

**Traitement.** — Avant toute chose, il faut s'opposer à l'éventualité des embolies et pour cela mettre le membre au repos le plus absolu et éviter tout ce qui pourrait détacher les caillots, en même temps que l'on tâchera de favoriser l'établissement de la circulation collatérale.

On enveloppera donc le membre avec une épaisse couche de ouate, et l'on maintiendra le repos et le pansement pendant plusieurs semaines jusqu'à ce que l'on puisse espérer que le travail d'organisation définitive du caillot est en bonne voie.

Toutes les causes de dénutrition, infections générales, alcoolisme, etc., étant défavorables à l'organisation du caillot, un traitement général devra toujours être institué dans ce sens.

### B. — Phlébite.

Les mêmes causes qui amènent la thrombose peuvent d'autant plus aisément entraîner l'inflammation des veines que les thrombus peuvent être eux-mêmes causes ou effets de la *phlébite*. De même donc que nous venons de voir des thromboses simples et des thromboses septiques, de même aussi trouverons-nous des *phlébites simples* et des *phlébites septiques*.

Plus dans une région la circulation est active, plus le lacis veineux y est compliqué, plus les phlébites sont à redouter à la suite d'inflammation de voisinage (face, crâne, bassin, organes génitaux); nous y reviendrons en étudiant les différentes régions.

Ainsi qu'on l'a fait remarquer, la goutte semble prédisposer tout particulièrement aux phlébites et souvent, en ce cas, dues à des tophus; elles sont bilatérales et symétriques.

A la suite de tout traumatisme, à la suite de toute inflammation de voisinage, le tissu connectif qui constitue l'adventice des veines peut participer à l'irritation, les vasa vasorum destinés à la nutrition des parois vasculaires subissent les phénomènes que nous connaissons et la phlébite est produite, c'est là le cas le plus habituel, c'est la *péri-phlébite*.

D'autres fois, un thrombus embolique septique peut avoir été entraîné par la circulation et s'arrêter en un point du tube veineux. Il déterminera alors par sa présence une chute de l'endothélium et communiquera l'irritation aux tuniques moyenne et adventice, d'où une *endophlébite* qui deviendra immédiatement *périphlébite*.

Dans l'un et l'autre cas l'endothélium étant altéré, une thrombose se produit, elle s'étend plus ou moins loin; dans les cas simples de plaies veineuses, de section complète surtout, la thrombose ne remonte pas bien loin, le tissu connectif des tuniques externe et moyenne prolifère, la diapédèse des leucocytes s'opère, des bourgeons charnus se produisent avec des petits vaisseaux de nouvelle formation et la cicatrisation

des deux faces opposées du vaisseau se fait. Si le caillot s'étend plus loin il s'organise à son tour par le phénomène que nous connaissons. C'est la *phlébite adhésive* ou *oblitérante*.

Quand au contraire il s'agit d'une inflammation septique, qu'elle soit due à la propagation d'une inflammation infectieuse de voisinage ou au transport d'une thrombose septique, les choses ne se passent plus de même. Sous l'influence de la *périphlébite* l'endothélium disparaît et un caillot se produit, comme aussi la thrombose embolique détermine à son niveau la disparition de cette couche de revêtement. Puis les phénomènes évolutifs de la suppuration interviennent. Où se produit le pus? Depuis Virchow l'on sait que le caillot ne saurait passer à la suppuration, les tissus connectifs des tuniques externe et moyenne peuvent seuls lui donner naissance, de petits abcès intrapariétaux se forment, mais ils peuvent s'ouvrir au dehors du vaisseau et aussi dans son intérieur: dans ce dernier cas le pus, bien qu'il ne soit pas produit par le caillot, peut être transporté au loin, et s'il contient des germes septiques ou cancéreux le courant sanguin pourra les transporter au loin.

La suppuration des parois veineuses peut en amener l'ulcération, d'où le danger d'hémorragies consécutives.

Dans tous les cas de phlébite les parois veineuses sont très épaissies par suite de la prolifération des tuniques adventice et moyenne; ces vaisseaux restent donc béants après leur section et offrent l'apparence des artères.

Dans les cas de phlébite adhésive, on retrouve toujours les symptômes des thromboses; les veines constituent alors des cordons durs, épaissis, qui, en raison de l'inflammation de leurs parois et du tissu connectif ambiant, se dessinent sous la peau avec une coloration rouge, et sont douloureux à la pression. Ce cordon n'est pas régulièrement calibré, il présente d'ordinaire des renflements au niveau des valvules.

Les caillots existant, ainsi que nous l'avons vu, dans les deux bouts de la veine, on comprend que la phlébite peut s'étendre dans les deux sens, ainsi que nous le verrons surtout en étudiant les phlébites utérines. Comme dans le cas de thrombose simple, et *a fortiori*, la phlébite étendue sur une grande longueur, amenant l'oblitération d'un ou de plusieurs canaux veineux, la circulation est entravée, l'œdème survient avec une tuméfaction dure, lardacée du membre, et des phlyctènes rappelant celles de la gangrène ou du phlegmon diffus.

Quand la phlébite atteint des veines profondes, il est impossible d'en constater l'existence à la palpation, mais les phénomènes de gêne circulatoire, de douleur sont les mêmes, il faut y joindre l'existence d'un réseau superficiel dilaté pour faire face à la circulation de retour entravée dans les veines profondes enflammées.

S'agit-il de phlébites suppurées, la réaction est vive, la fièvre violente, les frissons intenses, l'anorexie complète. La douleur est exacerbée, la

tuméfaction du membre considérable, la peau rouge; des collections purulentes multiples apparaissent sur le trajet de la veine. Si l'inflammation est franche l'issue du pus collecté vient mettre fin à cet état grave, si au contraire elle est septique les dangers sont presque toujours irrémédiables.

C'est l'existence du cordon dur, noueux, qui permet toujours de reconnaître la phlébite superficielle, la lymphangite présente des cordons beaucoup plus petits et s'accompagne forcément d'adénite. La phlébite profonde suppurée complique presque toujours le phlegmon diffus, aussi ces deux affections se combinent-elles de telle manière qu'il est impossible de les différencier l'une de l'autre.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une phlébite suppurée, qu'elle soit superficielle ou profonde, septique ou non, il ne faut pas perdre de vue que le malade court de graves dangers. En effet, sans parler des infections septiques, les embolies, les hémorrhagies par ulcération des parois peuvent à chaque moment compromettre la vie.

**Traitement.** — Toutes les fois que la phlébite peut être redoutée par suite d'une plaie ou d'un traumatisme chirurgical, il est essentiel de se servir rigoureusement des méthodes de pansements aseptiques qui permettent d'espérer une phlébite adhésive et la guérison.

Dans les cas où il n'existe pas de plaie, où la phlébite tend à s'étendre, où les embolies sont à redouter par émiettement du caillot, la position élevée du membre, son immobilisation dans un appareil ouaté, les émoullents, et quoi qu'on ait pu en dire, des cautérisations ponctuées répétées le long des veines enflammées sont les meilleurs moyens à employer, ils favorisent l'adhésion des parois, et facilitent la circulation de retour.

Lorsque le pus est formé et collecté, il faut lui donner l'issue la plus facile et mettre en usage tous les moyens antiseptiques qui permettront d'enrayer les accidents de résorption toujours à redouter.

#### § 4. — Altérations formatives des veines.

##### VARICES.

Pendant fort longtemps on a attribué les dilatations veineuses connues sous le nom de *varices*, d'*hémorrhoides*, de *varicocèle* à des causes mécaniques, station debout, rétention des matières fécales, professions exercées par les malades, disposition spéciale des anneaux aponévrotiques, grossesse, etc. D'autres fois et comme toujours on a cru devoir faire intervenir des causes générales, arthritisme, goutte. Aujourd'hui, les faits mieux analysés et les recherches récentes permettent d'affirmer qu'il s'agit toujours là de troubles trophiques congénitaux et héréditaires dus à des lésions névritiques périphériques. En effet, si les varices

des jambes, de l'anus et du cordon sont fréquentes, celles de la langue, des lèvres, de l'œsophage et des veines du tronc ne sont pas rares et dans ces cas l'on ne saurait invoquer des causes purement mécaniques. Il n'est pas à dire cependant que ces dernières n'aient pas une certaine action sinon dans la production de l'affection, mais tout au moins dans son évolution.

Les varices des petites veinules cutanées, si fréquentes chez les femmes après les couches, sont désignées sous le nom de *veinosités*.

En raison de l'existence des deux plans veineux, les varices peuvent être *superficielles* ou *profondes*.

Dans toute varice, les tuniques sont épaissies et l'hypertrophie paraît porter surtout sur les éléments de la tunique moyenne, mais toujours aussi la tunique interne, recouverte par l'endothélium, présente des plicatures longitudinales dues, d'après Cornil, à des faisceaux connectifs situés dans sa couche profonde, son substratum, et dans la tunique moyenne; les fibres lisses longitudinales de cette dernière peuvent également disparaître. On comprend, dès lors, que la dilatation ne se fait pas seulement circulairement, mais aussi dans le sens de la longueur et affecte la forme serpentine ou cirsoïde. La résistance des parois n'est pas égale en tous les points, surtout dans l'intervalle de ces cordons connectifs; il en résulte des dilatations ampullaires à ce niveau. Les valvules résistent d'abord, d'où l'apparence moniliforme des veines variqueuses au début, puis elles s'épaississent, deviennent insuffisantes et disparaissent à peu près; c'est le moment où l'influence mécanique de la pesanteur agit d'une manière efficace sur les progrès de la maladie. Les vasa vasorum se dilatant à leur tour peuvent acquérir un volume considérable et constituer un véritable lacis anastomotique qui augmente d'autant les tumeurs variqueuses. Dans les parois des veines variqueuses et surtout au niveau des valvules devenues insuffisantes, on trouve souvent des incrustations calcaires, *phlébolithes*, qui nous semblent être de même nature que l'athérome artériel.

Au niveau des points où les parois veineuses se sont dilatées en ampoules, l'endothélium a subi des altérations par suite même de sa distension, aussi trouve-t-on toujours dans ces sacs variqueux des caillots sanguins qui les remplissent plus ou moins et entravent à leur tour la circulation de retour.

Toutes ces causes de gêne circulatoire réagissent sur les tissus voisins qui s'œdématisent, peuvent passer à la sclérose et à l'ulcération (voir page 293); ainsi que déjà nous l'avons dit, le périoste des os voisins peut lui aussi subir des irritations et s'hypertrophier.

La peau est rouge sombre d'abord et luisante, puis, sa nutrition se faisant mal, elle devient squameuse et s'infiltré de taches pigmentaires.

Dans ces conditions, le tissu connectif sous-cutané et celui qui forme l'adventice de la veine variqueuse peuvent adhérer à la peau et alors

une contusion même légère, un effort, suffisent pour amener d'une part la phlébite et ses accidents, ou même, si la dilatation variqueuse est volumineuse, la déchirure de ses parois. Quand la peau n'est pas rompue, l'hémorrhagie est interstitielle et s'arrête spontanément: quand au contraire il y a plaie cutanée, le sang s'écoule au dehors et l'hémorrhagie veineuse s'arrête par une compression modérée et le repos; mais toujours, comme dans toute plaie, les complications sont à craindre si l'on n'use d'un traitement antiseptique rigoureux.

Le tissu connectif induré autour des varices peut suppurer et former des abcès qui, par extension irritative, réagiront sur l'adventice de la veine elle-même et détermineront des périphlébites qui auront pour conséquences la destruction de l'endothélium de la tunique interne et la formation de caillots. Ces derniers pourront eux-mêmes se désagréger sous l'effort du courant sanguin et devenir des embolies.

Les caillots peuvent aussi, rarement il est vrai, déterminer l'obstruction complète de la veine et la guérison des varices.

Les phlébites variqueuses sont surtout à craindre dans la puerpéralité et, d'après certains auteurs, chez les cachectiques, les alcooliques, les goutteux.

Peu douloureuses, même indolentes au début, les varices superficielles affectent la forme de cordons flexueux, plus ou moins noueux, dépressibles, mobiles, bleuâtres, situés sous la peau. Lorsqu'elles forment des tumeurs variqueuses, elles donnent la sensation de paquets de gros vers.

Les varices augmentent de volume par la station verticale, par un effort ou par une compression établie entre le cœur et elles; le décubitus dorsal les fait au contraire disparaître en partie ainsi qu'une compression périphérique.

Lorsque la gêne circulatoire devient plus grande, lorsque le membre a été fatigué par la station verticale ou la marche, il intervient un sentiment de lourdeur, une douleur profonde, des fourmillements, des contractions fibrillaires.

Les varices peuvent-elles se borner aux veines superficielles? Pour Verneuil, elles débutent toujours par les veines profondes, musculaires surtout et s'étendraient ensuite au plan veineux superficiel. C'est donc aux varices qu'il attribue toutes ces sensations de lourdeur, de douleur profonde, etc., ainsi que la dureté des jumeaux et du soléaire.

**Traitement.** — Jusque dans ces derniers temps, jusqu'à l'emploi des méthodes antiseptiques, il était généralement admis qu'en raison des dangers de phlébites et des accidents si graves qui en étaient la conséquence, il fallait se borner au traitement palliatif des varices. Il n'en est plus de même aujourd'hui et si nous ne conseillons pas d'opérer toujours et quand même, nous croyons que sur des adultes vigoureux, soumis à des travaux fatigants, quand les varices sont volumineuses ou

quand elles ont donné lieu à des ulcères chroniques, il est convenable de tenter la guérison radicale.

Dans les cas contraires, chez des personnes qui peuvent par leur profession ou leur situation de fortune se soustraire à de grandes fatigues, il vaut mieux s'en tenir aux moyens palliatifs.

Nous ne parlerons pas de la position horizontale prolongée, nous ne pensons pas que, même gardée pendant des semaines et des mois, elle puisse amener la guérison d'une infirmité qui doit son existence à des troubles de trophicité.

Il n'en est pas de même des méthodes compressives. Nous nous bornerons à indiquer les bas élastiques dits à varices qu'on enlève la nuit. Il importe de ne pas les choisir trop étroits, car ils pourraient provoquer des douleurs. Après les avoir retirés, on recommande de faire quelques frictions excitantes sur la peau pour activer la circulation cutanée gênée par la permanence de la compression.

Tous les procédés de cure radicale des varices reposent soit sur la destruction d'une partie de la veine, soit sur la production d'une phlébite coagulante.

Abandonnées pendant de longues années, l'extirpation et la résection des veines variqueuses ont été reprises dans ces derniers temps, et grâce à l'emploi des méthodes antiseptiques, elles ont donné d'excellents résultats.

On isole la veine sur la longueur voulue et on la résèque entre deux ligatures au catgut. On peut encore ne pas réséquer la veine et la laisser en place après l'avoir oblitérée par des ligatures au catgut.

Pour déterminer la phlébite coagulante, on a mis en usage la compression entre des sutures entortillées ou enchevillées, élastiques ou non, passées sur des épingles glissées au-dessous et au-dessus de la veine.

Les injections capillaires d'alcool, d'ergotine, de perchlorure, de solution de tannin, d'un mélange d'iode et de tannin, ont donné de bons résultats et cependant, quelles que soient les précautions prises, il me semble qu'elles exposent aux embolies.

Enfin, rappelons les cautérisations actuelles: fer rouge, thermocautère; ou potentielles: caustique de Vienne, chlorure de zinc, etc. Tous ces moyens tendent à provoquer une phlébite oblitérante.

### ARTICLE III. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DES LYMPHATIQUES

#### Considérations générales.

Les vaisseaux capillaires ne sauraient être assez nombreux pour atteindre chaque élément anatomique, aussi forment-ils des réseaux entourant des dis-

tricts organiques. Tous ces départements sont constitués par la gangue générale de tissu connectif plus ou moins embryonnaire au milieu de laquelle se trouvent déposés les différents éléments. C'est dans les interstices laissés entre ces derniers, interstices remplis par des couches connectives très minces, de consistance molle, mucoïde, embryonnaire, que se fait, par diffusion, l'échange entre le plasma sanguin transsudé à travers les parois capillaires et les liquides du déchet nutritif. Dans tout ce système interstitiel il n'existe donc pas en réalité un appareil canaliculé, mais un réseau sans parois propres, à travers lequel continuent à se faire les phénomènes d'échange. Ce réseau, constitué par les lacunes du tissu connectif, est comparable à ce qui se produit dans l'irrigation d'une prairie; les liquides cheminent de proche en proche dans les interstices des particules minérales qui constituent le sol et arrivent ainsi aux racines végétales; leur circulation, leur écoulement n'est possible qu'à la condition d'une différence de pression entre les liquides d'apport et ceux de rejet. Mais, d'autre part, si l'apport était toujours supérieur au déport, il en résulterait bientôt une pléthore de ce petit organisme s'il n'existait aucune condition qui vienne régler l'absorption relative de chaque élément végétal ou animal, la diffusion serait impossible et la nutrition cesserait de se faire. C'est pour régulariser ces différences entre l'apport et le déport que les artérioles sont contractiles et régies par leurs nerfs vaso-moteurs; c'est aussi pour cela que peut-être les lacunes du tissu connectif sont tapissées par un endothélium discontinu.

De même que dans une prairie inondée par un excès de pression en amont ou par l'imperméabilité du sous-sol, il est nécessaire, pour amener la dérivation de l'eau, d'établir un système de drainage constitué par des tubes non perméables qui récoltent les liquides en amont, de même aussi dans tous ces territoires organiques, irrigués par les capillaires situés au-dessus, la présence de drains est-elle indispensable : ce sont les *vaisseaux lymphatiques* qui jouent le rôle de drains et qui ramènent ainsi par voie indirecte, à circulation lente, les liquides vers la circulation centrale. La lymphe qu'ils conduisent est donc constituée par l'excédent du plasma transsudé et non utilisé, par les liquides de déchet organique mélangés à ce plasma et par les éléments cellulaires dus à la prolifération des éléments embryonnaires du tissu connectif.

Il est donc aisé de comprendre que dans tout organe, dans tout tissu, comme dans chaque district organique, il existe deux espèces de circulation de retour, l'une veineuse, à cours rapide, l'autre lymphatique, à cours lent. Lorsque le cours du sang est gêné dans le système veineux, la pression y augmente, la circulation capillaire est entravée, le sérum transsude en excès, distend les mailles connectives, et les liquides, qui forment ainsi les œdèmes, doivent disparaître par la circulation lente, par le système lymphatique.

Les vaisseaux lymphatiques sont constitués à peu près comme les veines, bien que dans leur tunique moyenne, très mince, on ne trouve que des fibres lisses circulaires mélangées à des fibres élastiques longitudinales.

Dans leur intérieur se voient des valvules disposées par paires et parallèles; à leur niveau le vaisseau est élargi, ce qui lui donne un aspect nouveau caractéristique.

Tout lymphatique, avant d'aboutir au canal thoracique, traverse au moins un *ganglion*; pour les détails de la structure desquels nous renvoyons aux traités d'histologie ou d'anatomie descriptive. Les vaisseaux afférents aux ganglions

s'y capillarisent ou mieux s'abouchent dans des réseaux lacunaires en rapport avec des vaisseaux sanguins. De ces réseaux, de ces sinus partent de nouveaux vaisseaux lymphatiques qui gagnent, soit directement le canal thoracique, soit, beaucoup plus souvent, aboutissent successivement à des ganglions de plus en plus centraux. La circulation lymphatique, lente dans les vaisseaux, est bien plus ralentie encore dans les systèmes de réseaux et de sinus qui constituent les ganglions; aussi y stagne-t-elle et peut-elle y déposer les particules nuisibles, poussières minérales, éléments microbiens, etc., qui proviennent des voies d'absorption. Alors qu'il s'agit de poussières minérales, de charbon par exemple, elles s'arrêtent dans les ganglions sans être entraînées au delà; quand au contraire ce sont des éléments microbiens capables de pulluler sur place, ils continuent leur trajet des vaisseaux efférents à d'autres ganglions, jusqu'à ce qu'enfin ils aient atteint le torrent circulatoire général qui les répartit dans toute l'économie. On conçoit donc ainsi comment chaque ganglion peut devenir d'abord un point d'arrêt, et consécutivement un nouveau foyer pour l'infection, qu'il s'agisse d'une affection microbienne ou d'une autre.

Comme les veines, les lymphatiques sont toujours disposées sur deux plans, l'un superficiel et sus-aponévrotique, l'autre profond. Toujours aussi à la racine des membres ces deux plans communiquent largement et les lymphatiques superficiels vont se jeter dans les vaisseaux et les ganglions profonds. C'est à travers les aponévroses que se font ces anastomoses, et, ainsi que nous le verrons plus tard, c'est à cette raison qu'est due la disposition spéciale de fascia crebriformis de la cuisse.

#### § 1. — Lésions traumatiques du système lymphatique.

##### PLAIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

En général on se préoccupe peu des plaies des lymphatiques. Partout où les tissus sont divisés par un traumatisme ou par le bistouri du chirurgien, des vaisseaux lymphatiques se trouvent ouverts, et la cicatrisation de leurs extrémités divisées suit le travail régulier de réparation qui peu à peu s'achève autour d'eux.

Cependant telles conditions se trouvent quelquefois réalisées, que la réparation ne peut avoir lieu et que la persistance de l'écoulement de la lymphe à la surface d'une plaie constitue un véritable danger.

La première des ces conditions, la plus importante, tient au volume des lymphatiques ouverts. C'est ainsi que le pli de l'aîne, le pli du coude, le cou, voient quelquefois s'établir à leur centre des fistules lymphatiques rebelles.

Écoulement d'un liquide séreux jaunâtre, ambré ou légèrement rosé; écoulement lent, continu, souvent fort abondant, tels sont les signes ordinaires de cette affection assez rare du reste.

On ne peut préciser la quantité de lymphe qui s'écoule ordinairement par une fistule large établie sur de gros lymphatiques. Elle peut être considérable et épuiser par son abondance les sujets porteurs de ces fistules.

Les caractères du liquide qui ressemble au liquide séreux des cavités accidentelles ou naturelles imposent une certaine attention pour éviter de confondre une fistule lymphatique avec une plaie des bourses séreuses ou des cavités articulaires. L'examen attentif des fonctions de l'organe, de la position de la plaie, aidé de connaissances anatomiques exactes suffit, on le conçoit, pour guider le clinicien.

**Traitement.** — Qu'il y ait simplement gêne, incommodité pour le patient ou menace d'épuisement et danger pour la vie, il y a lieu de se préoccuper d'une semblable affection et d'agir pour faire cicatrifier les plaies ou tarir les fistules.

Quand la lésion est encore récente, nous croyons que les cautérisations au fer rouge ou les caustiques secs, tels que la pâte de Canquoin, sont encore les meilleurs agents pour amener la guérison.

Plus tard, sur une lésion plus ancienne, ils peuvent encore agir heureusement, mais il sera nécessaire d'aller plus profondément et de détruire les trajets fistuleux organisés qui ne pourraient céder devant une action superficielle.

En dehors des moyens qui ont pour but de transformer en une plaie vive une plaie sans activité, ou une cicatrice organisée, nous n'avons aucune tendance à admettre l'efficacité de la compression ou des ligatures, d'une application toujours difficile quand il s'agit des vaisseaux lymphatiques.

## § 2. — Lésions nutritives du système lymphatique.

### A. — *Lymphangite.*

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques est rarement une affection primitive; presque toujours elle procède d'une autre maladie dont elle vient compliquer la marche et dont, par son intensité même, elle masque la plupart des symptômes.

La lymphangite admet un caractère aigu; elle n'affecte que rarement le type chronique et presque toujours alors il s'agit de lésions viscérales profondes en rapport avec certains états cachectiques.

Déjà dans les pages précédentes nous avons indiqué quelle part importante avait le système lymphatique dans la pathogénie des états graves, des maladies infectieuses. La richesse de ses vaisseaux multipliés à l'infini du côté des téguments et des enveloppes viscérales où ils participent à la structure des membranes de glissement, l'abondance de ses vaisseaux d'origine considérés à juste titre comme pénétrant partout où le tissu conjonctif existe, nous rendent compte des accidents inflammatoires qui succèdent à l'inoculation des viscères.

Ces considérations générales se rapportent aussi bien aux lymphatiques profonds qu'aux lymphatiques superficiels; cependant les auteurs

qui après Velpeau ont écrit sur leurs maladies ne donnent de la lymphangite profonde que des descriptions bien confuses. Pourquoi chirurgiens et pathologistes s'entendent-ils si peu sur cette dernière variété et réservent-ils leur exactitude et une communauté d'opinion pour les belles descriptions qu'ils nous donnent de la lymphangite superficielle?

A notre avis, la raison en est bien simple: l'inflammation des vaisseaux blancs a trop de caractères communs avec les phlegmons pour faire une variété tout à fait distincte, et la ligne de démarcation n'est pas nette entre elle et eux. Quand une lymphangite superficielle se développe, elle aura d'emblée les caractères qu'elle doit conserver jusqu'à la fin: elle sera simple, telle que nous la décrirons bientôt, ou revêtira la forme phlegmoneuse, comme dans les inoculations virulentes par piqûres anatomiques graves.

Si l'angioleucite profonde nous est moins connue, c'est que jamais on ne peut constater les signes physiques qui lui appartiennent, et c'est surtout parce que les causes capables de produire les inoculations peu graves qui ordinairement amènent des lymphangites vraies n'arrivent pas jusqu'aux vaisseaux profonds.

Les vaisseaux superficiels à cause de leurs réseaux infinis et de leur position se trouvent prêts à subir tous les genres de contagé et d'infection, et quand ils rencontrent parmi ces contagés celui d'un agent septique, l'inflammation prend les caractères spéciaux de la lymphangite simple, c'est-à-dire d'une inflammation modérée.

Au contraire, les lymphatiques profonds seront peu atteints ou subiront les plus graves inoculations quand par exemple un traumatisme important aura violemment meurtri les parties molles et le squelette. N'est-elle pas comme cette grave complication de la lymphangite bronzée avec tuméfaction considérable, arborisations noirâtres, signes généraux graves, dans laquelle le membre soumis à l'absorption rapide de produit gangréneux sans issue facile est menacé des pires accidents du phlegmon diffus?

Aussi aurions-nous une tendance à conclure que la lymphangite profonde, dans ses formes bénigne et grave, est souvent la propagation d'une lymphangite superficielle; que bénigne elle sera presque toujours masquée par la phlegmasie superficielle et passera presque inaperçue, qu'enfin sa forme grave, qu'elle soit spontanée ou résulte d'une propagation de la surface vers la profondeur, aura toujours des caractères tels qu'il s'agira plutôt du phlegmon diffus.

L'expérience clinique de chaque jour n'est pas la seule qui nous conduise à cette conclusion. L'anatomie pathologique, elle aussi, nous fournit des preuves de ce lien étroit de parenté qui existe entre l'inflammation des lymphatiques et les phlegmons graves du tissu cellulaire, en nous montrant tous les degrés, qui de la simple injection des canaux lymphatiques avec épaissement de leurs parois et infiltration de glo-