I

PLAIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

MICHEL, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1853, et *Gaz. des hôp.*, 1853. — LEUDESDORF, Ein Fall von Lymphgefässfistel. *Arch. für klin. Chir.*, t. III, p. 417, 1862. — BOULANGER, De la lymphorragie, et en particulier de la lymphorragie consécutive aux plaies et aux inflammations suppurées des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Thèse de doct., 1876. — QUINCKE, Krankheiten der Lymphgefässe. *Ziemssen's Handbuch*, 1876. — JOURDAN, Thèse de doct. de Montpellier, 1880. — BÆGEHOLD, Ueber die Verletzungen des Ductus Thoracicus. *Archiv für klin. Chir.*, Bd. XXIX, 1883, p. 446. — SLAJAN GEORGJEVIC, Ueber Lymphorroe und Lymphangiome. *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XII, 1870, p. 641. — GUSSENBAUER, Die traumatischen Verletzungen. *Deutsche Chir.*, t. XV, p. 114. — KÖHLER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. XIX, fasc. I, p. 44. — J. REVERDIN, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1889. — HEUSNER, Des kystes lymphatiques traumatiques. *Deutsche med. Woch.*, 9 mai 1889.

Leur fréquence est extrême, il n'est pas de plaie des parties molles qui n'ouvre des réseaux lymphatiques, mais elles passent inaperçues. La lymphe ne se reconnaît pas, mêlée au sang; plus tard, elle se confond avec le liquide exsudé de la plaie, « la lymphe plastique ». Certaines plaies qui dénudent de larges surfaces musculaires déterminent un écoulement considérable de lymphe, en déchirant le réseau péri-musculaire (Ludwig); mais les lymphatiques ouverts, comme les petites veines, s'affaissent et se cicatrisent très vite. Monro avait vu déjà que le canal thoracique lui-même, blessé expérimentalement sur un porc, s'obturait très rapidement par la coagulation de la lymphe.

Pour que la plaie lymphatique ait une histoire clinique, il faut qu'elle reste béante et qu'elle soit suivie de *lymphorragie*. Cet accident ne s'observe guère que sur les gros vaisseaux, et dans des régions où ils adhèrent à une lame aponévrotique épaisse qui les empêche de s'affaisser.

C'est au pourtour des articulations, au pli du coude, à la face interne de la cuisse (Assalini), au cou-de-pied, au-devant des malléoles interne et externe, au cou, que se voient ces fistules traumatiques. Van Swieten avait observé un écoulement continu de lymphe goutte à goutte, à la suite de la saignée du bras; Michel (de Strasbourg) a publié deux observations analogues. Le malade de Hewson, un boucher, laissa tomber son couteau sur le dos de son pied, il se trancha l'un des gros lymphatiques qui longent le devant de la malléole interne: abondante lymphorragie. Monro l'avait vu succéder à l'extirpation d'une tumeur du bras. A plus forte raison, s'il porte sur une dilatation préexistante, le traumatisme déterminera-t-il fistule et lymphorragie (voy. *Lymphangiectasies*).

Sur 28 cas de plaies des lymphatiques, Slajan Georgjevic relève 5 plaies du canal thoracique, et, parmi les 23 autres qui intéressaient de gros troncs périphériques, 6 avaient succédé à la saignée, 2 à l'ouverture de bubons, 9 à des incisions ou à des ponctions, et les 5 dernières à des incisions d'abcès ou des ablations de tumeurs.

Nous laisserons de côté les plaies du canal thoracique, dans son trajet thoraco-abdominal (voy. *Thorax*); mais il a quelquefois été blessé au cou, et Bœgehold, Vagedes, Weischer ont relaté des observations de Wilms, Maas, Schönborn, où le canal fut ouvert au cours de l'extirpation d'une tumeur de la région sus-claviculaire gauche. Un jet, gros comme une paille, d'un liquide blanchâtre, révéla l'accident ou plutôt le fit soupçonner, dans le fait de Wilms;

Schönborn reconnut la plaie du canal thoracique, près de son embouchure, et acheva de le sectionner, entre deux ligatures.

Mais il est plus commun que l'accident ne se révèle que plus tard, une fois l'hémostase faite; la lymphe continue à suinter; la lymphorragie est définitivement installée. Nous y reviendrons plus loin.

La lymphe se distingue aisément de la synovie, plus visqueuse, non coagulable, et qui ne contient pas de globules blancs; elle cesse de couler si l'on comprime au-dessous de la plaie, elle coule plus abondamment par la pression exercée de bas en haut suivant l'axe du membre; ces données suffisent à faire différencier, au pourtour des articulations, une fistule lymphatique d'une plaie de la synoviale ou des gaines tendineuses.

Ces plaies lymphatiques n'ont en elles-mêmes qu'un gravité fort minime; les accidents locaux, la lymphangite, sont rares à leur suite; toute leur importance relève de la fistule lymphatique qui peut leur succéder. C'est à elle que doit s'adresser surtout le traitement. A l'origine, si la plaie est reconnue, il faut recourir à la compression avec tamponnement antiseptique. La compression est encore de mise plus tard, dans les premiers temps de la fistule lymphatique: compression exercée au-dessous de la plaie à l'aide d'un bandage ou avec le doigt. Leudesdorf [1] a obtenu une guérison après huit heures de compression digitale. L'insuccès de la compression au-dessous de la fistule autoriserait à la faire sur la fistule elle-même, mais cette compression directe a produit dans certains cas la rétention de la lymphe, l'œdème et des abcès à répétition. On préfère recourir aux caustiques, ou au fer rouge, pour détruire les bords souvent indurés de la fistule et l'oblitérer définitivement.

RUPTURES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Sans parler des ruptures du canal thoracique, il faut faire une place aux ruptures sous-cutanées des lymphatiques, qui, d'après Güssenbauer et Köhler, donnent naissance à ce que Morel-Lavallée a décrit sous le nom d'épanchements traumatiques de sérosité (*voy.* ce mot). Heussner a fourni tout récemment deux nouvelles observations de ces « kystes lymphatiques traumatiques », et la ponction a donné, dans les deux cas, un liquide d'aspect et de composition identiques à ceux de la lymphe.

II

LYMPHANGITE AIGUË

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques a été dénommée *lymphangite* par Bouillaud, et *angioleucite* par Velpeau, ou encore *lymphite*, *lymphatite*, etc.

VELPEAU, Mémoire sur les maladies du système lymphatique. *Arch. de médecine*, 1835, t. VIII, p. 319. — Observations d'angioleucite. *Gaz. des hôp.*, 1847, p. 531. — Art. ANGIOLEUCITE. *Loc. cit.* — Thèses de Daret, 1835; Turrel, 1844; Delay, 1852; Escorne, 1866. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. Thèse de doct.,1870. — CHASSAIGNAC, Traité de la suppuration. — Société de chirurgie, discussion de 1872 (Lymphangite et érysi-

[1] LEUDESDORF. *Heilung einer Lymphgefässfistel durch Fingerdruck. Archiv f. klin. Chir.*, Bd. III, 1862, p. 417.

pèle). — Le Dentu et Longuet, art. Lymphangite. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875. — Bradley, Injuries and diseases of the lymphatic system. Londres, 1879. — Chevalet, Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur. Thèse de doct., 1875. — Fioupe, Thèse de doct., 1876. — Berlin, De la lymphorragie consécutive aux adénites et aux lymphangites suppurées. Thèse de doct., 1878. — Verneuil, Des arthrites purulentes consécutives aux lymphangites. *Gaz. des hôp.*, 1878, p. 90. — Nicaise, Lymphangite à taches purpuriques, arthrite et hygroma consécutifs. *Revue de méd. et de chir.*, 1878. — Therre, Des affections articulaires du genou, consécutives aux lymphangites du membre inférieur. Thèse de doctorat, 1879. — Jalaguier, De la lymphangite gangréneuse. Thèse de doct., 1880. — Roland, Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses. Thèse de doct., 1882. — Lacoste, De la suppuration des bourses séreuses et de ses rapports avec la lymphangite. Thèse de doct., 1883. — Favrel, Des lymphangites dans les maladies de la peau. Thèse de doct., 1884. — Jouet, Des lymphangites et adénites tardives. Thèse de doct., 1887. — Verneuil et Clado, De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite. *Bull. de l'Acad. des sc.*, 8 avril 1889. — Gars, *Id.* Thèse de doct., 1889. — Morel-Lavallée, Types cliniques des lymphangites; la lymphangite ampullaire; persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés de lymphopathies. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1891, t. II, p. 132-138. — Frœlich (de Nancy), Lymphangites et suppuration des bourses séreuses. *Revue méd. de l'Est*, 1891, p. 6 53. — F. Fischer, Ueber die pathologische Anatomie und die Bakteriologie der Lymphangitis der Extremitäten. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1893, Bd. XXXVI, p. 621.

Étiologie. — L'angioleucite est le type des maladies d'inoculation, elle n'est que la réaction de la paroi lymphatique au contact des irritants absorbés, ce qui suppose trois termes au problème étiologique : l'agent irritant et son mode d'absorption (*la blessure*), la réceptivité organique créée par l'état général (*le blessé*), enfin les influences *du milieu*.

Blessure. — La nature des agents irritants se résume d'un mot : la septicité, et nous verrons plus loin qu'un certain nombre de microbes ont été découverts dans les vaisseaux lymphatiques enflammés (voy. *Anatomie pathologique*). Or tout ce qui vient au contact d'une plaie peut servir de véhicule à l'infection : l'instrument vulnérant lui-même, la main du chirurgien, le pansement, etc.

Quant au mode d'absorption, une double éventualité se présente :

a. *Il n'y a pas de solution de continuité.* Une contusion sans plaie peut être suivie de lymphangite; on l'a vue succéder à une arthrite purulente (Le Dentu), à des tumeurs, celles du sein par exemple, qui commencent à envahir la peau par ses couches profondes, à l'imprégnation cutanée par des liquides cadavériques, etc. C'est ainsi encore qu'elle figure, à titre d'élément presque constant dans les phlegmons, l'érysipèle, l'anthrax, le furoncle, etc., et cela, avant toute solution de continuité de la peau.

De tels faits n'étonnent plus aujourd'hui que l'on sait l'importance des « micro-traumas » et le rôle de l'auto-inoculation interstitielle (Verneuil) : l'érosion la plus minime et qui ne laisse pas de traces, en tel milieu, au contact de tels virus, suffit à ouvrir la voie à l'empoisonnement organique.

Ainsi s'expliquent encore les lymphangites, et elles ne sont pas rares, qui éclatent longtemps après la cicatrisation de la plaie, porte d'entrée de l'infection, les *lymphangites tardives*, que Jouet a bien étudiées dans sa thèse. La petite plaie s'est cicatrisée et la réaction primitive, s'il en fut, s'est éteinte; une ou plusieurs semaines plus tard, l'angioleucite renaît, s'étend, engorge les ganglions et peut suppurer. C'est à l'occasion d'une irritation locale portant sur la cicatrice ou les ganglions, ou encore sous une influence générale, que semble se faire ce réveil inflammatoire. En réalité, il y a eu une longue période d'incubation.

b. *Il existe une solution de continuité.* — Son siège, sa nature lui créent autant de prédispositions aux complications lymphangitiques.

Il faut distinguer les piqûres, — les plaies accidentelles ou chirurgicales, — les ulcères et les érosions dues aux affections cutanées.

Les piqûres septiques provoquent les formes les plus graves de la lymphangite, piqûres de lancette malpropre ou de trocart mal flambé, piqûres de vaccin ou de saignée, piqûres de sangsues mal pansées, mais, avant tout, piqûres anatomiques.

Ce ne sont pas seulement les piqûres avec la pointe du scalpel, une aiguille osseuse ou le crochet de l'érigne qui font naître la lymphangite anatomique; les écorchures, les érosions du pourtour des ongles, les *envies*, etc., en sont très souvent l'origine, et nous verrons plus loin qu'il est une forme spéciale d'angioleucite réticulaire que Chassaignac avait décrite, et qui succède à cette imprégnation prolongée des mains [1]. Il y a deux variétés de piqûres très différentes dans leurs dangers, les piqûres d'autopsie, les piqûres d'amphithéâtre. Les autopsies de sujets morts de maladies infectieuses, de septicémie, de fièvre puerpérale, sont les plus à craindre, mais le pouvoir toxique semble s'atténuer avec la putréfaction avancée. Dans nos amphithéâtres de dissection, grâce aux procédés d'injection et de conservation des cadavres, les accidents anatomiques se font rares et bénins. M. le professeur Farabeuf, dans le cours de sa longue carrière à l'École pratique, n'a vu se produire que deux fois des lymphangites graves, mais qui guérirent.

Nous ne ferons que signaler le tatouage, qui se pratique, lui aussi, par piqûres; Berchon [2], dans des cas de ce genre, a été témoin d'angioleucites à forme gangréneuse et d'accidents phlegmoneux diffus.

Les simples mouchetures, sur un membre gonflé d'œdème, exposent aux complications angioleucitiques : les voies lymphatiques du derme, élargies par le liquide épanché, sont autant de canaux béants à l'absorption (Renaut).

La richesse d'une région en réseaux lymphatiques multiplie pour elle les chances d'infection : c'est ainsi que les extrémités, les doigts et les orteils, les régions articulaires, les orifices, sont autant de lieux d'élection. C'est encore pour cela que les plaies superficielles, qui intéressent les riches réseaux absorbants sous-épidermiques et dermiques, sont celles qui provoquent le plus volontiers l'angioleucite; elle survient encore souvent à la période de terminaison des plaies, alors que, la cicatrisation étant presque complète, il ne reste plus qu'une mince pellicule épidermique à former [3].

Les néoplasmes ulcérés peuvent déterminer autour d'eux une angioleucite simple, analogue à l'adénite simple qui se voit dans les mêmes conditions. Ainsi en est-il encore des ulcères spécifiques. Mais c'est au cours de l'ulcère variqueux que les poussées lymphangitiques sont surtout fréquentes : signalées par Bell (1803), les auteurs du *Compendium*, Jamieson, Gilson, leur rôle a été bien étudié par Schreider [4], A. Broca [5] et Jeanselme [6]. Liées aux éruptions eczémateuses

(1) Nous verrons plus loin que la piqûre anatomique sert souvent à l'inoculation, non seulement des agents de la suppuration, mais du bacille tuberculeux (voy. *Lymphangite tuberculeuse*).

(2) Berchon, *Recherches sur le tatouage. Gaz. méd.*, 1861.

(3) P. Berthod, *Note sur quelques observations de lymphangites du membre supérieur. Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 545.

(4) Schreider, Thèse de doct., 1883.

(5) A. Broca, *Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux.* Thèse de doct., 1886.

(6) Jeanselme, *Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux.* Thèse de doct., 1884.

et à l'œdème des membres variqueux, elles accroissent encore, par leur répétition, l'imperméabilité des ganglions, la dilatation des vaisseaux lymphatiques cutanés et la dermite calleuse.

Enfin, la lymphangite n'est pas rare dans les maladies de la peau : Roland et surtout Favrel en ont exposé l'histoire. Sur 128 observations, la complication angioleucitique a été observée, par ordre de fréquence, dans les affections suivantes : eczéma, gale, traumatismes (surtout morsures), dermite, ulcères variqueux, ecthyma; elle est très rare dans le psoriasis, le pemphigus et le lupus [1]. En résumé, « elle s'observe surtout dans les dermatoses caractérisées par une dermite avec production de vésicules et de pustules, suivies ou non d'ulcération. Les dermatoses sèches, squameuses, ne paraissent avoir aucune influence sur le développement de la lymphite. » Ajoutons que la lymphangite revêt souvent ici une forme spéciale (voy. *Lymphangite en plaques*).

L'œdème, à lui seul, est susceptible de produire l'angioleucite, d'après Renaut, et cela, de deux façons : au moment où se crée brusquement un œdème de la peau, ou encore quand un œdème considérable vient rapidement à se résorber. C'est surtout dans la *phlegmatia alba dolens* que ces faits ont été observés, et cette lymphangite, ordinairement noueuse, se mêle souvent aux plaques et aux traînées de l'angioleucite ordinaire.

Blessé. — L'état général du blessé, les conditions de terrain, créent non seulement la prédisposition à la lymphangite, mais surtout la fréquence des formes graves, gangréneuses, suppurées, etc.

L'alcoolisme est le premier à incriminer; après lui, le surmenage, la misère physiologique.

L'influence du diabète est de notion courante : Gironde [2] a même cherché à établir l'existence d'une forme primitive : chez ses deux malades, diabétiques avancés, la rougeur angioleucitique parut sur le dos du pied, sans écorchure, sans traumatisme, elle se diffusa rapidement, en plaques et en traînées, sur tout le membre, se couvrit de phlyctènes, puis d'eschares dermiques superficielles. La mort survint rapidement. L'indolence toute spéciale de ces lymphangites et leurs tendances gangréneuses sont deux caractères frappants.

On a aussi accusé la scrofule, mais en termes très vagues. Une distinction s'impose. Loin d'être prédisposées aux complications lymphangitiques, les plaies scrofuleuses sont d'une tolérance remarquable. Mais, d'autre part, ce qui a été décrit sous le nom d'érysipèle des strumeux, ces rougeurs fixes qui naissent autour d'une croûte d'impétigo, d'une ulcération des narines, etc., ne sont en réalité que des angioleucites faciales (Maurice Raynaud [3], Le Dentu) longuement stationnaires, et qui laissent à leur suite cette tuméfaction blafarde du nez et de la lèvre supérieure, si caractéristique chez les strumeux.

Milieu. — L'angioleucite, comme toutes les maladies du système lymphatique, est très fréquente dans les pays chauds : il faut distinguer une triple série de faits : 1° les lymphangites filariennes; ce sont ces poussées à répétition qui

(1) En revanche, la lymphangite tuberculeuse la complique quelquefois (voy. *plus loin*).
(2) Gironde, *De la lymphangite chez les diabétiques*. Thèse de Lyon, 1881.
(3) M. Raynaud, *De la nature de l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses*. Soc. méd. des hôpit., 1873.

[F. LEJARS.]

marquent si souvent le début de l'éléphantiasis; leur origine filarienne a été discutée plus haut (voy. *Éléphantiasis*); 2° les lymphangites communes, succédant aux agents irritants ordinaires, mais de fréquence, de forme, de gravité spéciales, ce qu'expliquent suffisamment le terrain où elles évoluent, la débilitation due au climat, au paludisme lui-même, aux vices de l'hygiène publique et privée; 3° les lymphangites palustres proprement dites [1].

Dans nos climats, on a remarqué que, par un hiver très froid, les formes graves et surtout les formes gangréneuses se verraient surtout (Jalaguier).

L'influence nocive du milieu est souvent frappante : il suffit de rappeler les salles d'hôpitaux ou les ambulances encombrées, mal aérées, etc., où se combinent toutes les causes d'infection.

Telle est encore l'origine des lymphangites dites spontanées ou des lymphangites épidémiques.

J. Roux, à bord du *Montebello*, Bellamy [2], sur le *Louis XIV* et la *Bretagne*, Magnus Hüss, à Stockholm, ont décrit des pseudo-épidémies d'angioleucites. Dubrandy [3], dans sa thèse, en a rapporté une nouvelle, survenue à bord de la frégate cuirassée la *Provence*; tous ces faits s'expliquent par des influences communes de milieu, ou des causes locales communes aussi : l'encombrement, l'humidité, l'alimentation insuffisante, le surmenage, et d'autre part, les irritations cutanées et les petites plaies dues aux frottements de l'uniforme, au maniement des pièces de mâture ou d'artillerie, l'absence de bains et de lavages à l'eau douce, autant de causes qui suffisent à expliquer l'explosion de nombreuses séries de lymphangites.

L'angioleucite spontanée ne l'est qu'en apparence. On l'a observée, pendant la guerre de 1870-1871, dans les ambulances : des lymphangites graves seraient susceptibles de se développer d'emblée, en de tels milieux, quelquefois l'action de l'air extérieur a semblé la cause déterminante, mais les données actuelles doivent faire admettre, là encore, une inoculation, une contagion médiate, qui, en pareil milieu, passe si aisément inaperçue.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la lymphangite n'a été que rarement faite, ce sont les lymphatiques des séreuses, dans les pleu-

(1) L'espace nous a manqué pour consacrer un chapitre spécial à cette forme si intéressante de lymphangite; on en trouvera l'histoire exposée dans les travaux suivants :

Bourel-Roncière, *Rapport sur la station navale du Brésil et de la Plata. Arch. de méd. navale*, 1872, t. XVII, XVIII, XIX. — Carlos Claudio da Silva, *Lymphatitis perniciosa*. Thèse de Rio-de-Janeiro, 1874. Longuement analysé dans les *Archives de médecine navale*, 1880, XXXIII, p. 366. — Mazaé-Azéma, *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*, 1878. — Vinson, *Lymphite grave (maladie des glandes) à Maurice et à l'île de la Réunion. Arch. de méd. navale*, 1877. — Pélissier, *Considérations sur les maladies les plus communes à la Réunion*. Thèse de doctorat, 1881. — Nielly, *Nouveaux éléments de pathologie exotique*, 1881. — Jouet, *Contribution à l'étude de la lymphangite des pays chauds*. Thèse de doctorat. Bordeaux, 1884. — Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*, 1887. — A. Teste d'Armand, *Contribution à l'étude de la lymphangite endémique des pays chauds*. Thèse de doctorat. Montpellier, 1889.

En Europe, du reste, la lymphangite palustre n'a été que fort peu observée; pourtant on a signalé, dans des contrées marécageuses, des pseudo-érysipèles périodiques traités avec succès par la quinine. Maurice Raynaud (art. Érysipèle du *Dict. de méd. et de chir. prat.*), qui en cite plusieurs faits, ne les regarde pas comme des érysipèles légitimes, mais comme des manifestations non douteuses de fièvre intermittente larvée. M. E. Besnier en a rapporté aussi deux cas. Il y aurait là matière à recherches.

(2) Bellamy, *Des causes de la lymphangite superficielle*. Thèse de doct., 1870.
(3) Dubrandy, *Quelques considérations sur la lymphangite aiguë et la lymphangite chronique*. Thèse de doct., 1878.

[F. LEJARS.]

résies, la péritonite, la péricardite, la méningo-encéphalite, qui ont prêté aux recherches microscopiques, et surtout les lymphatiques utérins. Quant aux angioleucites des membres, elles n'ont été que fort peu étudiées : pourtant le professeur Cornil [1], Cadiat et Lordereau [2], Mayor [3], en ont publié des examens histologiques.

Il y a trois variétés de lymphangite : la *lymphangite tronculaire*, la *lymphangite réticulaire* et la *lymphangite radiculaire*, qui intéresse les racines même des lymphatiques dans la peau, le tissu conjonctif ou les viscères, mais dont l'histoire se confond, en réalité, avec celle de l'inflammation dans les différents tissus.

Lymphangite tronculaire. — Elle est exsudative ou suppurée : ce ne sont que deux étapes, très voisines, du même processus.

On a constaté parfois la dilatation des vaisseaux, et Monneret la signalait déjà : il avait vu les lymphatiques du membre inférieur gauche, épaissis et remplis de pus, tellement gros qu'une injection bien réussie n'aurait pu les rendre plus visibles. Cornil, Cadiat et Lordereau ont pu disséquer aussi les lymphatiques profonds, transformés en cordons jaunâtres et distendus par le pus. Ailleurs, les vaisseaux sont rétractés et raccourcis, mais ce sont là surtout des faits d'observation clinique (voy. *Symptômes*).

D'après Virchow, la coagulation était le premier acte de l'inflammation angioleucitique, mais on n'admet plus, ici encore, la thrombose primitive : la paroi est la première à s'enflammer.

L'endothélium se gonfle, il se desquame par places, puis sur toute l'étendue de la tunique interne. La paroi tout entière s'est épaissie : des cellules rondes, qui deviendront plus tard des globules de pus, l'infiltrent ; les vasa-vasorum sont injectés dans la tunique externe, mais ils ne suffiraient pas seuls à produire cette bande rouge qui dessine à la surface de la peau la traînée lymphangitique.

En dedans, le vaisseau est rougeâtre quelquefois, brillant, lisse, comme dans les sinus pleins de pus de la lymphangite utérine (Lucas-Championnière).

On a trouvé la lymphe encore liquide, mais rougeâtre et fibrineuse (Bouisson) [4] ; la règle est qu'elle se coagule, et de très bonne heure. Le thrombus, formé d'un réseau fibrineux, enserre quelques hématies et de nombreux globules blancs : il est ferme encore, il donne sa consistance au cordon lymphatique : on dirait un vaisseau injecté à la craie. Ces bouchons fibrino-globulaires se prolongent très loin le long des lymphatiques, au delà même des ganglions. Weber ne les a-t-il pas suivis, dans une autopsie de fièvre puerpérale, jusqu'à la citerne de Pecquet? En fermant telles ou telles voies, ils ont un rôle dans le mode de diffusion du processus angioleucitique, et s'il est excessif de dire que les lymphangites septiques suraiguës s'expliquent par l'absence des thrombus, ces caillots oblitérants peuvent mettre obstacle pour un temps, si court soit-il, à la progression du virus et de l'inflammation qu'il provoque.

La *péri-lymphangite* marche presque toujours de pair avec l'*endo-lymphangite* : des cellules embryonnaires s'accumulent et forment couronne autour du vaisseau ; sur une coupe, il paraît comme un cercle ou un canal anguleux, bourré lui-même de cellules rondes. C'est surtout dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané que cet aspect devient caractéristique, comme le montre la figure empruntée au mémoire de Renaut (fig. 143). Les vésicules adipeuses, qui enveloppent comme d'une gaine les vaisseaux lymphatiques, reviennent à l'état embryonnaire, et cette virole péri-lymphatique prend une large part à l'induration en cordons des troncules, et à la rougeur en traînées. La traînée est toujours plus large que le lymphatique sous-jacent, elle est due surtout à l'injection du tissu adipeux enflammé.

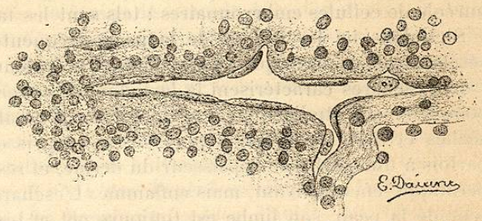

Fig. 143. — Péri-lymphangite (Renaut, *Arch. de phys.*, 1874, pl. XII, fig. 3).

De ces lésions à celles de la lymphangite suppurée, la transition est fort simple.

Le thrombus fibrineux se fragmente en blocs épars, et le vaisseau se remplit de globules de pus; on les retrouve semés entre les strates de la paroi, ou répandus en nappe dans l'atmosphère celluleuse péri-lymphatique. La suppuration est *endo-tubulaire* et *péri-tubulaire*, et souvent les deux modes coexistent : à l'intérieur du vaisseau, le pus se collecte dans les espaces inter-valvulaires, qu'il dilate en bosselures. Ce pus est blanc, crémeux, épais; on y retrouve parfois de minces débris fibrineux; il ne ressemble pas au pus de la phlébite, rougeâtre et toujours mêlé de caillots (Lucas-Championnière, Fioupe). Péri-tubulaire, la suppuration s'échelonne en petits abcès, qui s'ouvrent souvent dans le tronc lymphatique autour duquel ils se groupent : c'est le type classique des abcès angioleucitiques; leur pus contient : 1° des globules ordinaires; 2° de rares cellules épithéliales plates; 3° des microbes, sur lesquels nous allons revenir. Toujours est-il que ces colonies microbiennes ont libre champ pour s'étendre, et l'on conçoit que les foyers purulents puissent grossir et se diffuser.

Lymphangite réticulaire. — Renaut, qui l'a observée environ trois fois sur quatre dans l'érysipèle, en a donné une description histologique qu'il faut encore transcrire : « Les lymphatiques enflammés ne sont pas très distincts dans les parties superficielles du derme, où ils sont constitués par de simples fentes. Mais, dès qu'ils sont munis d'une paroi propre, ce qui arrive vers le tiers inférieur de l'épaisseur du derme, ils apparaissent, soit comme de larges rubans sinueux, soit sous forme de cercles ou d'ellipses très régulières, ayant trois ou quatre fois le diamètre des plus gros vaisseaux sanguins de la peau, et sont distendus par des globules blancs qui leur forment une injection naturelle. On reconnaît facilement ces lymphatiques à l'absence de globules rouges dans leur cavité, à la fine couche de fibres élastiques disposées en réseau qui les borde, et de laquelle partent en divergeant vers le tissu conjonctif voisin, des réseaux élastiques moins serrés. On n'a trouvé aucune trace de la prolifération de l'endothélium : il est entièrement détruit, probablement à la suite d'une endolymphangite extrêmement intense et rapide. »

[1] Cornil, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 593.
[2] Cadiat et Lordereau, *Angioleucite profonde dans le cours d'un érysipèle. Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 622.
[3] Mayor, Thèse de Jalaguier.
[4] Bouisson, *Des altérations de la lymphe dans les inflammations. Gazette médicale*, 1845, p. 296.