

un peu de lymphangite tronculaire. La teinte des plaques varie du rose pâle au rouge vineux.

La *lymphangite réticulaire* s'accompagne toujours d'un léger œdème de la peau; l'œdème est localisé aux plaques dans les lymphangites des membres, il est beaucoup plus étendu dans les régions où la peau est doublée d'un tissu cellulaire lâche, comme les paupières, le dos de la main, la verge chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme.

Quelquefois les plaques rouges se couvrent de petites phlyctènes comme dans l'érysipèle, nous savons d'ailleurs que c'est le même élément microbien qui entre en jeu. Nous insisterons, au point de vue clinique, sur la précocité de l'adénite douloureuse; la douleur est surtout constituée par une cuisson qui est plus vive au début de la lymphangite.

On peut observer d'autres plaques rouges analogues à celles qui avoisinent la plaie, soit sur le trajet de légères traînées rougeâtres, soit absolument isolées. Savart et Fauvel ont signalé chacun un cas de lymphangite simulant l'érythème scarlatineux puisqu'elle ne s'accompagnait ni de traînées, ni d'arborisations, et qu'elle finit par une large desquamation. Chassaignac rapporte un cas de lymphangite réticulaire généralisée.

Mais telle n'est pas la marche ordinaire de la lymphangite réticulaire; elle s'accompagne le plus souvent de lymphangite tronculaire. Rappelons ici que le panaris n'est qu'une lymphangite réticulaire diffuse.

II. *Lymphangite tronculaire*. — La lymphangite tronculaire est caractérisée cliniquement par des traînées rouges dessinant le trajet des lymphatiques et aboutissant aux ganglions enflammés.

Période d'état. — Trois grands symptômes la dénotent, rougeur en traînées, engorgement ganglionnaire, fièvre.

1° *Rougeur en traînées*. — Parfois c'est une simple bande rouge qui s'étend depuis la plaie jusqu'au groupe ganglionnaire voisin; le plus souvent ce sont plusieurs bandes onduleuses, plus ou moins espacées ou entrecroisées selon les lymphatiques atteints. Ces bandes rouges, toujours plus larges que le lymphatique enflammé qu'elles représentent, peuvent se réunir par places pour ne former qu'une large plaque érythémateuse, elles peuvent s'accompagner de lymphangite réticulaire de voisinage.

Ces traînées peuvent ne former qu'un léger relief à la surface de la peau, comme on peut s'en rendre compte en regardant obliquement le membre atteint de lymphangite, ou au contraire constituer de véritables cordons dus surtout à l'empâtement périlymphatique.

La lymphangite en cordons, fréquente dans les affections de la peau (Renaut), plus fréquente encore dans la lymphangite palustre, a été bien étudiée par Chassaignac et Lailler. En pinçant un pli de

la peau on sent entre le pouce et l'index un cordon dur, moniliforme, mobile, trop fin pour être une veine; parfois on peut en sentir plusieurs juxtaposés. Il s'en faut de beaucoup que les doigts aient toujours la sensation d'un cordon s'échappant facilement. Quand l'inflammation périlymphatique est intense, il semble que le vaisseau soit plongé dans une gouttière adhérente à la peau. L'empâtement périlymphatique peut s'étendre à deux, trois centimètres et plus du vaisseau enflammé. Lailler a comparé alors la sensation obtenue en palpant ces indurations à celle que produirait un corps solide recouvert d'une étoffe un peu épaisse. L'exploration des traînées lymphatiques est douloureuse.

2° *Adénite*. — L'adénite atteint presque toujours la première chaîne ganglionnaire, plus tard le second groupe ganglionnaire peut être affecté, c'est ainsi que nous voyons souvent pris dans les lymphangites du membre supérieur, d'abord les ganglions sus-épitrochléens, puis les ganglions axillaires, et dans les lymphangites du membre inférieur, d'abord les ganglions poplités, puis les ganglions inguinaux. Mais les ganglions axillaires peuvent être pris sans qu'il existe d'adénite sus-épitrochléenne, les ganglions sus-claviculaires et les ganglions sus-épitrochléens peuvent l'être aussi, sans qu'il y ait adénite axillaire.

3° *Fièvre*. — La fièvre, très intense dès le début (40 à 41°), persiste, avec des rémissions matinales et des exacerbations vespérales; la peau est chaude, le pouls plein, dur, fréquent, la soif vive, le sommeil presque nul. Ces symptômes peuvent être atténués ou exagérés; dans ce dernier cas, le délire et les phénomènes adynamiques prédominent (Velpeau).

Marche. — On peut distinguer la lymphangite *ascendante*, qui est le type ordinaire de la lymphangite, et la lymphangite *rétrograde*.

Les vaisseaux lymphatiques s'enflamment de leur racine vers les ganglions. Mais il existe des cas où l'élément infectieux trouve un obstacle qui le force à rebrousser chemin et à se déverser dans les voies lymphatiques sous-jacentes à la plaie. Roux a signalé des cas de lymphangite rétrograde débutant au niveau de la malléole interne, remontant à la racine de la cuisse pour redescendre vers la malléole externe et les orteils. Terrillon a rapporté (*Progrès médical*, 1874) une autre observation très probante de lymphangite rétrograde, que nous résumerons en quelques mots: fistules lymphatiques de la partie moyenne du bras, section accidentelle des vaisseaux lymphatiques efférents, production d'autres fistules lymphatiques, guérison de ces fistules, poussées de lymphangite à marche descendante vers la main, œdème persistant du bras et de l'avant-bras.

Terminaison. — Les lymphangites peuvent se terminer de différentes façons.

a. *Résolution complète.* — La résolution est la règle. Après quelques jours, une semaine ou plus, la fièvre diminue, la teinte rouge des plaques ou des cordons pâlit, le membre n'est plus semé que de quelques taches espacées qui s'effacent bientôt à leur tour; la douleur a complètement disparu. Parfois, au lieu de pâlir, les plaques lymphangitiques prennent une teinte ecchymotique quelques jours avant leur disparition. Ce phénomène se produit principalement sur les membres inférieurs des variqueux, cette teinte est due chez eux à une extravasation des globules sanguins qui seront ensuite repris par les voies lymphatiques.

Plus souvent la lymphangite se termine par une desquamation, formée de squames beaucoup plus fines que dans la scarlatine et dans l'érysipèle, et surtout appréciables au doigt; d'après Favrel dans la lymphangite réticulaire, la desquamation débute par le centre des plaques, les squames se détachent difficilement, la peau rugueuse donne la sensation d'une peau de chagrin; dans la lymphangite tronculaire, la desquamation paraît après la disparition de la rougeur, il se forme des bandes desquamatives.

b. *Résolution incomplète.* — Parfois la résolution est incomplète; l'adénite ne cède que tardivement ou devient chronique. Certaines lymphangites réticulaires sont sujettes à des poussées successives et répétées qui, à peine éteintes, se rallument; telle est l'*angioleucite réticulaire oscillante* de Chassaignac.

Dans d'autres cas, c'est l'œdème périlymphangitique qui persiste, sous forme soit d'œdème dur, en plaques, soit d'œdème mou de l'extrémité du membre; cet œdème persiste surtout dans les lymphangites à répétition.

c. *Transformation érysipélateuse.* — Les plaques lymphangitiques deviennent plus foncées, de teinte jaunâtre, quelques phlyctènes apparaissent, la plaque s'exhausse vers ses bords et le bourrelet caractéristique de l'érysipèle et parfois cuirré s'étend aux parties saines (Le Dentu). Cette transformation s'explique très naturellement aujourd'hui, puisque le microbe de ces deux affections est le même et qu'Achalme a expérimentalement produit des lésions lymphangitiques et des lésions érysipélateuses en changeant les conditions de culture du microbe.

d. *Suppuration.* — La suppuration dans les lymphangites varie depuis la phlyctène purulente jusqu'aux vastes abcès consécutifs aux phlegmons diffus, en passant par différents intermédiaires.

1° *Phlyctène purulente.* — La phlyctène purulente s'observe sur les plaques de lymphangite réticulaire; l'épiderme se soulève légèrement et la lamelle épidermique, transparente, laisse voir au-dessous d'elle des gouttelettes de pus. Ces phlyctènes purulentes sont à rapprocher du panaris sous-épidermique ou tournoie qui n'est, comme nous l'avons dit, qu'une *angioleucite réticulaire*.

2° *Abcès intradermiques.* — Au lieu d'être sous-épidermiques, les petits abcès lymphangitiques peuvent être situés dans l'épaisseur même du derme et constituer des collections intradermiques de peu de gravité; ce sont là des formes légères de lymphangite suppurée, auxquelles cliniquement on accorde peu d'attention. Il n'en est pas de même des abcès en série que nous allons décrire, et qui font partie du grand tableau clinique de la lymphangite aiguë; aussi leur a-t-on donné le nom d'abcès angioleucitiques proprement dits.

3° *Abcès angioleucitiques proprement dits.* — On donne le nom d'abcès angioleucitiques proprement dits aux abcès sous-cutanés échelonnés le long des troncs lymphatiques. Quand ces abcès sont sur le point de se former on voit les plaques devenir plus foncées, des bosselures indurées se forment qui sont très douloureuses au toucher, le palper révèle la présence d'un noyau dur, arrondi, faisant corps avec la peau; plusieurs bosselures se produisent, soit simultanément, soit successivement. Dans certaines lymphangites ces abcès repullulent continuellement et on peut en compter jusqu'à vingt (Chassaignac), trente et plus (Roux), sur un seul membre.

La suppuration s'établit très rapidement; l'ouverture de la peau se fait en cratère, il s'échappe quelques grammes de pus tantôt crémeux et bien lié, tantôt fluide et lactescent; parfois s'y trouvent mêlés quelques caillots de fibrine et quelques débris de tissu cellulaire sphacélé; la cavité de l'abcès se cicatrise en général rapidement.

Parfois les abcès sont peu nombreux (quelquefois un seul pour une lymphangite étendue), ils se produisent alors au niveau de la confluence des troncs lymphatiques. Ces abcès ne s'ouvrent pas fatalement, quelques-uns se terminent par une induration qui disparaît longtemps après (Favrel).

On a signalé la production de fistules lymphatiques consécutives aux ouvertures des abcès angioleucitiques. Lorsqu'il y a plusieurs abcès en série, c'est le plus inférieur qui est fistuleux; ces fistules, ordinairement peu sérieuses, se ferment en général après huit à dix jours.

4° *Phlegmon circonscrit périlymphangitique.* — C'est un des modes de suppuration assez fréquent dans les cas de lymphangite étendue du membre avec œdème. Après avoir fait baigner le membre du malade, on voit au bout de quelques jours l'inflammation se limiter et le membre diminuer de volume en même temps que se circonscrivent une ou deux collections fluctuantes; on les incise, et la lymphangite est guérie.

5° *Phlegmon diffus.* — La suppuration, au lieu de se collecter, peut s'étendre en nappe le long des gaines périlymphatiques, décoller les tissus qui se sphacèlent et prendre alors véritablement l'aspect des suppurations du phlegmon diffus panniculaire de Chassaignac. C'est ce que Le Fort appelait l'*angioleucite phlegmoneuse diffuse*.

B. LYMPHANGITE PROFONDE. — La lymphangite profonde, étudiée par Roux (1842, 1849), Favrel (1844), Dolbeau, Chevalet, succède assez souvent à la lymphangite superficielle ; mais elle peut se produire d'emblée et c'est cette lymphangite profonde d'emblée qui cliniquement diffère de la précédente.

Début. — Le début de la lymphangite profonde est assez vague, une douleur plus ou moins vive existe sur le trajet des lymphatiques profonds, la pression à ce niveau est très douloureuse, l'exploration permet parfois de sentir un empatement profond et un engorgement ganglionnaire, engorgement très important à constater au point de vue du diagnostic, quelquefois il existe de l'œdème du membre, la peau a sa coloration ordinaire, la fièvre est vive (40°).

Période d'état. — Après un ou deux jours apparaissent sur la peau quelques plaques d'un rose pâle uniforme et d'aspect érysipélateux ; assez souvent quelques traînées de lymphangite superficielle se dessinent, c'est alors la *lymphangite double de Follin*. Quand la lymphangite profonde suppure, elle donne lieu à des abcès profonds circonscrits ou au phlegmon diffus profond (typhus des membres de Chassignac). Dans un cas analogue Roux fit la désarticulation coxo-fémorale. Les abcès sous et intramusculaires des membres qui succèdent à des écorchures des extrémités reconnaîtraient comme cause, d'après Dolbeau, une angioleucite profonde.

Formes. — A côté des lymphangites simples, suppurées, profondes, nous décrirons deux formes spéciales : les lymphangites malignes et les lymphangites gangréneuses.

I. LYMPHANGITES MALIGNES. — Elles sont dues soit à une virulence plus marquée ou au nombre plus considérable des bacilles, soit au mauvais état général de l'organisme. Mais elles acquièrent une malignité spéciale surtout par l'association d'autres bacilles. On en décrit cliniquement plusieurs types.

1° Lymphangite septicémique foudroyante. — Elle est caractérisée par l'intensité des phénomènes généraux, hors de proportion avec l'état de la plaie : la fièvre est intense, le délire et l'agitation font bientôt place au coma ; la mort survient tantôt en quelques heures, tantôt en quelques jours. Le professeur Le Dentu a rapporté l'observation d'un individu à qui on avait enlevé un séquestre du premier métatarsien, et qui mourut dans le coma au bout de quelques jours avec une lymphangite de la jambe. Bellamy et Blachez en ont cité des exemples.

2° Lymphangite septicémique rapide. — Elle est caractérisée par la rapidité de la suppuration et par les allures du phlegmon diffus. Bellamy en a rapporté une observation dans laquelle un abcès sous-pectoral apparut dès le lendemain du premier malaise.

3° Lymphangite septicémique lente. — Dans cette variété de lymphangite d'autres bacilles viennent s'associer au streptocoque : alors

s'établit une septicémie lente, révélée par les oscillations thermiques, par l'adynamie et par la production d'abcès à distance. Truc a rapporté l'observation d'un malade qui, à la suite de simples ampoules, eut une lymphangite septicémique dont il mourut.

II. LYMPHANGITES GANGRÉNEUSES. — L'étude des lymphangites gangréneuses a été bien faite par Jalaguier et Quénu.

La lymphangite gangréneuse se rencontre surtout sur le membre inférieur (9 fois sur 12), puis sur le membre supérieur, et sur la verge. On peut distinguer deux stades dans son évolution.

Le premier stade est inflammatoire ; c'est la lymphangite simple ordinaire, cependant les symptômes généraux sont plus graves et précèdent quelquefois les symptômes locaux ; le délire est toujours précoce, les ascensions thermiques sont très élevées, la prostration est profonde. Ce premier stade dure deux ou trois jours.

Le second stade est le stade gangréneux. Il est révélé par la présence soit de petites phlyctènes roussâtres, soit d'une ampoule avec couronne phlycténulaire. Sous la phlyctène existe l'escarre, celle-ci est blanche en général (gangrène blanche de Quesnay). L'escarre blanche et sèche est la forme habituelle de cette gangrène ; elle peut cependant être foncée, couleur feuille morte ou même noire. Elle a ordinairement l'aspect d'une plaque circulaire, reposant sur un derme rouge et piqueté. Elle est presque toujours superficielle, comme le prouve l'exploration ; si on enfonce en effet une épingle dans l'escarre, la douleur apparaît à quelques millimètres de profondeur ; la sensibilité existe à un demi-millimètre du contour périphérique de la plaque sphacelée. Exceptionnellement la plaque gangréneuse s'étend sur de larges surfaces.

La partie mortifiée se détache peu à peu, soit qu'elle n'ait abrasé que la couche superficielle du derme, soit qu'elle ait détruit toute l'épaisseur de celui-ci. Après la chute de l'escarre, on constate un ulcère creusé parfois en forme de puits. Des abcès peuvent aussi se former sous les escarres. La guérison survient ordinairement dans ces cas après un temps plus ou moins long ; la terminaison est au contraire presque toujours fatale quand la lymphangite donne lieu à un phlegmon diffus.

Jalaguier avait distingué trois variétés de lymphangite gangréneuse :

1° Une variété très grave, due à la marche extensive de la gangrène et à l'intensité des phénomènes généraux ;

2° Une variété grave où l'état général est profondément atteint, mais où la gangrène est localisée ;

3° Une variété bénigne, où le sphacèle est circonscrit et l'état général moins profondément atteint. C'est à cette forme que se rattache la variété de lymphangite réticulaire et funiculaire que Quinquaud a décrite sous le nom d'*œdème angioleucitique aigu*. Avec Achalme nous distinguerons deux variétés de lymphangite gangréneuse, déjà décrites