

par Gosselin au point de vue clinique et qui doivent être maintenues au point de vue anatomo-pathologique : une forme primitive et une forme secondaire. A cette dernière se rattache la lymphangite gangréneuse de Jalaguier et de Quénu.

1° *Forme primitive.* — Cette forme dépend de la structure de la partie lésée; elle tient à une prédisposition locale de certains territoires cutanés. Aussi se produit-elle surtout dans les parties où le tissu cellulaire est très lâche, paupières, scrotum, grandes lèvres, fourreau de la verge. Elle est surtout de cause mécanique et rappelle la gangrène par pression. Elle commence par la partie la plus tendue de la région enflammée et n'a pas grande tendance à s'étendre. Cette forme peut quelquefois apparaître d'emblée et simuler une gangrène spontanée ou même un œdème charbonneux. Ce qui la caractérise, c'est l'extrême distension des tissus et la localisation spéciale de l'infection.

2° *Forme secondaire.* — Cette forme n'a pas de localisation spéciale; elle peut atteindre un point quelconque du territoire cutané. Elle est surtout sous la dépendance de l'état général du malade, brightisme, diabète, alcoolisme, état infectieux. Parfois rien, dans l'état du blessé, ne peut être incriminé comme cause de la complication gangréneuse; on invoque alors une plus grande virulence du streptocoque. Cette forme n'est pas un phénomène du début de la lymphangite comme la précédente (1).

D'autres processus gangréneux peuvent se rencontrer au cours d'une lymphangite, mais ils ne doivent pas porter l'étiquette de lymphangite gangréneuse : ce sont les processus phlegmoneux du phlegmon diffus, les nécroses à distance dues à des embolies cardiaques (Jaccoud et Sevestre).

Complications. — La lymphangite peut, dans son évolution, présenter des complications soit vasculaires, soit séreuses, soit viscérales.

I. Les complications vasculaires se résument dans la phlébite,

(1) Les uns ont voulu voir dans cette forme un trouble d'origine vasculaire (anémie par tension des tissus distendus par œdème); d'autres, Denucé en particulier, se rattachent à la théorie microbienne, symbiose du streptocoque et d'un micro-organisme produisant plus spécialement la gangrène. Tillmanns et Weigert admettent une nécrose de coagulation causée par un ferment. Achalmé attribue aussi cette gangrène à l'action d'une substance toxique et plus spécialement à un ferment. La démonstration histologique est faite d'une substance offrant des réactions microchimiques spéciales et contenue dans l'intérieur des lymphatiques. C'est une substance particulière, fixant le violet de méthyle à la manière de certains microbes. Les lymphatiques de la couche superficielle du derme gardent la coloration violette, comme s'ils étaient remplis de microorganismes; cette couleur violette est fixée sur une substance amorphe, granuleuse, remplissant la cavité des lymphatiques et imbibant la paroi du vaisseau. Dans certains vaisseaux sanguins on peut colorer aussi un réseau fibrineux délicat; cependant on peut affirmer que la lésion des vaisseaux lymphatiques est primordiale et prédominante. Au niveau de l'escarre, les lésions des tissus sont en raison directe de la lésion des lymphatiques. Cette substance spéciale semble jouer le rôle prédominant dans le processus gangréneux.

celle-ci est fréquente dans les lymphangites viscérales et particulièrement dans la lymphangite utérine.

II. Les complications séreuses, signalées par Chassaignac, Verneuil, Nicaise, Serres, Lacoste, sont aujourd'hui bien connues et s'expliquent facilement par l'extension inflammatoire des lymphatiques périarticulaires aux lymphatiques synoviaux, puis à la synoviale elle-même. C'est une véritable *lymphangite de la séreuse*.

Les bourses séreuses le plus souvent atteintes sont la bourse rétro-olécrânienne, la bourse prérotulienne et la synoviale du genou.

L'hydarthrose et l'hygroma séreux peuvent se rencontrer dans les formes légères; l'arthrite purulente et l'hygroma suppuré s'observent surtout dans les formes graves. Les suppurations articulaires consécutives à la lymphangite sont redoutables si l'on n'intervient pas d'une façon précoce. La complication séreuse peut apparaître dès le deuxième ou troisième jour, ou plus tard au moment de la disparition de la lymphangite.

III. Les complications viscérales s'observent dans la lymphangite comme dans l'érysipèle. La plus fréquente de ces complications est la néphrite bien étudiée par Barrette; c'est une néphrite congestive d'après Renaut (de Lyon); elle est due à l'élimination microbienne par le rein. Puis vient l'endocardite secondaire, avec ses symptômes cardiaques.

L'hématurie a été constatée dès le début. L'albuminurie lymphangitique apparaît au deuxième ou au troisième jour; elle acquiert son maximum d'intensité en même temps que la lymphangite, elle peut persister après la guérison.

Pronostic. — Ordinairement la lymphangite est bénigne, mais elle peut revêtir, en raison de son origine infectieuse, des allures excessivement malignes (lymphangite gangréneuse et lymphangite septicémique). La forme de la lymphangite, l'état de l'organisme, les complications qui peuvent naître, sont autant d'éléments dont il faut tenir compte dans le pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de la lymphangite aiguë est ordinairement facile à poser. Cliniquement, elle se sépare des lymphangites chroniques; celles-ci sont, la plupart, des lymphangites noueuses à nodosités indolentes, le plus souvent sans réaction inflammatoire locale quand elles sont franches, tandis que dans la lymphangite aiguë on observe habituellement les signes cardinaux de l'inflammation. Nous ne nous occuperons ici que de la lymphangite aiguë.

1° Lorsque cette lymphangite se manifeste sous forme de plaques (lymphangite réticulaire), il faut la différencier de l'érysipèle et des diverses espèces d'érythème, simple, noueux, paratrimme, pernio, médicamenteux (copahivique, antipyrrique, thapsique, phéniqué, etc.).

L'érythème simple est toujours dû à une irritation extérieure; la plaque est lisse et d'un rouge uniforme s'éteignant peu à peu vers la

périphérie. On n'observe pas, sur les bords, la disposition réticulaire fine qu'un examen attentif révèle au niveau des contours de la plaque de lymphangite réticulaire.

L'*érythème noueux* forme une plaque saillante siégeant dans des régions déterminées; il se rencontre surtout chez les rhumatisants; les nodosités sont d'un rouge sombre et sont bien limitées.

Les *érythèmes médicamenteux* se trouvent encore confirmés par les commémoratifs; outre leurs caractères spéciaux, les érythèmes dus aux pansements faits avec des agents trop irritants (acide phénique, essence de verveine, sublimé, etc.) s'accompagnent ordinairement de petites vésicules excessivement fines et serrées, qui ne laissent aucun doute sur la cause de leur production.

La *plaque érysipélateuse* franche se distingue nettement de la plaque lymphangitique; la première présente un bord saillant festonné, se dessinant en forme de bourrelet, la rougeur est uniforme, l'empreinte par pression digitale est jaunâtre; la seconde offre un bord irrégulier et de niveau avec le plan cutané voisin, la rougeur est finement marbrée, l'empreinte digitale est blanchâtre; mais les plaques érysipélateuses peuvent devenir lymphangitiques et réciproquement, l'érysipèle et la lymphangite étant étroitement liés l'un à l'autre.

2° Quand la lymphangite se révèle sous forme de traînées rougeâtres, la confusion ne peut guère être faite qu'avec la *phlébite superficielle*; mais dans la phlébite les traînées rouges sont plus régulières, plus rectilignes, correspondent au trajet des veines superficielles et n'aboutissent pas aux groupes ganglionnaires de la région; la phlébite se sent plutôt qu'elle ne se voit (Velpeau), à l'inverse de ce qu'on observe dans la lymphangite.

3° Si la lymphangite se complique de plaque gangréneuse, cette plaque circonscrite sera facile à différencier de l'escarre charbonneuse qu'on observe dans la *pustule maligne*. Cette escarre est entourée d'une première zone vésiculaire caractéristique et d'une seconde zone inflammatoire; d'ailleurs, la marche des deux affections est bien distincte. Les escarres du *phlegmon diffus* sont beaucoup plus étendues que celles de la lymphangite gangréneuse; la rougeur est plus diffuse et l'évolution autre. La *gangrène foudroyante gazeuse* a un tableau clinique qui ne ressemble guère à celui de la forme gangréneuse de la lymphangite.

4° Si la lymphangite aiguë superficielle est facile à diagnostiquer, il n'en est pas de même de la lymphangite profonde. Cette dernière sera souvent difficile à différencier de la *phlébite profonde* ou du *phlegmon profond*; elle est le plus souvent reconnue à la présence des traînées lymphangitiques superficielles et à l'existence de l'engorgement ganglionnaire. Du reste la plupart des phlegmons profonds sont d'origine lympho-ganglionnaire.

L'apparition précoce de phlyctènes fera craindre la gangrène chez

un sujet débilité. Il faut, après avoir posé le diagnostic, surveiller attentivement le blessé pour dépister les complications séreuses, suppuratives, viscérales, qui peuvent survenir, et pour les arrêter dans leur marche.

Traitement. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il se résume en un seul mot : l'antisepsie de la plaie, que celle-ci soit accidentelle ou chirurgicale.

TRAITEMENT CURATIF. — Il consiste à traiter d'abord la plaie, puis la lymphangite.

1° La plaie doit être désinfectée avec le plus grand soin. Il faut commencer par savonner vigoureusement la région, après l'avoir rasée s'il y a lieu, puis la laver avec du sublimé à 1/1000. Il ne faut pas craindre de débrider la plaie et de l'agrandir pour déterger minutieusement toutes les anfractuosités. Le lavage se fait à l'eau phéniquée forte ou au sublimé à 1/1000. S'il y a déjà des abcès, il faut les inciser largement.

2° La lymphangite doit être traitée par la balnéation antiseptique pour les membres, par la pulvérisation antiseptique pour le tronc et la face.

Au membre supérieur il est facile d'employer la balnéation. On se sert, pour cet usage, d'un bassin étroit et long rappelant les poissonnières par sa forme; on y plonge le membre dans une solution antiseptique chaude; la solution qui semble donner les meilleurs résultats est la solution phéniquée (1 p. 300). Le bras y est maintenu pendant une demi-heure environ; on l'entoure au sortir du bain de larges compresses humides trempées dans une solution de sublimé à 1/1000. Une balnéation en quelque sorte continue peut être faite en recouvrant les compresses d'un grand imperméable. Ces bains doivent être répétés au moins deux fois par jour; on a vu des lymphangites au début céder à une balnéation de plusieurs heures. Si la peau supporte mal le sublimé, on peut le remplacer par l'acide borique.

Dans le service de Lucas Championnière, nous avons vu appliquer avec succès l'onguent napolitain sur des lymphangites légères. C'est là un moyen que l'on pourra toujours employer quand il ne sera pas possible de faire de balnéation ou de pansements humides.

Hofmokl (de Vienne) (1886) emploie, dans la lymphangite comme dans l'érysipèle, le traitement suivant, qui lui a donné d'excellents résultats: Il savonne la région malade, la passe à l'alcool, puis applique sur la plaie une compresse de tarlatane imprégnée d'une solution phéniquée à 3 ou 5 p. 100; cette compresse, bien exprimée, recouvre très largement la plaie; d'autres compresses analogues lui sont juxtaposées; puis on recouvre le tout d'un pansement imperméable recouvert d'ouate; quelques tours de bande font une légère compression. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il existe ainsi une sorte de macération phéni-