

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-