

ni trop larges, ce qui arrive souvent au bout de quelques jours d'usage. Ils ne doivent pas non plus entraver les fonctions de la peau, provoquer des démangeaisons ou des douleurs. La bande élastique du docteur A. Martin, du Massachusetts, appliquée le matin et enlevée le soir, a donné de bons résultats. N'oublions pas que la compression, surtout chez les femmes enceintes, n'est pas sans dangers. Hérapath, Malgaigne ont proposé, mais sans succès appréciable, de pratiquer le débridement de l'orifice aponévrotique des deux saphènes au creux poplité et dans le triangle de Scarpa. On ne les imitera point.

Le traitement *curatif* peut être médical, et une substance extraite de l'*hamamelis de Virginie*, sorte de coudrier, aurait donné d'excellents résultats. L'extrait fluide, à la dose de 15 à 50 gouttes par jour, provoquerait, au bout d'un mois tout au plus, la guérison des varices et de leurs complications, inflammations, ulcération, œdème. Mais ce moyen est bien infidèle et, d'ordinaire, la cure radicale de la phlébectasie est toute chirurgicale.

Les moyens sont innombrables, et on a proposé l'*extirpation*, la *résection* des paquets variqueux, leur *section* à ciel ouvert ou sous-cutanée, la *ligature* simple ou double, sous-cutanée ou à ciel ouvert, avec ou sans excision du segment vasculaire. Ces divers procédés, autrefois très dangereux par les phlegmons, les phlébites et les pyohémies qu'ils provoquaient, ont perdu de leur gravité; mais leur moindre défaut est d'être inefficaces : les altérations des parois persistent et les dilatations variqueuses se reproduisent au premier prétexte. Cependant la double ligature antiseptique avec le catgut ou la soie phéniquée a donné quelques bons résultats dans le varicocèle; dans ce cas, c'est à la simple résection scrotale que nous avons eu recours avec le plus grand succès.

Nous proscrivons la *cautérisation* par le fer rouge ou les caustiques, qui avait sa raison d'être du temps de l'infection purulente, et lorsque nous n'étions pas aussi bien outillés contre les hémorrhagies primitives et secondaires; l'*isolement* de Rigaud, qui dénudait la veine dans un trajet de 4 à 5 centimètres et l'exposait à l'air libre pour obtenir son oblitération; la *compression* sous toutes ses formes : pelotes, serres-fines, pinces, suture enchevillée; l'emploi du *séton*; enfin les *injections coagulantes*, employées surtout par les chirurgiens de Lyon, qui faisaient pénétrer, avec la

seringue de Pravaz, trois à cinq gouttes de perchlorure de fer à 20° environ, dans l'intérieur de la veine dont un segment était, au préalable, isolé par la compression.

CHAPITRE VI

AFFECTIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

I

PLAIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

L'abondance des vaisseaux blancs est telle que la moindre des dièses en ouvre un très grand nombre. Cependant leur blessure passe presque toujours inaperçue, sans doute parce que la lymphorrhagie qui révélerait la solution de continuité des troncs et des réseaux, est voilée par l'écoulement sanguin; le liquide incolore, teinté en rouge par les hématies, est pris pour du sang. Il se peut d'ailleurs que la *lymphostase* soit très rapide : la lymphe ne progresse guère que poussée par la *vis à tergo*, la pression dans les vaisseaux est presque nulle, aussi les parois s'affaissent, la fibrine se coagule et le liquide cesse de s'échapper au dehors.

On a cependant signalé des lymphorrhagies intenses et continues dans les plaies des régions où les vaisseaux blancs sont nombreux et volumineux, aux plis du coude et de l'aîne, autour des malléoles, à la face interne de la cuisse, au mollet et au cou. Par la plaie, en général étroite, s'écoule un liquide clair, transparent, que teintent parfois en rose quelques globules rouges ou que rendent blanchâtre des particules grasseuses en émulsion; il perle goutte à goutte ou s'échappe en nappe assez épaisse pour fournir près de 500 grammes en un jour. Dans un cas cité par Hewson, « un boucher laissa tomber son couteau, qui sectionna quelques-uns des troncs lymphatiques courant le long du tibia; il s'écoula de cette plaie une quantité con-

sidérable de lymphes claires qui se coagula au contact des vêtements et forma une sorte de fongosité blanchâtre. »

Comme pour les plaies des veines, on tarit ou on augmente l'écoulement par la compression au-dessous et au-dessus de la diérèse; on peut faire jaillir la lymphe en pressant du bout du doigt sur le trajet du vaisseau ouvert, rapidement et en remontant de l'extrémité du membre vers sa racine. La solution de continuité, maintenue béante par l'issue du liquide, ne se cicatrise pas et des *fistules* se forment, souvent fort persistantes. On en observe surtout dans les cas de dilatation variqueuse; ces fistules ne sont pas sans danger, car elles peuvent être le point de départ d'érysipèles redoutables ou provoquer les symptômes d'une anémie profonde. Sappey a prétendu que la persistance de certains ulcères des membres inférieurs avait pour cause des fistules lymphatiques, mais il n'existe pas, à notre connaissance, d'examen anatomique pour étayer cette assertion.

Ces fistules et ces lymphorrhagies sont trop rares pour que la thérapeutique en soit nettement fixée. On a proposé la *ligature* des troncs, opération qui nous semble un peu délicate, et la *cautérisation* de la plaie. La *compression* sur le trajet du vaisseau et sur la plaie a donné quelques succès et nous paraît la pratique la plus recommandable : un tampon de gaze iodoformée ou d'ouate hydrophile imbibée de liqueur de Van Swieten sera appliqué sur la région et maintenu par quelques tours de bande un peu serrés, pas assez toutefois pour gêner la circulation en retour.

II

LYMPHANGITE AIGUË.

On nomme *lymphangite*, *angioleucite*, ou même assez improprement *lymphatite* et *lymphite*, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Elle n'a guère été connue qu'à la fin du dernier siècle, grâce aux recherches d'Assalini en 1787 et de Sæmmering en 1795; dans notre siècle, Andral, Cruveilhier, Velpeau en 1856, puis Jules Roux, Bouisson ont repris à nouveau son étude. Les travaux contemporains ont mieux fixé son anatomie pathologique et sa pathogénie.

Étiologie. — Elle succède le plus souvent à une solution de continuité, à une plaie légère et superficielle, égratignure, coupure insignifiante, écorchure, à quelque lésion des téguments d'origine pathologique : acné, eczéma, furoncle, engelure, ongle incarné, surtout lorsque l'ulcération, traumatique ou spontanée, existe dans une région riche en vaisseaux lymphatiques, les doigts, les orteils, les orifices naturels, anus, prépuce, vulve, lèvres et narines, au niveau des articulations, à la face interne des membres. L'épiderme ou l'épithélium une fois enlevé, les germes infectieux, les microbes spécifiques pénètrent dans les réseaux des papilles et l'inflammation se déclare.

En effet, l'origine virulente n'est plus discutée et, bien avant les recherches de Pasteur, beaucoup admettaient la possibilité de l'inoculation et de la contagion de la lymphangite; l'insertion sous le derme de substances septiques au cours d'une dissection ou d'une autopsie, toute l'histoire des piqûres anatomiques témoigne dans ce sens. Jules Roux, d'autre part, a vu se développer une véritable épidémie d'angioleucite sur les marins du *Montebello* où déjà régnait le typhus; avant lui et après lui, nombre de cliniciens ont signalé la plus grande abondance des lymphangites dans les services hospitaliers où sévissaient l'érysipèle, l'infection purulente, les fièvres puerpérales, les septicémies de toutes sortes.

L'existence d'une plaie n'est pas toujours nécessaire pour que la lymphangite apparaisse, et Le Dentu, Terrier, d'autres encore ont vu des inflammations des troncs ou des réseaux survenir sans solution de continuité des téguments. Il est probable que le microbe, introduit par les muqueuses respiratoires ou digestives altérées, roule déjà dans le sang et que l'infection a eu lieu de dedans en dehors. Ces faits ne s'observent que lorsque le malade vit au milieu de foyers septicémiques, dans les casernes, les hôpitaux encombrés, ou lorsque son organisme affaibli, surmené, en proie à quelque dyscrasie profonde, est devenu, pour les germes, un « terrain de culture » particulièrement approprié. Ne sait-on pas que cette affection se développe plus fréquemment chez les diabétiques et les alcooliques?

Anatomie pathologique. — Elle est encore assez peu avancée et l'on n'a guère étudié que les altérations des gros troncs, l'angioleucite dite *trajective* ou *tubulaire* ou *ascendante*; l'angioleucite *réticulaire* se confondrait vraisemblablement avec l'érysipèle; Jala-

guier et Quénu ont retrouvé la même dermite, caractérisée par la même diapédèse, la même pénétration des globules blancs dans les lacunes et les capillaires lymphatiques, la même prolifération des cellules fixes, avec cette différence toutefois que la dermite de la lymphangite serait plus intense dans la couche papillaire, tandis que la dermite érysipélateuse atteindrait primitivement et avec plus d'intensité les couches profondes du derme.

Dans la lymphangite *trajective*, les vaisseaux blancs, nous disent Cornil et Ranvier, sont dilatés tantôt par une lymphé coagulée, presque transparente, tantôt par un exsudat composé de fibrine et de corpuscules de pus et bien étudié par L. Championnière dans la lymphangite utérine; l'endothélium est gonflé, desquamé, proliféré; les parois épaissies, rouges par dilatation des vasa-vasorum, sont infiltrées de leucocytes et de cellules embryonnaires; l'inflammation s'étend au tissu cellulo-adipeux parcouru par les lymphatiques; ce tissu s'indure et fait corps avec le vaisseau, qui forme un cordon résistant, noueux et assez gros pour être perçu, sous les téguments, par le doigt du chirurgien. Parfois on trouve de petits foyers purulents, de véritables abcès miliaires qui peuvent se réunir et former des collections abondantes.

Le liquide purulent qui distend les troncs lymphatiques et forme parfois, entre deux valvules, une sorte de lac, s'arrête au niveau des ganglions; cependant on a vu des cas où le pus franchit cet obstacle et se trouve dans les lymphatiques efférents, d'où il peut être déversé dans le canal thoracique. S'arrête-t-il en ce point, ou par son passage dans le sang va-t-il provoquer une infection purulente? Monneret affirme qu'on n'a jamais trouvé d'abcès métastatique. La question n'est pas résolue: tantôt, à la suite d'une lymphangite, on a observé des symptômes de pyohémie, mais sans pratiquer l'autopsie, et tantôt l'examen nécropsique a eu lieu; mais avec l'inflammation des vaisseaux blancs on constatait de la phlébite qui pouvait bien être le point de départ des infarctus.

Symptômes. — La lymphangite aiguë est *superficielle* ou *profonde* et, comme nous l'avons déjà vu, la première est elle-même *réticulaire* ou *trajective*, selon qu'elle atteint les réseaux d'origine ou les gros troncs. Ces variétés diverses, il est vrai, peuvent coexister ou se succéder.

L'angioleucite *réticulaire* naît le plus souvent sur les bords d'une

petite plaie qui devient douloureuse et rouge; la sécrétion purulente se tarit, et bientôt apparaissent des lignes ondulées d'un rose vif qui ne tardent pas à se confondre et à former des plaques sans relief appréciable et sans gonflement œdémateux bien net; parfois se détachent à leur pourtour quelques traînées rougeâtres, distinctes les unes des autres, et qui marchent parallèlement vers la racine du membre; ce sont des troncs enflammés qui gagnent la pléiade ganglionnaire, toujours engorgée et tuméfiée comme dans l'érysipèle. Au bout de quelques jours les plaques s'effacent et tous les signes d'inflammation se dissipent, rougeur, chaleur, douleurs cuisantes, non sans avoir pu laisser dans le derme quelques petits abcès dont la cavité se comble bien vite après l'évacuation du pus.

Cette lymphangite se développe surtout dans les points riches en vaisseaux blancs; elle n'a pas toujours une solution de continuité de la peau comme lieu d'origine, et c'est cette forme que Le Dentu a vue apparaître sur les téguments intacts. En général les phénomènes généraux qui l'accompagnent sont sans gravité, et les cas sont rares où un frisson violent, une fièvre vive, une courbature intense, des troubles gastriques et cérébraux marquent les premières périodes de son envahissement. On cite des faits où, à la suite de piqûres anatomiques, l'inflammation a procédé par poussées successives, puis a pris une marche chronique.

L'angioleucite *trajective* ou *ascendante* est celle qui frappe les gros troncs lymphatiques; elle est fréquente et d'autant mieux connue qu'on ne peut la confondre, comme on le fait parfois de la précédente, avec les plaques érysipélateuses. Ordinairement elle se développe à l'occasion d'une perte de substance des téguments, mais, souvent, assez loin de la plaie et séparée d'elle par un intervalle de peau saine. Elle se caractérise par des lignes d'un rouge vif qui suivent le trajet connu des vaisseaux lymphatiques; ces lignes marchent à peu près parallèlement vers les ganglions de la racine du membre qui sont enflammés; entre les stries rouges, la peau n'est pas blanche, mais rosée; sa teinte peut même s'accroître assez pour que la coloration devienne diffuse et qu'un examen attentif soit nécessaire pour y distinguer les lignes plus sombres marquées par les troncs des vaisseaux blancs.

Du moins le doigt peut les percevoir, et la palpation fait découvrir, sous la peau, des cordonnets irréguliers, noueux; ce sont les troncs

lymphatiques dilatés par le pus et adhérents aux tissus voisins épaissis. Les téguments, à leur niveau, sont chauds, douloureux, tendus; un œdème plus ou moins intense les soulève, provoquant l'oblitération des lymphatiques et l'arrêt des phénomènes d'absorption; parfois apparaît un semis de petits îlots érysipélateux, de petites plaques rouges d'une durée très éphémère. Les symptômes généraux, nuls ou presque nuls d'habitude, sont quelquefois fort graves; un frisson violent marque leur début, puis éclatent des phénomènes ataxiques ou ataxo-adiynamiques d'une telle violence que le malade peut être emporté dès les premières périodes de l'intoxication, surtout s'il s'agit d'individus épuisés, surmenés, dyscrasiques.

L'angioleucite *profonde* est plus difficile à reconnaître et se confond facilement avec un phlegmon diffus: on note cependant une douleur vive sur le trajet des lymphatiques, un engorgement des ganglions correspondants, un œdème du membre, un empatement profond; au bout de trois ou quatre jours, surviennent à la peau une rougeur diffuse, des plaques irrégulières parfois à peine marquées ou même des stries en lignes parallèles, une véritable lymphangite superficielle; la lymphangite est alors *double*, comme dit Follin; le diagnostic est confirmé.

Les différentes formes de la lymphangite peuvent se terminer par *résolution*, et c'est le cas le plus fréquent; les plaques ou les stries s'effacent peu à peu; la peau se sèche en ce point, se desquame et, sauf les ganglions dont l'engorgement persiste assez longtemps, tout rentre bientôt dans l'ordre. La *suppuration*, pour être plus rare, s'observe encore; elle est parfois superficielle et les abcès se collectent dans l'épaisseur du derme lorsqu'il s'agit de lymphangite réticulaire; mais les gros troncs sont atteints, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané que s'amasse le pus; le phlegmon n'est pas toujours circonscrit; il se diffuse et l'on signale de vastes décollements, une mortification étendue. Enfin la *phlébite*, l'*érysipèle* et même l'*infection purulente* sont notées parmi les complications de l'angioleucite.

Jalaguiet a récemment appelé l'attention sur une lymphangite à forme *gangréneuse* qui se montre chez les vieillards, les surmenés, les affaiblis et chez les alcooliques. Après une première période d'inflammation franche, qui varie de un à dix jours, d'énormes phlyctènes apparaissent sur les plaques rouges; elles renferment un liquide tantôt roussâtre et sanguinolent, tantôt séreux et ténu; la

bulle se rompt et on trouve, étalée sur la couche papillaire, une exsudation fibrineuse, une couenne véritable; au-dessous, la trame du derme est déjà mortifiée et on voit de petites taches d'un blanc grisâtre ou d'un noir jaunâtre qui restent isolées ou se fusionnent en une large plaque de sphacèle; on en a signalé d'une coloration absolument blanche, d'un blanc de lait. Mais quelle que soit leur teinte, elles deviennent sèches, résistantes et ne tardent pas à se momifier.

Cette gangrène, qui s'accompagne souvent de phlegmons circonscrits ou diffus, est le résultat d'une dermite intense dont les désordres sont surtout accusés dans la couche papillaire; les couches profondes sont moins malades et ne semblent atteintes que secondairement; c'est une complication extrêmement grave; sur 12 malades observés par Jalaguiet, 6 ont succombé, 2 le septième jour, au milieu d'accidents ataxo-adiynamiques, 3 du dix-septième au quarante-deuxième jour, par suite d'altérations viscérales; le sixième au cinquième mois, d'hémorrhagie cérébrale. Les indications thérapeutiques sont très bornées; on n'intervient avec énergie que si l'on assiste au développement d'un phlegmon diffus; la cautérisation avec le fer rouge peut seule enrayer le mal.

Diagnostic. — La lymphangite réticulaire présente les plus grandes analogies cliniques et anatomo-pathologiques avec l'*érysipèle*: la distinction est souvent impossible pour peu qu'on trouve des plaques rouges, sans rebords nets, sans bourrelets, sans limites précises. L'*érythème simple* diffère de la lymphangite par la coloration uniforme, sans apparence de réseau; par l'absence de réaction fébrile. L'*érythème noueux* offre, comme son nom l'indique, des élevures arrondies, lie de vin, rouge sombre; on constate souvent, en même temps que lui, des manifestations rhumatismales.

La lymphangite *trajective* ne présente guère de difficultés lorsqu'elle est superficielle, et des stries rouges, des cordons irréguliers et noueux qui aboutissent aux ganglions engorgés suffisent à faire reconnaître la maladie; mais lorsque l'angioleucite est profonde, des erreurs peuvent être commises; le phlegmon *circonscrit* et le phlegmon *diffus* seront d'autant plus difficiles à distinguer que parfois ils sont la conséquence d'une lymphangite. La *phlébite* se caractérise par un cordon plus volumineux, dû à la coagulation du sang dans la veine et à l'inflammation des tissus circonvoisins; il s'agira d'ailleurs d'un vaisseau dont le trajet est connu; les ganglions lymphatiques

ne seront engorgés que s'il existe en même temps angioleucite et phlébite.

Pronostic. — Les lymphangites qui succèdent à certaines piqûres anatomiques, aux inoculations, pendant une autopsie, de péritonite puerpérale ou d'infection purulente, ont une gravité particulière, et les malades peuvent être emportés en quelques jours au milieu de phénomènes ataxo-adiynamiques. La même marche foudroyante a été observée dans ces sortes d'épidémies où l'angioleucite éclate dans des foyers infectés déjà par la pyohémie, l'érysipèle, les septicémies de toutes variétés. Enfin l'inflammation des troncs ou des réseaux qui apparaît tout à coup, sans cause bien appréciable, au cours de quelques maladies générales, a de même une redoutable signification et la mort la suit de près. Mais, à côté de ces formes, la lymphangite inflammatoire est fort bénigne en somme et, pour peu que l'individu atteint soit bien portant d'habitude, sans déchéance organique ni tare viscérale, une guérison rapide est de règle. Certaines complications se présentent parfois, les unes assez légères, comme de petits phlegmons circonscrits, d'autres plus graves, comme des phlegmons diffus, des arthrites dans les jointures sous-jacentes, ainsi que Verneuil et Bradley en ont cité des exemples.

Traitement. — Il sera surtout prophylactique et, depuis l'emploi des méthodes nouvelles, les cas de lymphangite opératoire ont presque disparu. Restent les inflammations qui, chez les gens peu soigneux, succèdent aux écorchures et aux irritations de toute sorte du tégument externe. Celles-là seront arrêtées par les *bains antiseptiques permanents* ou longtemps continués; aux membres supérieurs leur application est des plus simples; aux membres inférieurs, on devra les remplacer par des *pulvérisations phéniquées*. Des compresses de tarlatane imbibées de liqueur de Van Swieten et recouvertes d'une toile imperméable entoureront les parties malades dans l'intervalle des bains ou des pulvérisations, et ce traitement donnera les meilleurs résultats.

Aussi les anciens *cataplasmes*, les onctions d'*onguent mercuriel*, si vantés autrefois, les *grands vésicatoires*, la *glace*, les *irrigations continues* sont-ils abandonnés; nous en dirons autant de la *compression* méthodique préconisée par Velpeau. Elle pourrait rendre quelques services lorsqu'il existe un œdème étendu et qui tarde à se résoudre, mais il faudra prendre des précautions minutieuses, car,

mal exécutée, la compression provoque des accidents. S'il existe des abcès, des suppurations diffuses, on aura recours au débridement. Enfin le traitement général ne sera pas oublié; mais ses indications devront beaucoup varier suivant la forme nettement septique ou franchement inflammatoire que la lymphangite revêtira.

III

LYMPHANGITE CHRONIQUE.

Cette maladie est des moins connues : il semble ressortir des recherches de ces quinze années que des poussées successives de lymphangite et d'érysipèle ont pour conséquence un œdème persistant de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; elle serait la cause la plus ordinaire de l'éléphantiasis des Arabes.

IV

VARICES LYMPHATIQUES.

Cette affection, que l'on nomme encore *lymphangiectasie* ou *angiectasie*, est fort rare dans nos climats; elle est assez mal décrite et, depuis Breschet, qui nous a donné sur ce sujet les premières notions un peu précises, nombre de points restent obscurs malgré les recherches de Demarquay, de Michel, de Desjardins, de Binet, de Vignier, les articles de Potain et de Le Dentu dans les dictionnaires en cours de publication.

Anatomie pathologique. — Les dilatations variqueuses se montrent dans les points où les lymphatiques sont le plus abondants, au pli de l'aîne, à la partie interne des cuisses, au pli du coude, sur la face, aux lèvres, à la langue, au scrotum, à la vulve, à la verge, au prépuce, sur les parois abdominales. On en distingue deux variétés : les *varices des réseaux* et les *varices des troncs*.

Les premières constituent souvent des tumeurs diffuses, assez mal circonscrites, développées dans des tissus épaissis, œdémateux, chro-

niquement enflammés; la peau y est chagrinée, piquetée comme l'écorce de l'orange, et sa surface est recouverte de petites vésicules transparentes, analogues à des grains de sagou cuit; lorsqu'on les déchire, il s'en écoule une substance incolore, un peu salée et qui se coagule spontanément; c'est bien de la lymphe; l'analyse chimique et l'examen au microscope permettent d'en reconnaître tous les éléments. Les injections mercurielles, les recherches histologiques ont montré que les cavités qui contiennent ce liquide sont, tantôt des lacunes étroites et allongées, tantôt des diverticules en doigts de gant, des ampoules plus ou moins élargies, nées des lymphatiques du derme ou du chorion muqueux, des papilles hypertrophiées et œdémateuses. Les travaux de Virchow, de Renaut de Lyon, de Variot ne semblent-ils pas prouver que l'éléphantiasis des membres et du scrotum, la macrochilie et la macroglossie ne sont, en définitive, que le résultat d'une ectasie des réseaux lymphatiques?

Les secondes, les *varices des troncs*, peuvent compliquer les varices des réseaux ou exister seules. Tantôt elles se présentent sous forme de cordons moniformes, noueux, à parois indurées ou assez minces pour laisser passer la lumière; la distension entre deux valvules est telle que le lymphatique semble constitué par une série de vésicules, de ballonnets, de vessies juxtaposées sur le trajet des vaisseaux. Ils aboutissent aux ganglions souvent altérés et dilatés comme eux. Leur calibre peut être considérable, et Sappey cite un cas de Nélaton où l'ectasie cylindroïde avait le volume du petit doigt. Elles se révèlent sous forme de tumeurs arrondies, fluctuantes et mollasses, dépressibles et développées sur le trajet des lymphatiques. On oppose ces varices circonscrites ou ampullaires aux varices diffuses et cylindroïdes.

Étiologie. — Cette affection se rencontre surtout dans les pays chauds, au Brésil, à Bourbon, à Maurice, à Cuba, où l'on observe également la chylurie, l'émission d'urine tenant en suspension des matières grasses. Plusieurs auteurs, Gubler, en particulier, ont assimilé cette chylurie à une lymphorrhagie, interprétation peu en rapport avec l'anatomie qui conteste l'existence des lymphatiques de la vessie. Les varices lymphatiques ont été aussi vues dans nos climats. Elles sont plus fréquentes chez les enfants et les adolescents que chez les adultes, et peuvent même être congénitales. On a invoqué, pour expliquer leur apparition, les traumatismes de toute sorte, les

irritations des ganglions lymphatiques dont l'oblitération aurait pour conséquence une stase : la plus grande obscurité plane encore sur cette pathogénie.

Symptômes. — Une dilatation cylindroïde, des cordons noueux et semblables à de petites outres distendues et transparentes, placées bout à bout dans les varices diffuses, une tumeur molle, dépressible, fluctuante dans les varices circonscrites, dans les varices des réseaux, un œdème dans une peau chagrinée, parsemée de petites vésicules opalines, analogues à des grains de sagou cuit, tels sont les aspects divers que présentent les angiectasies. Parfois la paroi du vaisseau se rompt spontanément ou après un traumatisme, et une lymphorrhagie survient. Le malade de Fetzer vit le liquide s'écouler après une promenade; celui de Demarquay jouait : il se sentit mouillé, et aperçut des gouttelettes qui perlaient sur la cuisse; celui de Desjardins provoquait lui-même l'issue de la lymphe par une piqûre.

La lymphe, dans certains cas, est laiteuse et blanche, grâce aux particules graisseuses qu'elle tient en suspension; ainsi s'expliquent ces cas bizarres publiés comme des « galactocèles » de l'aine, de la paroi abdominale ou du scrotum. D'autres fois, du sang s'est échappé de la plaie, et le malade de Desjardins, en proie à la fièvre causée par un coup de soleil, s'étant ouvert une varice lymphatique, provoqua d'abord une lymphorrhagie, puis une hémorrhagie. C'est un des faits sur lesquels s'appuie Sappey pour admettre la communication directe des capillaires lymphatiques et sanguins. La quantité de liquide qui s'écoule peut être énorme et dépasser plusieurs livres en un jour; on a noté, comme conséquence, des troubles anémiques profonds, des palpitations, des éblouissements, des faiblesses, des tendances à la syncope.

L'évolution de ces varices est fort obscure; on suppose qu'elles restent stationnaires ou qu'elles s'accroissent, atteignant les ganglions qui s'hypertrophient, le canal thoracique qui se dilate. La lymphangite, dit Le Dentu, est fort redoutable, et l'on cite un fait d'Amussat où une angiectasie de l'aine, prise pour une hernie, fut comprimée par un bandage; la fièvre s'allume, le délire éclate et le malade meurt au milieu des phénomènes de l'infection purulente. Verneuil insiste beaucoup sur le danger des ponctions exploratrices dont il faut absolument s'abstenir; mais, pour les varices superficielles, le diagnostic est facile, surtout lorsqu'il y a lymphorrhagie; l'examen

du liquide qui se coagule spontanément ne saurait laisser le moindre doute.

Traitement. — Il n'est guère soumis à des règles précises : on a pratiqué l'excision de la tumeur quand celle-ci est circonscrite, les injections coagulantes, dans les varices cylindroïdes; on a recours à la compression, surtout s'il y a effusion de lymphes; dans des cas de lymphorrhagie, on a cautérisé l'orifice.

V.

LYMPHANGITES VÉNÉRIENNES. — INFILTRATIONS NÉOPLASIQUES.

Le chancre mou ou chancelle provoque souvent une inflammation des vaisseaux blancs de la région infectée, la *lymphangite chancreuse*; c'est surtout au pénis qu'on l'observe, aussi renvoyons-nous, pour son étude détaillée, au chapitre consacré aux affections des voies génitales. Nous dirons seulement que cette inflammation, d'allure très rapide, peut déterminer l'apparition d'abcès multiples dont le pus est inoculable; son insertion dans les tissus a pour conséquence le développement d'un nouveau chancre. Le chancre dur provoque la *lymphangite syphilitique*; ici l'inflammation est chronique et la suppuration exceptionnelle : la description en sera faite avec celle des accidents de la vérole.

L'*infiltration tuberculeuse* était bien connue des anciens observateurs et l'on avait vu les tissus lymphatiques qui émergent de foyers caséux, dilatés par une substance molle, puriforme, en pleine régression granulo-graisseuse. Plus récemment, Lannelongue a étudié les gommes développées sur le trajet des lymphatiques dont les radicules naissent au niveau d'un os ou d'une articulation malades. Des collections froides s'étagent parfois le long des troncs qui se dirigent de la périphérie vers le centre; elles s'ouvrent et donnent naissance à un abcès tuberculeux.

Les *infiltrations cancéreuses* ne sont pas rares dans les tumeurs épithéliales et carcinomateuses, et l'on sent quelquefois les cordons indurés qui les caractérisent entre le foyer primitif et les ganglions engorgés secondairement : par exemple, entre la mamelle et la région axillaire; Troisier les a étudiées dans les lymphatiques

superficiels du poumon. D'après Debove, leur développement serait dû, non à la greffe sur les parois du vaisseau d'un fragment de tumeur emporté par la lymphe, mais à une prolifération de l'endothélium lymphatique. Nous avons observé un bel exemple de ces dégénérescences carcinomateuses sur les lymphatiques du cordon dans un cas de tumeur maligne des testicules : les vaisseaux infiltrés étaient durs, noueux, distendus par les cellules polymorphes.

CHAPITRE VII

AFFECTIIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

I

TRAUMATISMES.

Les *piqûres*, les *coupures*, les *contusions*, les *plaies contuses* des ganglions lymphatiques sont fort mal connues, et l'on suppose leurs symptômes plutôt qu'on ne les décrit rigoureusement; les phénomènes qui caractérisent leurs lésions se confondent avec ceux des solutions de continuité des parties molles environnantes. On a parlé, cependant, d'une lymphorrhagie plus ou moins abondante qui se révèle dès que l'écoulement sanguin primitif est tari; cet épanchement incessant s'opposerait à la réunion des tissus et la cicatrisation en serait fort retardée. Du reste, il n'y aurait aucune indication thérapeutique spéciale, ces traumatismes devant être traités comme des traumatismes simples.

II

INFLAMMATION AIGÜE.

L'inflammation franche des ganglions se nomme *adénite* ou *lymphadénite aiguë*. Elle complique toujours l'angioleucite, mais la