 56. — Turrel, *Essai sur l'angiopleurite*, th. de Paris, 1844, n^o 17. — Bousson, *Des alt. de la lymphe dans les inflamm.*, in *Gaz. méd.*, 1841, p. 206. — H. C. Richter, *U. Lymphangiitis capillaris*, etc., in *Prag. Vierteljahr.*, Bd. XVII, s. 36, 1848. — A. P. J. Delay, *De l'angiopleurite aiguë*, th. de Paris, 1852, n^o 57. — E. H. Quillaud, *De la lymphangiite infectieuse*, th. de Strasb., 1853, n^o 275. — L. F. L. Doucet, *De l'angiopleurite*, th. de Paris, 1857, n^o 177. — O. Weber, *Lymphgefäße Urtuberculose u. d. Lymphangiitis*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chir.*, v. Pfl. u. Billroth, Bd. II, A. 2, LI, s. 65, Erlangen, 1865. — Velpeau, *Angiopleurite*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. V, p. 66. (Bibliogr.). — Broca, *D'un cas de lymphite réticulaire*, etc., th. de Paris, 1866, n^o 1. — A. Bellamy, *Des causes de la lymphang. superf.*, id. 1870, n^o 1. — Le Dentu, *Lymphangite*, in *Nouv. dic. de méd. et chir. prat.*, t. X, 1875.

ART. III. — LÉSIONS DIVERSES.

Nous étudierons dans cet article les *Varices* et les *Dégénérescences* des vaisseaux lymphatiques.

§ 1. — Varices des vaisseaux lymphatiques.

Comme les veines, les vaisseaux lymphatiques peuvent se dilater, se rompre et donner issue à une quantité parfois assez considérable de lymphe (Follin). Ces lésions désignées sous les divers noms : *lymphangiectasies*, de *tumeurs érectiles lymphatiques*, d'*angiomes lymphatiques* (Virchow), sont rares et présentent d'assez nombreuses variétés.

Anatomie pathologique. — L'ectasie peut intéresser les réseaux ou les troncs superficiels et profonds. On la rencontre de préférence dans les régions riches en lymphatiques, comme l'aîne, la face interne de la cuisse, la paroi abdominale antérieure, le prépuce, le verget, le pli du coude (Follin), la face (Broca).

Les *varices des réseaux* se présentent sous l'aspect d'élevures comparées aux tubercules du mamelon, à la peau de l'orange ; ultérieurement ces saillies deviennent vésiculaires, transparentes. Elles sont disposées en lignes ou par groupes, et le liquide qu'elles contiennent peut être refoulé de l'une à l'autre des vésicules par une pression légère (Follin).

Ces varices sont formées par des dilatations en doigt de gant ou en ampoule des lymphatiques superficiels du derme (Michel de Strasbourg, Thilesen, Rindfleisch). Dans un cas les vaisseaux superficiels dilatés communiquaient avec les ampoules sous-épidermiques à l'aide de canaux creusés dans les papilles (Odenius de Lund) ?

Les *varices des troncs* coexistent fréquemment avec les précédentes ; on les divise en *varices cylindroïdes* non circonscrites, et *varices ampullaires* ou circonscrites (Follin).

Les premières « présentent une exagération de l'aspect moniforme des vaisseaux lymphatiques » (Follin) ; elles forment des cordons noueux, durs, parfois demi-transparentes. Les secondes forment des tumeurs molles, fluctuantes, plus difficiles à reconnaître.

Les varices des troncs peuvent acquérir d'énormes dimensions et se combiner avec la dilatation des ganglions (1) correspondants (Breschet).

Quant aux altérations des vaisseaux profonds, elles sont mal connues, aussi ne ferons-nous que les signaler ici.

Ajoutons que les varices lymphatiques se combinent parfois à des modifications hypertrophiques des tissus, d'où le nom d'*éléphantiasis lymphatique*, donné par Virchow à quelques-unes de ces formes mixtes (2).

Symptômes. — Nous ne décrirons que ceux qui se rapportent aux varices des vaisseaux lymphatiques superficiels.

Les caractères anatomiques signalés plus haut, soit dans les varices des vaisseaux, soit dans les varices des troncs, les feront facilement reconnaître, sauf les cas où il n'existe qu'une ou un très-petit nombre d'ampoules (*varices ampullaires*). Ces petites tumeurs molles, fluctuantes, indolentes, d'abord mobiles, peuvent finir par adhérer aux téguments. On a signalé l'existence d'un œdème peu considérable au-dessous des points variqueux.

L'ectasie des vaisseaux lymphatiques entraîne souvent leur rupture spontanée ou accidentelle, à la suite d'un léger traumatisme.

Dans ce cas, il s'écoule une quantité variable et parfois énorme (plusieurs livres, Desjardins), de liquide clair, blanchâtre, quelquefois comparable à du lait (faits de Vidal et Lebert), se coagulant à l'air et offrant tous les caractères chimiques et microscopiques de la lymphe. Cet écoulement, qui a lieu le plus souvent par gouttes, peut par son abondance amener des phénomènes généraux graves d'anémie.

(1) Voyez les *Lymphangiomes des ganglions*, p. 309.

(2) Voyez les *Lymphangiomes simples*, p. 311, et l'*Éléphantiasis*, p. 397.

La *marche* de cette maladie est peu connue, toutefois l'ectasie peut envahir les ganglions, les troncs afférents et atteindre le canal thoracique (Breschet).

Un accident redoutable de cette affection paraît être la lymphangite (Le Dentu).

Étiologie. — Elle est encore très-obscur; c'est ainsi que l'on a invoqué le jeune âge, l'influence des climats chauds (le Brésil, l'île Maurice et Bourbon), la compression, l'oblitération des ganglions, les violences extérieures, etc. Mais cette lésion a été observée sur des adultes et chez des sujets habitant les pays tempérés et froids (Paris, Zurich, Stutgard, la Suède). Dans quelques cas l'affection est congénitale (Viguiier).

Le *Pronostic* est grave en raison des accidents auxquels sont exposés les malades et de l'insuffisance relative de la thérapeutique au moins dans quelques cas.

Traitement. — Il consiste surtout à combattre la lymphorrhagie, soit par la compression, soit par la cautérisation (Fitzer, Demarquay).

Beau a proposé de traiter les varices lymphatiques du prépuce par le séton; Ricord en conseille l'excision.

Quant au traitement curatif des varices, on pourrait à l'exemple du professeur Broca utiliser avec succès les injections de perchlorure de fer (Viguiier).

Comme traitement palliatif, Le Dentu conseille la compression.

BIBLIOGRAPHIE. — Breschet, *Le système lymphatique*, etc. Paris, 1836. — Beau, *Note sur les dilat. variq. des vaiss. lymph. du prépuce*, in *Rev. méd. chirurgicale de Paris*, 1851, t. IX, p. 22. — Demarquay, *Recherches sur la lymphorrhagie, etc.*, in *Mém. de la Soc. de chirurg.*, t. III, p. 139, 1853. — A. Bérard et Denonvilliers, *Comp. de chirurg.*, t. I, p. 176, 1851. — Michel, *Note sur la lymphorrhagie, etc.*, in *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 114. — C. Desjardins, *Mém. sur un cas de dilat. variq. etc.* in *Mém. de la Soc. de biologie*, 1854, 2^e série, t. I, p. 25. — Binet, *Varices et plaies des lymph. superf.*, thèse de Paris, 1858, n^o 17. — Levid, *Essai sur les varices lymphatiques*, th. de Paris, 1865, n^o 222. — Virchow, *Lymphatische Telangiectasien*, in *Die Krankh. Geschwülste*, Bd. III, H. 1, s. 488, Berlin, 1867. — Potain, *Dilat. des vaiss. lymph.* in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e série, t. III, p. 504, 1870. — Vladimir Gorjevic, *U. d. Lymphorrhæ etc.*, in *Arch. f. klin. Chirurg.*, Bd. XII, s. 61, Berlin, 1870, et *Arch. gén. de méd.*, vol. 1, p. 232, 1875. — M. V. Odinius de Lund *Ein Fall von Lymphorrhæ, etc.*, in *Deutsche Klinik*, n^o 4, s. 388, 1874. — Camille Viguiier, *Essai sur les varices et les tum. lymph. superf.*, th. de Paris, 1875, n^o 45. — Le Dentu, *Varices lymphatiques*, in *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXI, 1875.

§ 2. — Dégénérescences des vaisseaux lymphatiques.

Nous ne ferons que signaler les dégénérescences graisseuses et calcaires (Charton, Walther, Mascagni, etc.), qui résulteraient d'un processus analogue à celui qui donne lieu à l'athérome artériel (voyez *Artérite chronique*).

La *Dégénérescence tuberculeuse* est étudiée depuis longtemps; Cruveilhier, Andral, ont constaté la présence d'une matière caséuse, granuleuse, dans les vaisseaux lymphatiques venant de parties envahies par les tubercules.

Les vaisseaux malades sont dilatés, noueux, indurés par places, tortus, leurs parois peuvent être infiltrées de noyaux tuberculeux à différentes périodes d'évolution (Le Dentu).

Toutefois l'altération caséuse du contenu peut résulter de la stagnation de la lymphe, et peut-être aussi d'une *lymphangite chronique spéciale* (Le Dentu).

Cette dégénérescence ne s'observe que très-rarement sur les lymphatiques extérieurs, aussi n'intéresse-t-elle que peu les chirurgiens.

Sous le nom de *Dégénérescence cancéreuse*, on a décrit un certain nombre de dégénérescences des lymphatiques provenant de productions dites cancéreuses (cancroïde et carcinome).

La *lymphangite cancéreuse* étudiée récemment par Debove et Troisier, se développe en général dans le sens du cours de la lymphe, et semble résulter d'une formation sur place de carcinome aux dépens de l'endothélium lymphatique (Debove), et non d'embolies carcinomateuses, comme l'admet E. Wagner.

Cette lymphangite a été surtout étudiée sur les vaisseaux lymphatiques des plèvres et des poumons.

BIBLIOGRAPHIE. — M. Debove, *Note sur les lymphangites cancéreuses*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 2^e série, t. XVIII, p. 865, 1873. — E. Troisier, *Rech. sur les lymphangites pulmonaires*, thèse de Paris, 1874, n^o 14.

ART. IV. — LÉSIONS VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES DES VAISSEaux LYMPHATIQUES.

Ces lésions comprennent : 1^o la *Lymphangite chancreuse*, et 2^o la *Lymphangite syphilitique*; nous n'en dirons ici que quelques mots.

§ 1. — Lymphangite chancreuse.

Elle succède au chancre mou, et s'observe surtout sur le dos de la verge.

Cette lymphangite présente tout d'abord les caractères de l'inflammation aiguë des vaisseaux lymphatiques; bientôt le tissu cellulaire voisin s'enflamme à son tour et ne tarde pas à suppurer. Des abcès multiples se montrent au niveau des nodosités des vaisseaux malades; le pus qu'ils contiennent est en partie phlegmoneux, en partie séreux et grisâtre. Ces abcès s'ouvrent très-vite à l'extérieur, et qu'ils se soient ouverts spontanément ou bien qu'ils aient été ouverts par le chirurgien, ils donnent lieu à une ulcération, offrant tous les caractères du chancre simple. Le plus souvent, ces divers abcès communiquent entr'eux à l'aide de conduits fistuleux suivant la direction des vaisseaux lymphatiques enflammés.

L'acuité des symptômes et leur marche rapide permettront de distinguer au début la lymphangite chancreuse de la lymphangite inflammatoire, qui peut apparaître lors de chancre simple. L'ulcération qui succède à l'ouverture des abcès, et l'auto-inoculation possible du pus qui s'écoule, lèveront plus tard tous les doutes.

Traitement. — Au début on utilisera les antiphlogistiques; il faut ouvrir les abcès dès qu'ils sont formés; enfin on traitera la plaie chancreuse comme un chancre simple.

§ 2. — Lymphangite syphilitique.

Elle existerait dans le quart des cas où l'on observe une adénite symptomatique du chancre induré (Bassereau, Rollet).

Cette lymphangite offre tous les caractères de la lymphangite chronique: indolence, induration sensible au toucher et quelquefois à la vue, parfois œdème et légère tension des tissus voisins.

Elle se termine par résolution au bout de trois à quatre semaines et même plus. Dans d'autres cas, il survient de la suppuration et même des fistules consécutives à l'ouverture d'un abcès (Ricord, Bassereau), mais ces faits sont assez exceptionnels.

Traitement. — On a conseillé des frictions résolatives avec l'onguent mercuriel.

BIBLIOGRAPHIE. — Consulter celle de l'Adénite vénérienne et syphilitique.

CHAPITRE VII

AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

ART. I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

On ne possède que des données très-vagues sur les plaies des ganglions lymphatiques. Y a-t-il écoulement de lymphé? On ne saurait toujours l'affirmer, car l'écoulement de sang s'oppose souvent à ce qu'on puisse le constater. Cependant la lenteur avec laquelle se cicatrisent les ganglions incisés prématurément, fait supposer que le suintement de la lymphé apporte quelque obstacle à la cicatrisation; il existe d'ailleurs des faits de lymphorrhagie à la suite des lésions ganglionnaires.

Les plaies contuses, les contusions des ganglions, peuvent déterminer, mais le fait est rare, des adénites aiguës, surtout lorsque les téguments sont intéressés (Le Dentu).

ART. II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

L'inflammation des ganglions lymphatiques a été désignée sous le nom d'adénite ou de lymphadénite, et celle-ci doit être subdivisée en adénite aiguë et en adénite chronique.

§ 1. — Adénite aiguë.

Cette inflammation aiguë des ganglions lymphatiques accompagne presque fatalement la lymphangite aiguë, mais peut exister seule et isolée.

Étiologie. — Les causes sont directes ou indirectes (Velpeau, Follin, etc.).

Parmi les causes directes, il faut noter les divers traumatismes qui peuvent atteindre les ganglions; Le Dentu y ajoute l'action du froid?

Quant aux causes indirectes, de beaucoup les plus fréquentes, elles agissent: 1° par contiguïté d'organes enflammés, ou par voisinage; 2° par continuité du tissu et consécutivement à une lymphangite;