

quée de la peau. Hofmokl a vu parfois les urines devenir noires au deuxième ou au troisième jour, ce qui est l'indice d'une intoxication légère, mais il n'a jamais eu d'accidents graves. Quoi qu'il en soit, c'est un traitement qu'il ne faut appliquer qu'avec réserve, surtout chez l'enfant dont la peau est très fine, sous peine de voir se produire des plaques de sphacèle, surtout sur un membre d'une vitalité déjà moindre au point de vue de la résistance cellulaire.

Quant à la méthode de Marloy (1887) et à celle de Hueter (1887), elles ont été trop peu employées pour qu'on puisse les préconiser. La première consiste à imprégner la zone malade d'une solution de perchlorure de fer à 30 p. 100 et à appliquer ensuite des compresses humides de sublimé. Le pansement humide suffisant souvent seul à traiter la lymphangite, on comprend que cette méthode ait été peu usitée. La deuxième consiste à faire le long des vaisseaux enflammés une seule injection sous-cutanée d'une solution phéniquée à 2,5 p. 100.

TRAITEMENT DES FORMES ET DES COMPLICATIONS. — 1° Quand on se trouve en présence d'une lymphangite d'un membre avec gonflement énorme de celui-ci, gonflement dû soit à l'œdème périlymphatique concomitant, soit à une angioleucite profonde, et lorsque l'état général du malade est grave, il ne faut pas hésiter à faire des incisions profondes alors même qu'on ne constate pas de suppuration. Une femme est entrée dans le service du professeur Le Dentu avec une lymphangite profonde de l'avant-bras, lymphangite post-puerpérale, elle avait en même temps un état syncopal grave; nous fîmes immédiatement trois incisions profondes et étendues qui ne laissèrent échapper que du sang; on lui donna un bain de bras antiseptique et prolongé: dès le lendemain presque tous les accidents avaient cessé et le troisième jour cette femme quittait l'hôpital n'ayant plus que des plaies simples de l'avant-bras.

2° Les lymphangites suppurées doivent être ouvertes, qu'il s'agisse de petits abcès angioleucitiques ou de phlegmons circonscrits.

3° La lymphangite phlegmoneuse diffuse et la lymphangite gangréneuse réclament une intervention beaucoup plus énergique. Souvent les grandes incisions précoces ne suffisent pas à arrêter le processus sphacélique. Il faut endormir le malade s'il n'est pas dans un état comateux trop profond, puis, à l'aide du thermocautère, on fend les escarres et on plonge ce dernier dans toutes les anfractuosités ainsi que le long des traînées lymphatiques. Il faut même dépasser les zones enflammées pour entrer dans les régions saines, de façon à laisser le moins de germes infectieux possible. Des bains ou des pulvérisations sont ensuite employés. Et si le sphacèle s'étend encore, il faut, dès le lendemain, agir de même sur la nouvelle escarre.

4° Dans toutes les lymphangites graves, suppurées, compliquées de phlegmons diffus, gangréneux ou septicémiques, le traitement

général tient une place aussi importante que le traitement local. Il faut avoir recours aux toniques, alcool, quinquina, champagne; on pourra même employer les antithermiques, en particulier le sulfate de quinine. Ce traitement doit être mené de front avec le traitement local.

Dans les lymphangites septicémiques les injections de sérum anti-streptococcique donneraient peut-être de bons résultats.

### III. — LYMPHANGITES VÉNÉRIENNES.

Les lymphangites vénériennes sont de deux sortes: les lymphangites simples et les lymphangites spécifiques.

#### LYMPHANGITES SIMPLES.

Les lymphangites simples sont des lymphangites banales succédant aux ulcérations vénériennes, de quelque ordre qu'elles soient, mais le plus souvent aux ulcérations chancriformes.

La lymphangite blennorragique n'a pas encore été démontrée par la bactériologie. La lymphangite tronculaire ou réticulaire diffuse peut exister dans le cours d'une blennorragie; elle laisse après elle des vestiges de son passage; dans la lymphangite réticulaire il persiste souvent un aspect spécial de la peau de la verge: aspect rugueux, manchon gaufré, parsemé de vésicules ou de phlyctènes; dans la lymphangite tronculaire, la peau est parcourue par des cordons sinueux moniliformes le long desquels se trouvent des bosselures qui, s'ulcérant, ont pu créer, mais rarement, des fistules lymphatiques.

#### LYMPHANGITES SPÉCIFIQUES.

Elles se divisent en lymphangites chancriformes, mieux dénommées lymphangites syphilitiques, et lymphangites chancriformes.

I. **Lymphangites chancriformes.** — Cette lymphangite n'a été observée que 11 fois sur 271 cas (Ricord); 5 fois seulement elle s'est terminée par la suppuration.

Cette lymphangite débute ordinairement au neuvième jour sous forme d'un ruban rouge ou d'un cordon dur, médian et dorsal sur la verge; il s'accompagne toujours d'œdème préputial, parfois un ou plusieurs petits abcès se forment sur son trajet et donnent passage à un pus inoculable comme celui du bubon lui-même.

II. **Lymphangites syphilitiques.** — Elles peuvent apparaître aux diverses étapes de la syphilis, aussi les a-t-on distinguées en lymphangites *primaire*, *secondaire* et *tertiaire*.

a. **LYMPHANGITE SYPHILITIQUE PRIMAIRE.** — Elle s'observe dans un cinquième des cas de chancres génitaux; elle est exceptionnelle dans

les chancres extragénitaux. Fournier et Bassereau en ont signalé chacun un cas, le premier chez une femme ayant un chancre de l'index, le deuxième chez un homme ayant un chancre de la joue.

La lymphangite se présente sous la forme de cordonnets durs, noueux, moniliformes, qui cheminent sur le dos de la verge chez l'homme, et dans l'épaisseur des grandes et petites lèvres ainsi que dans le mont de Vénus chez la femme, et y forment des nodosités. Elle est toujours accompagnée d'œdème; celui-ci peut persister des semaines et des mois.

Vacca Berlinghieri, Bassereau, Picard, Jullien ont signalé des cas de lymphangite primaire suppurée. L'abcès lymphangitique ouvert ressemble à une ulcération chancreuse; l'ulcération repose sur une base indurée, entourée d'une zone couleur lie de vin: c'est le *pseudo-chancere* d'Horteloup. Ces abcès peuvent rester fistuleux pendant un temps très long.

b. LYMPHANGITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE. — Décrite par Bazin, Rollet, Jullien, elle s'observe au cou, à la face interne des cuisses, au membre supérieur, quelquefois sur le tronc; elle est contemporaine de l'adénopathie syphilitique.

Cette lymphangite noueuse et dure est d'une indolence remarquable et se termine toujours par résolution.

c. LYMPHANGITE SYPHILITIQUE TERTIAIRE. — C'est une lymphangite gommeuse pouvant revêtir deux aspects différents; elle apparaît de trois à trente ans après l'infection.

*Première forme.* — *Lymphangite funiculaire.* — Les lymphatiques se présentent sous forme de cordons aplatis, durs, presque cylindriques, noyés dans une gangue scléreuse amenant leur rétraction, d'où souvent l'incurvation latérale de la verge quand il s'agit des lymphatiques pénien.

*Deuxième forme.* — *Lymphangite en plaques.* — La description clinique de cette forme se trouve dans l'observation de Lailler, dans laquelle on remarquait sur la peau une série de plaques saillantes, élastiques, reliées entre elles par un cordon induré et allongé suivant l'axe longitudinal des lymphatiques.

#### IV. — LYMPHANGITE TUBERCULEUSE.

La tuberculose des vaisseaux lymphatiques accompagne fréquemment un grand nombre de tuberculoses viscérales, surtout celles du poumon et de l'intestin. Nous ne nous occuperons que de la *lymphangite tuberculeuse des membres*, la seule qui soit justiciable de l'intervention chirurgicale.

*Historique.* — Andral le premier signala des traînées de fines granulations disposées le long des chylifères au niveau des ulcération tuberculeuses de l'intestin. L'étude de ces lymphangites

mésentériques fut complétée par Carswell, Forster, Virchow.

Hérard et Cornil, Lépine (1870), décrivent les altérations des lymphatiques de la plèvre pulmonaire qui accompagnent la tuberculose du poumon. Enfin Sanchez Toledo (1887) étudie certaines variétés plus rares de lymphangite et d'adénite tuberculeuses en rapport avec la tuberculose pleuro-pulmonaire (1).

L'histoire de la lymphangite tuberculeuse des membres est de date plus récente; elle ne commence qu'en 1870, époque à laquelle Bazin publia le premier cas et en fit déposer le moulage au Musée de Saint-Louis sous l'étiquette de lymphite valvulaire.

Lannelongue, en 1881, émet l'hypothèse de l'origine lymphatique des abcès froids tuberculeux sous-cutanés. Le Dentu rapporte deux observations d'abcès lymphangitiques profonds à marche chronique qu'on peut considérer comme des lymphangites tuberculeuses.

Mais l'observation publiée par Merklen (1885) attira de nouveau l'attention sur la lymphangite tuberculeuse et donna à celle-ci droit de cité dans la science. Depuis lors, de nouveaux cas furent publiés dus à Karg, Leser, Lailler, Morel-Lavallée, Tuffier, Jeanselme, Lejars.

Prioleau (1892) note ses rapports avec la tuberculose osseuse. A la même époque Lejars publie un important travail sur cette affection. Enfin Hallopeau et Goupil (1892) signalent la forme angiectasique. La thèse de Goupil (1892) résume toutes les notions connues.

*Étiologie.* — On sait depuis longtemps que les vaisseaux lymphatiques représentent une des voies principales d'infection de l'organisme par la tuberculose; cependant la dégénérescence tuberculeuse des vaisseaux blancs est très rare aux membres (Le Dentu) (2). La lymphangite tuberculeuse est une affection rare, contrairement à l'adénite de même nature; il semble que la paroi lymphatique soit un milieu peu favorable à la fixation et au développement des bacilles tuberculeux; ceux-ci, charriés par la lymphe, viennent échouer dans les ganglions pour y provoquer les lésions que nous étudierons plus loin.

L'affection a paru parfois se développer sans cause appréciable; sans doute alors la lésion d'origine était déjà cicatrisée ou bien elle était assez minime pour passer inaperçue.

Le plus souvent elle survient à la suite d'une inoculation accidentelle, piqûre, plaie simple mal soignée, tatouage, piqûre d'amphi-

(1) LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1880. — WEICHELBAUM, *Wien. med. Wochenschr.*, 1884. — BIRSCH-HIRSCHFELD, *Lehrbuch der path. Anat.*, 1887. — SANCHEZ TOLEDO, thèse de Paris, 1887. — FOURNIER, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1888. — JEANSELME, *Congrès de la tuberculose*, 1888. — MERKLEN, *Ann. de dermat.*, 1888. — R. GOUPIL, De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique, thèse de Paris, 1892. — LEJARS, *Études expér. et clin. sur la tuberculose*, 1892. — PRIOLEAU, *Études expér. et clin. sur la tuberculose*, 1892. — GOUPIL, thèse de Paris, 1892. — STRAUS, La tuberculose et son bacille, Paris, 1895.

(2) LE DENTU, Tuberculoses locales et leur traitement (*Gaz. méd.*, 20 décembre 1890).

théâtre; dans ces cas la lymphangite a toujours été précédée d'une lésion cutanée, véritable chancre tuberculeux; celui-ci affecte ordinairement la forme de tubercule anatomique, ou de tuberculose verruqueuse, ou d'ulcération tuberculeuse. D'autres fois, elle vient compliquer une affection tuberculeuse ancienne de la peau, des parties molles sous-jacentes du squelette ou des articulations: c'est ainsi qu'on l'a observée à la suite de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, du lupus tuberculeux, d'une synovite tuberculeuse fongueuse, de tumeurs blanches, d'ostéite avec fistule (Prioleau) (1); quelquefois à la suite d'une intervention thérapeutique sur la lésion initiale.

On l'observe à tout âge, de préférence chez l'adulte. Le sexe n'a aucune influence.

Les antécédents héréditaires font ordinairement défaut. Souvent on retrouve dans les antécédents personnels d'autres tuberculoses atténuées, adénites, tumeurs blanches, ostéites, etc. Parfois même cette lymphangite survient au cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée dans son évolution. Mais il n'en est pas toujours ainsi et elle frappe aussi des individus forts, robustes, d'une bonne santé habituelle.

Elle siège à peu près aussi souvent aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs et est ordinairement localisée à un d'entre eux; rarement elle atteint les deux membres symétriques.

**Anatomie pathologique. — Pathogénie.** — L'anatomie pathologique de la lymphangite tuberculeuse chirurgicale est peu connue et se déduit surtout des travaux faits sur la tuberculose lymphatique viscérale.

Les lymphatiques sont noueux, blancs ou blanc jaunâtre, durs et résistants, remplis d'une matière tuberculeuse blanche ou jaunâtre et opaque. Leur cavité peut être oblitérée par un réticulum ou des masses vitro-caséuses. La présence de ces masses interceptant le courant lymphatique peut empêcher ou retarder la généralisation infectieuse. Dans un cas de Hallopeau et Goupil, le calibre était considérablement élargi et le vaisseau avait l'aspect du tissu caverneux. Les parois sont épaissies et infiltrées de granulations tuberculeuses qui, souvent font saillie à leur surface.

Cornil et Ranvier y ont retrouvé toutes les phases du développement des granulations tuberculeuses. D'abord les vaisseaux sont remplis de cellules: les unes sont des cellules lymphatiques ordinaires, les autres proviennent vraisemblablement de l'endothélium; la paroi est infiltrée de nombreux éléments embryonnaires (fig. 19). Puis ces cellules, groupées dans la paroi, forment des granulations plus ou moins espacées sur le trajet des vaisseaux.

(1) Ces faits s'expliquent par les analogies physiologiques et anatomiques de la moelle osseuse et du tissu lymphatique. La moelle osseuse, comme tout le système conjonctif, « est un territoire du système lymphatique » (MAUCLAIRE).

La périlymphangite tuberculeuse accompagne ordinairement ces lésions; les cellules embryonnaires envahissent le tissu conjonctif voisin dans une étendue plus ou moins grande; elles y forment aussi des granulations plus ou moins volumineuses qui s'unissent par places à celles de la paroi lymphatique pour constituer des nodules plus ou moins volumineux; ceux-ci plus tard se nécrosent à leur centre et se comportent comme des abcès froids. On y trouve de nombreux tubercules avec leur cellule géante et leurs cellules épithélioïdes. Dans l'intervalle des masses tuberculeuses, le tissu conjonctif est fortement infiltré de cellules embryonnaires à noyaux très vivement colorés. (Dubreuilh et Auché). Les nodules semblent siéger de préférence au niveau des valvules (lymphite valvulaire de Bazin).

Le bacille tuberculeux est l'agent de ces lésions. Karg a trouvé des bacilles tuberculeux très disséminés sur les coupes des nodules. On les a retrouvés dans le pus ou dans la sérosité qui s'écoule après l'ouverture de ces derniers nodules; ils sont ordinairement peu nombreux, quelquefois plus multipliés, mais toujours de faible virulence. Dans un certain nombre de cas, ils étaient associés au streptocoque ou au staphylocoque.

En somme, la tuberculose des vaisseaux lymphatiques des membres a tous les caractères des lésions cutanées dont elle dérive: c'est une tuberculose atténuée, pauvre en bacilles et peu virulente à l'inoculation.

Straus a essayé vainement de reproduire ces tuberculoses cutanées et lymphatiques chez les cobayes et les lapins par voie épidermique, ce qu'il attribue à la texture de la peau si épaisse et couverte de poils des rongeurs.

**Symptomatologie.** — Lejars distingue deux formes principales: une forme tronculaire comprenant un type polynodulaire, un type paucinodulaire, les gommés et abcès froids d'origine lymphangitique; et une forme réticulaire subdivisée en forme lupique et forme lymphangiectasique.

Nous adopterons la division de Goupil en quatre groupes, et nous étudierons: 1° un type en cordon ou moniliforme; 2° un type à foyers isolés; 3° un type angiectasique; 4° un type réticulaire.

La lymphangite apparaît tantôt quelques jours après l'inoculation,

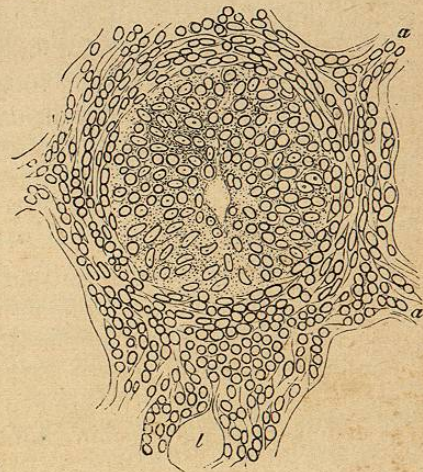


Fig. 19. — Lymphangite tuberculeuse.

tantôt plusieurs mois et même deux ans après le début de la lésion initiale.

A. TYPE EN CORDON, MONILIFORME, OU POLYNODULAIRE EN SÉRIES DE LEJARS (*forme tronculo-noueuse* de Morel-Lavallée). — C'est la forme classique et la mieux connue. Goupil a pu en réunir 13 observations.

On voit apparaître, un peu au-dessus de la lésion initiale, une petite tumeur arrondie, dure, rénitente, mobile sous la peau qui est saine à ce niveau. Cette tumeur est ordinairement indolente, spontanément et à la pression. Elle grossit peu à peu et après un temps variable devient adhérente aux téguments qui sont rouges ou rouge violacé; elle est alors un peu douloureuse. Puis son centre se ramollit, elle devient fluctuante, soulève la peau qui s'amincit, et enfin s'ulcère.

Tandis qu'elle évolue ainsi à la façon des gommès tuberculeuses, une seconde, puis une troisième tumeurs, suivies de plusieurs autres, apparaissent en séries et à intervalles variables, de l'extrémité du membre vers sa racine, suivant exactement le trajet des vaisseaux lymphatiques. Elles ont toutes une évolution semblable à la première et marquent les étapes successives du bacille. La peau est saine dans l'intervalle des gommès. On trouve de la sorte à un moment donné, le long du membre, une série de nodosités à différents degrés de développement: les plus inférieures sont superficielles, fluctuantes, adhérentes à la peau; les supérieures sont encore dures et mobiles.

Une palpation attentive de la région permet de sentir le *cordons* lymphatique qui relie ces tumeurs l'une à l'autre, comme des grains de chapelet; ce cordon est cylindrique, mais inégal, renflé par places, moniliforme; il roule sous le doigt qui l'explore. Souvent il existe en même temps une périlymphangite, on sent alors une bandelette à contours plus ou moins nets et adhérente aux parties adjacentes, on en perçoit parfois plusieurs reliant deux tumeurs voisines. Les points épaissis du cordon subissent la même évolution que les nodules cutanés, ils font bientôt corps avec la peau, se ramollissent, deviennent fluctuants et s'ouvrent au dehors.

Les ganglions lymphatiques correspondants sont ordinairement atteints de lésions tuberculeuses; mais l'adénite n'est pas une conséquence nécessaire de cette tuberculose lymphatique et on note dans un certain nombre d'observations l'intégrité absolue des ganglions.

Les nodosités sont tantôt intradermiques, tantôt sous-cutanées; leur nombre varie de deux à trois jusqu'à quinze et davantage; elles peuvent former sur le membre, comme les lymphatiques, plusieurs séries verticales. Leur volume varie également de celui d'une lentille à celui d'une noisette, mais on peut en observer du volume d'un œuf de poule ou d'une petite orange.

Les abcès qui siègent au niveau de ces nodosités ont une marche

chronique et tous les caractères des abcès froids. Ce sont de véritables gommès lymphatiques.

Il s'en écoule, après ulcération, un pus mal lié, grumeleux, ou bien une sérosité louche, assez pauvre en bacilles, parfois même on n'en peut déceler aucun.

Leur cicatrisation est lente et la cicatrice reste longtemps vasculaire et bleuâtre. Souvent d'ailleurs, ils sont le point de départ d'ulcérations et de lésions secondaires de la peau. Alors l'orifice ne se ferme pas, les bords s'indurent, se décolent, et il reste une fistule intarissable livrant passage à une sérosité grisâtre plus ou moins abondante. Parfois, autour de cette fistule, la peau se surélève en forme de cône et la lésion prend l'aspect d'un furoncle vidé de son bourbillon. D'autres fois le pourtour de la fistule se couvre de pustules, devient croûteux et prend l'apparence de syphilides tuberculo-croûteuses (Morel-Lavallée). Parfois enfin la peau s'inocule secondairement autour de ces foyers, et il s'y développe des placards de tuberculose verruqueuse.

B. TYPE PAUCINODULAIRE. — On y retrouve les mêmes nodosités et les mêmes abcès, mais le cordon lymphatique qui les reliait dans le type précédent fait ici complètement défaut; de plus les tumeurs sont moins nombreuses et plus distantes les unes des autres, plus éloignées aussi parfois de la lésion initiale. La tuberculose tend davantage à la diffusion.

C. TYPE ECTASIQUE. — Ce type a été décrit pour la première fois en 1892 par Hallopeau et Goupil. Il est très rare et Goupil n'a pu en réunir que 4 cas (1). Ils siégeaient tous chez des hommes et au membre inférieur. Dans 3 cas sur 4, le point de départ semble avoir été une altération osseuse. D'après Goupil, l'affection débute par une tuméfaction diffuse autour d'une extrémité osseuse; puis on constate des saillies, les unes isolées, les autres disposées en bourrelets plus ou moins volumineux, dont l'aspect rappelle les varicosités de certaines phlébites.

Ces saillies s'ouvrent et donnent issue à un liquide qui offre les caractères de la lymphe pure ou mélangée de pus; cet écoulement peut être très abondant, au point de traverser les pièces de pansement, le drap et même le matelas du malade (Hallopeau et Goupil). Des saillies semblables se développent en série ascendante sur le trajet des lymphatiques. Il s'y ajoute parfois des nodosités gommeuses qui peuvent également s'ouvrir, mais dont l'orifice ne présente pas cette saillie tubéreuse qui caractérise les lymphangiectasies fistuleuses; cet orifice est au contraire ordinairement déprimé. Les parties malades sont tuméfiées et indurées, elles présentent une couleur d'un rouge plus ou moins sombre et violacé. Des indurations se produi-

(1) 2 de Lailler, 1 de Thilesen, 1 de Hallopeau et de Goupil.

sent sur le trajet des lymphatiques qui se présentent sous forme de cordons moniliformes (obs. de Lailler) ou de larges cordes à renflements inégaux (obs. de Hallopeau et Goupil). Mais le caractère le plus remarquable de l'affection est l'existence d'ampoules molles, souvent réductibles, sur le trajet des lymphatiques. Celles-ci sont tantôt des saillies du volume d'une noisette, molles, pseudo-fluctuantes, repo-

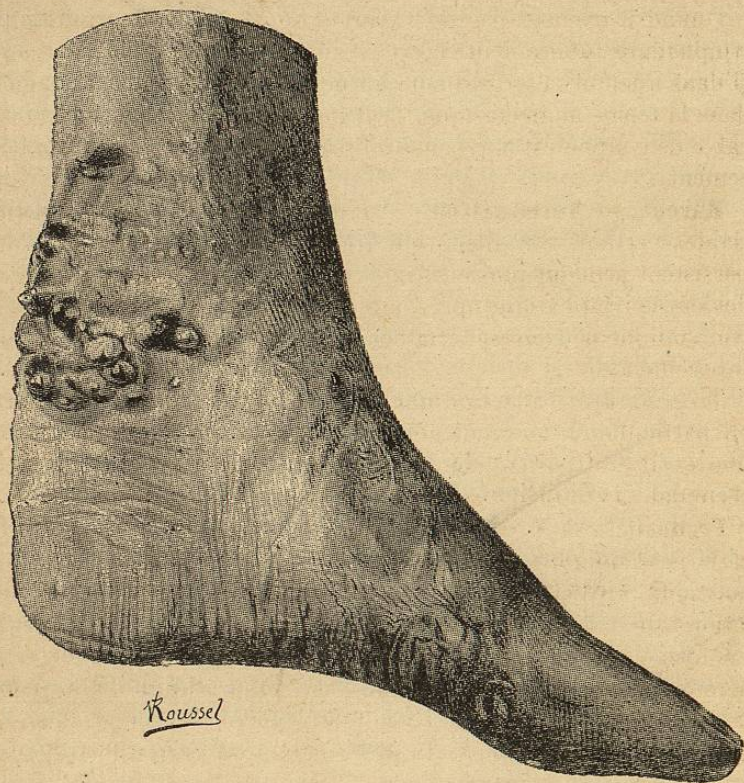


Fig. 20. — Lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse (Musée de l'hôpital Saint-Louis).

sant sur un fond rouge où le stylet pénètre et se meut sans résistance; tantôt des nodosités peu saillantes, du volume d'une lentille, reposant sur une zone violacée, renfermant un liquide séreux, et rangées en traînées irrégulières (fig. 20). On a trouvé dans le pus des tumeurs le bacille de Koch en assez grand nombre, mais de faible virulence. On ne sait pas encore s'il faut attribuer ces lésions à une compression ou une oblitération des vaisseaux par des amas tuberculeux ou au développement de nodules tuberculeux dans leurs parois.

**D. TYPE RÉTICULAIRE.** — Il se traduit par des lésions tuberculeuses de la peau sur le trajet des lymphatiques et sa description se confond

en partie avec celle de la tuberculose cutanée. Dans un cas de Hanot, il s'agit de deux ulcérations tuberculeuses le long des lymphatiques internes de l'avant-bras; dans un autre cas de Jeanselme, c'est une série de petits lupus suivant le trajet des lymphatiques au membre supérieur.

Ces faits sont encore à l'étude et l'origine lymphatique des lésions n'y est pas absolument démontrée.

Quand il n'existe pas de tuberculose viscérale concomitante, la lymphangite tuberculeuse n'éveille aucune réaction générale; à peine si dans quelques cas on a noté un peu d'amaigrissement. Cependant, dans la forme angiectasique, la déperdition d'une quantité considérable de lymphes est une cause puissante de dénutrition et d'affaiblissement.

**Marche. — Terminaison.** — L'évolution est essentiellement variable; certains cas guérissent très rapidement (Merklen); d'autres persistent pendant plusieurs mois. Mais on ne sait pas encore ce que devient le lymphatique après la guérison et si les tubercules d'origine lymphatique peuvent se terminer par sclérose comme d'autres lésions tuberculeuses.

Trop souvent l'affection gagne les ganglions, puis les viscères et en particulier le poumon, entraînant la mort du malade. D'autres fois les ulcérations cutanées deviennent le point de départ d'infections secondaires et la mort survient par septicémie.

**Pronostic.** — Il est relativement bénin, comme le font prévoir et le petit nombre des bacilles et leur peu de virulence. La forme polynodulaire est la plus bénigne, réserves faites au sujet de l'inoculation tuberculeuse possible de la peau autour des orifices fistuleux. La forme paucinodulaire traduit une tendance plus grande à la généralisation du microbe; c'est dans ces cas surtout qu'il faut redouter la tuberculose pulmonaire. Des quatre malades atteints de la forme angiectasique et cités par Goupil, deux sont morts de tuberculose pulmonaire, les deux autres sont sortis guéris de l'hôpital, mais on ne sait ce qu'ils sont devenus.

**Diagnostic.** — Dans sa forme classique (tronculo-noueuse ou polynodulaire en séries) la lymphangite tuberculeuse offre un aspect et une évolution clinique caractéristiques qui permettent de la différencier des autres variétés de lymphangite noueuse, syphilitique, cancéreuse, chronique simple. De plus, les caractères de l'ulcération, des nodosités (véritables gommages lymphatiques tuberculeuses), l'examen du pus contenant les bacilles de Koch, affirmeront la nature tuberculeuse de la lymphangite.

C'est surtout avec la *lymphangite syphilitique gommeuse* que la lymphangite tuberculeuse peut être confondue, soit avant l'ulcération, soit après l'ulcération. Le siège des nodosités, la coexistence d'autres accidents spécifiques ou tuberculeux, le traitement d'épreuve,