

physiques et chimiques; certains principes peuvent être en excès; généralement le liquide sécrété est plus aqueux, il peut contenir aussi un corps nouveau, comme on l'observe dans le diabète, mais il n'est jamais mêlé à du sang ou à du pus que lorsqu'il existe quelque complication. Les fluides dont je parle ne peuvent, dans aucun cas, s'organiser.

Les sécrétions morbides se font souvent sans prodromes; d'autres fois elles sont annoncées par des symptômes précurseurs très-variables, et qui sont tantôt généraux et tantôt bornés à l'organe menacé. Le symptôme principal dans l'histoire du *flux* consiste dans l'excrétion d'un liquide. L'écoulement peut être continu, ou avoir lieu à certains intervalles; il se fait sans douleurs, ou avec des souffrances parfois atroces: cependant, dans la plupart des cas, on n'observe que des troubles fort légers. Lorsque, au contraire, le liquide exhalé est contenu dans l'organe, il en résulte des accidents plus ou moins graves, dépendant surtout de la compression que le fluide exerce, compression qui est d'autant plus fâcheuse que les parties se prêtent moins à la distension. Les symptômes généraux sont nuls, légers ou graves, suivant la nature du flux et sa marche plus ou moins rapide. En général, lorsque la sécrétion morbide s'établit brusquement, les symptômes généraux sont graves: tels sont, pour les flux, le choléra et la diarrhée séreuse; pour les collections, les épanchements dans le crâne et dans la poitrine. Lorsque les flux se prolongent, la plupart des autres sécrétions naturelles diminuent, plusieurs même semblent se supprimer; la constitution s'altère, les malades s'étiolent, ils dépérissent, ils peuvent succomber en présentant les symptômes de la fièvre hectique. Ainsi que nous l'avons dit page 185, celle-ci ne s'allume guère sous l'influence seule de la supersécrétion, quel qu'en soit le siège, mais à cause d'une complication phlegmasique, et souvent encore en raison d'une phthisie pulmonaire intercurrente, terme en quelque sorte habituel de certaines hypercrinies.

Les hypercrinies ont une marche tantôt continue, tantôt plus ou moins intermittente, irrégulière, sujette à des exacerbations nombreuses. Les unes se terminent après une durée en quelque sorte éphémère, les autres persistent indéfiniment. Plusieurs ont très-peu de tendance à guérir, telles sont la polyurie, le diabète. Les hypercrinies, une fois guéries, sont toutes sujettes à récidiver.

Après avoir constaté l'existence soit d'un flux, soit d'un épanchement, il faut déterminer, d'après les commémoratifs, d'après l'état actuel du malade et la marche de l'affection, si la sécrétion morbide est un phénomène primitif, essentiel, ou s'il est symptomatique d'une lésion matérielle locale ou de l'état constitutionnel du sujet.

La gravité du pronostic est proportionnée à l'importance, à la quantité du liquide excrété, à la promptitude avec laquelle il s'écoule, et, dans le cas d'épanchement, à l'importance des organes comprimés; enfin, à la nature de la cause, suivant que celle-ci est susceptible ou non d'être éloignée.

Les causes des sécrétions morbides sont le plus souvent obscures. Toutefois nous verrons plus tard que l'âge, le sexe, le régime, les conditions atmosphériques, que certaines maladies antérieures, que l'hérédité, que certaines professions, etc., constituent tout autant de prédispositions pour quelques-unes de ces affections en particulier. Quant à la cause prochaine, il est ordinairement impossible de la préciser. Quelquefois la maladie est consécutive à un trouble de l'innervation ou à une modification survenue dans la circulation papillaire. Enfin, dans quelques cas, il semble que la maladie résulte d'une augmentation dans l'action des solides (*flux actifs*), tandis que d'autres fois il

paraît, au contraire, que ceux-ci sont frappés d'atonie, ou que les liquides, ayant moins de densité, sont moins facilement retenus par les vaisseaux (*flux passifs*).

Le traitement des nombreuses affections qui appartiennent à cette classe varie beaucoup. Il y a des moyens directs: tels sont l'évacuation artificielle pour les collections; le tamponnement, la compression pour les flux; la médication topique pour les deux. Les moyens indirects les plus puissants dans les flux actifs sont les médications antiphlogistique et sédative; dans les flux passifs, ce sont les toniques et les astringents. Dans les deux cas, on emploie très-souvent une médication perturbatrice: ainsi on produit des révulsions sur diverses parties du corps, et l'on excite les principales sécrétions naturelles. Enfin, la marche continue ou intermittente et la nature essentielle ou symptomatique de la maladie seront encore la source de quelques indications sur lesquelles il est inutile d'insister ici.

Comme Chomel le faisait autrefois dans ses cours de pathologie, nous diviserons les sécrétions morbides d'après la nature du fluide exhalé; nous allons donc étudier séparément: 1° les sécrétions séreuses; 2° les sécrétions muqueuses; 3° les sécrétions de liquides propres à quelques organes, comme l'urine, le sperme, le lait, etc.; 4° enfin les pneumatoses, ou la sécrétion des fluides élastiques. Dans la première édition, nous y avons joint les hémorrhagies; mais il n'y a que celles qui se font par exhalation qui pourraient entrer dans cette classe. Pour ne pas scinder ce sujet, il nous a semblé plus convenable de faire des hémorrhagies une classe à part, que nous avons étudiée déjà, et qui forme une transition naturelle aux maladies dont nous allons commencer la description.

PREMIER GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES

SÉCRÉTIONS SÉREUSES

L'exhalation morbide de la sérosité se fait communément dans le tissu cellulaire et dans les membranes séreuses, où le liquide est retenu pendant un temps plus ou moins long; d'autres fois la sécrétion s'opère à la surface d'une membrane muqueuse, et dans ce cas on observe, suivant la disposition des parties, tantôt un flux, tantôt une collection, et quelquefois l'un et l'autre alternativement: c'est ce que nous verrons dans les articles suivants.

DES HYDROPSIES EN GÉNÉRAL

On ne doit comprendre sous le nom d'*hydropisie* que l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ou dans les membranes séreuses. C'est à tort que quelques auteurs ont étendu la signification du mot à l'accumulation des fluides dans les cavités accidentelles comme les kystes, ou dans les organes tapissés par des membranes muqueuses telles que l'estomac ou l'utérus: en agissant ainsi, on rapproche et l'on confond des maladies essentielle-

ment distinctes, tandis qu'en comprenant seulement parmi les hydropisies les épanchements séreux du tissu cellulaire et des membranes séreuses, on forme un groupe naturel de maladies affectant des tissus identiques sous les rapports anatomique et physiologique; de plus, nous verrons combien sont intimes les connexions qui lient les hydropisies des membranes séreuses à celles qui ont leur siège dans le tissu cellulaire : aussi les généralités que nous allons présenter s'appliqueront aussi bien aux premières qu'aux secondes.

Historique. Divisions. — Les anciens ont connu et décrit les principales espèces d'hydropisies sur la nature et la formation desquelles les idées les plus bizarres, en rapport avec les théories régnantes, ont été émises. Cependant, dès l'enfance de l'art, on a essayé d'en rapporter la cause à la lésion matérielle de certains viscères, spécialement à une altération du foie. C'est, en effet, dans ce viscère qu'Érasistrate plaçait la cause unique de toutes les hydropisies, idée exclusive qui fut victorieusement réfutée par Galien. Cependant l'illustre médecin de Pergame, regardant les hydropisies comme un vice de la sanguification, et faisant d'autre part jouer au foie un rôle considérable dans la constitution et le mouvement du sang, il arrivait à conclure que cette glande était toujours ou primitivement ou secondairement affectée chez les hydropiques; ces idées eurent cours jusque vers le XVII^e siècle. La découverte d'Harvey vint les modifier, et l'expérience célèbre tentée en 1622 par Lower, qui, ayant lié la veine cave inférieure et les jugulaires, vit des hydropisies se déclarer aussitôt, révéla le rôle que jouaient les veines dans la production de ces maladies; cette doctrine reçut la sanction de Boerhaave et d'Hoffmann. Cependant la découverte d'Aselli détourna bientôt l'attention des pathologistes, qui, dépossédant de plus en plus les veines du rôle qui leur avait été si justement départi, rapportèrent les hydropisies à une lésion des vaisseaux lymphatiques. Bartholin, Mascagni, Sœmerring, le grand Hunter lui-même et Bichat, continuèrent à propager cette erreur, qui fut si universellement acceptée, que l'on vit Pinel, dans la dernière édition de sa *Nosographie*, classer les hydropisies dans les lésions organiques des vaisseaux lymphatiques. Cependant une réaction s'opéra bientôt; les belles expériences de Magendie réhabilitèrent le rôle des veines dans l'absorption; presque aussitôt M. Bouillaud, et plus tard M. Raynaud, publièrent des travaux pathologistes qui confirmèrent ces données expérimentales. Un grand progrès était dès lors réalisé; toutefois beaucoup d'hydropisies restaient encore inexplicables, lorsque, dès 1828, le docteur Bright démontra que certaines d'entre elles étaient sous la dépendance d'une altération rénale. Cette belle découverte fut le point de départ de travaux immenses entrepris surtout en Angleterre par Christison et Gregory, en France par MM. Rayer, Martin-Solon, ainsi que par MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, etc.

L'hydropisie n'est donc guère considérée aujourd'hui que comme un symptôme de différents états morbides que quelques anciens, guidés par leurs idées spéculatives, avaient indiqués en grande partie, mais dont l'existence n'a été démontrée que par les ouvertures des cadavres et par les expérimentations des physiologistes. Après toutes ces recherches, il est désormais prouvé que presque toutes les hydropisies sont *symptomatiques*, c'est-à-dire qu'elles sont le résultat d'une altération dans la texture de certains organes ou d'un changement survenu dans la quantité et dans la composition du sang. Quelques-unes pourtant sont *idiopathiques*, c'est-à-dire dépendent d'un travail particulier, limité à l'organe même qui est devenu le siège de l'exhalation séreuse, mais dont les causes sont presque toujours inconnues. Indépendamment de la division précédente, on a encore distingué les hydropisies en *actives* ou *sthéniques*, et en

passives ou *asthéniques*. Les premières sont celles qui, survenant promptement, ont une marche rapide et s'accompagnent de quelques symptômes de réaction ou d'excitation. On les a regardées comme affectant spécialement les sujets forts, sanguins, et l'on a supposé que la maladie résultait alors d'une augmentation dans la perspiration séreuse, due elle-même à un travail occulte qu'on a nommé *subinflammation* ou *irritation sécrétoire*. Les hydropisies atoniques ou passives, produites par une diminution dans l'absorption, auraient au contraire une marche lente, et ne s'accompagneraient d'aucun phénomène d'excitation ou de réaction du côté de l'organe qui est le siège de la congestion séreuse. Les hydropisies par obstacle à la circulation veineuse seraient le type de la forme passive, tandis que beaucoup d'anasarques, qui se déclarent brusquement dans la convalescence des scarlatines, ou dans la maladie de Bright à marche aiguë, représenteraient assez bien la forme sthénique. Cette dernière division des hydropisies proposée par Breschet, adoptée même de nos jours par M. Bouillaud, est souvent d'une application très-difficile dans la pratique. Nous croyons donc préférable, avec les auteurs du *Compendium de médecine*, de lui substituer une division uniquement basée sur la connaissance des causes, sans néanmoins perdre de vue les caractères sthénique et passif, qui, représentant quelque chose de réel, peuvent devenir la source de quelques indications précises, mais ils ne sauraient embrasser toutes les formes des hydropisies.

Cause des hydropisies. — Une gêne au cours du sang veineux est la cause la plus fréquente des hydropisies. Les obstacles à la circulation existent souvent au confluent du système veineux, c'est-à-dire dans le cœur lui-même. Les lésions cardiaques qui produisent le plus facilement l'hydropisie sont les dilatations des cavités et le rétrécissement des orifices. Le cœur se vidant alors incomplètement, le sang veineux y afflue avec plus de difficulté; de là stagnation de ce liquide dans les tissus. Cette lenteur dans la circulation a pour résultat de provoquer divers épanchements séreux. On comprend que la péricardite et l'hydropéricarde puissent produire le même effet. Souvent l'obstacle, beaucoup plus circonscrit que précédemment, ne gêne que la circulation veineuse d'une partie; il en résulte alors une hydropisie limitée à ce point du corps : c'est ce qui arrive, par exemple, lorsqu'une veine d'un certain calibre est obstruée ou oblitérée par des concrétions fibrineuses ou pseudo-membraneuses, ou par la compression que quelques tumeurs extérieures exercent sur elle. Cette cause d'hydropisies partielles, démontrée d'abord expérimentalement par Lower, comme nous l'avons indiqué plus haut, admise comme réelle par Boerhaave, par Van Swieten, par Cullen, etc., a été confirmée de nouveau par les recherches des médecins modernes, spécialement par les observations de MM. Bouillaud (1) et Reynaud (2).

Dans tous les cas qui précèdent, on explique facilement la production de l'hydropisie, si l'on se rappelle que les veines sont les agents principaux de l'absorption, et que cette fonction doit être troublée toutes les fois que le sang circule difficilement dans ces vaisseaux. Il y a alors un défaut d'équilibre entre l'exhalation, qui reste la même, qui augmente peut-être, et l'absorption, qui est moindre et même tout à fait nulle. Cette manière d'interpréter les phénomènes est plus rationnelle que celle qui consisterait à regarder le liquide hydropique comme transsudant seulement des vaisseaux; en effet, la fibrine qui

(1) Archives, année 1823.

(2) Journal hebdomadaire, année 1829.

est en dissolution dans le sang existe rarement dans la sérosité qui est épanchée dans les tissus, et d'ailleurs nous dirons bientôt que celle-ci contient plus d'eau et moins d'albumine et de sels que le sérum du sang.

Il faut encore rapporter aux hydropisies par obstacle à la circulation veineuse toutes celles qui surviennent dans les cas d'hypertrophie de la rate, ou lorsque le foie a augmenté de volume, ou bien, au contraire, lorsqu'il est atrophié et le siège de cette altération que nous décrirons dans le tome II sous le nom de *cirrhose*. La production de l'hydropisie s'explique encore facilement ici par la gêne qu'éprouve la circulation abdominale, soit parce que les veines se trouvent comprimées par les viscères hypertrophiés, soit dans les cas de cirrhose ou d'atrophie du foie, parce que les ramifications de la veine porte, ayant suivi le foie dans son retrait, ont subi une diminution plus ou moins considérable de leur diamètre.

Rien ne prouve que les obstacles à la circulation artérielle puissent produire l'hydropisie. On cite, il est vrai, des cas de gangrène spontanée par oblitération des artères, dans lesquels on voit une infiltration séreuse des tissus; mais comme les veines contiennent en même temps des caillots obturateurs, comme d'ailleurs, nonobstant cette circonstance, la circulation veineuse, privée en partie de l'impulsion du cœur, languit dans ces vaisseaux, il n'y a rien d'étonnant que l'œdème se déclare. Si les maladies du système veineux sont une cause très-efficace d'hydropisie, il n'en est pas de même des affections des lymphatiques. C'est sans motifs qu'on a regardé pendant longtemps les altérations des vaisseaux lymphatiques comme pouvant déterminer certains épanchements séreux; c'est ce que prouvent et les faits pathologiques et les expériences sur les animaux. On a vu, en effet, les vaisseaux lymphatiques d'une partie être détruits ou oblitérés; on a même lié le canal thoracique, sans que ces diverses lésions aient jamais produit aucun épanchement séreux.

Nous n'admettons pas non plus, et cela contrairement à Abercrombie et à quelques autres médecins anglais, l'existence d'hydropisies symptomatiques de maladies aiguës ou chroniques des poumons, car personne en France n'a rien constaté de pareil; d'ailleurs il serait facile de prouver que les infiltrations et les épanchements séreux qui surviennent dans le cours de quelques-unes de ces affections s'expliquent toujours par une des causes qui produisent habituellement les hydropisies, c'est-à-dire par un obstacle à la circulation veineuse, ou par une altération du sang.

Il est, en effet, une classe très-importante d'hydropisies qui reconnaît pour cause une altération du sang. On a prétendu que, lorsque ce liquide existe en quantité trop considérable, des épanchements séreux pouvaient se former. Les expériences sur les animaux vivants tentées par Magendie, et postérieurement par Valentin et par Vogel, ont appris, par exemple, que lorsqu'on injecte une certaine quantité d'eau dans le système circulatoire, on rend l'absorption interstitielle moins active, et que l'inertie de cette fonction est bientôt suivie d'une exhalation séreuse dans diverses parties du corps. C'est ainsi qu'on a expliqué certaines hydropisies se formant rapidement chez les individus pléthoriques, ou chez des personnes qui, s'étant gorgées de boissons, s'étaient mises à peu près dans les conditions de l'animal dans les veines duquel on injecte une grande quantité de liquide. Cependant les faits de ce genre sont excessivement rares, et d'ailleurs il n'est pas encore démontré que le sang, indépendamment de sa plus grande abondance, n'ait pas subi alors en même temps quelque altération dans ses qualités: car c'est là, en effet, la cause qui produit le plus sûrement le développement d'un grand nombre d'hydropisies.

Celles-ci sont très-communes dans les cas où le sang est très-appauvri. C'est ce qu'on voit quelquefois après des hémorrhagies abondantes, à une période avancée du scorbut et de plusieurs maladies chroniques, ou bien chez des individus qui vivent dans des lieux bas, privés d'air et de lumière, et qui n'ont qu'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité. L'altération du sang, qui produit le plus souvent et le plus sûrement des épanchements séreux, est la diminution de l'albumine du sérum.

Nous verrons plus tard que telle est la cause des hydropisies qui surviennent si généralement dans le cours de la maladie de Bright, lorsque le rein enlève au sérum une grande quantité de son albumine.

Les altérations du sang et les obstacles à la circulation veineuse se combinent souvent et expliquent le développement de plusieurs hydropisies. C'est ainsi que les collections séreuses, qui sont si communes dans le cours des fièvres intermittentes prolongées, reconnaissent non-seulement pour cause une gêne dans la circulation, occasionnée par le développement insolite de la rate, mais peut-être plus encore l'altération profonde que le sang a subie. Ceci s'applique également aux affections cancéreuses, qui s'accompagnent souvent d'hydropisies, dont le développement s'explique aussi bien par l'état de cachexie et de débilité que par une oblitération des veines. Cette oblitération est produite tantôt par la compression des masses cancéreuses, et plus souvent peut-être par la formation dans leur intérieur de caillots mêlés parfois à du détritit cancéreux. Enfin MM. Becquerel et Rodier ont reconnu que, dans les hydropisies symptomatiques des affections organiques du cœur, on pouvait souvent invoquer simultanément, pour leur production, la gêne dans la circulation veineuse et la diminution de l'albumine du sang (1).

D'après ce qui précède, on voit qu'il y a manifestement un ordre d'hydropisies qui reconnaît pour cause une altération du sang: ce serait tantôt un vice de proportion dans la *quantité de ce liquide*, mais presque toujours il y aurait *altération de qualité*. Quelques-uns ont admis que la défibrination du sang et la diminution du nombre des globules pouvaient produire des épanchements séreux, mais c'est là un fait très-contestable, et à supposer la chose possible, on doit reconnaître du moins que ces altérations ne sont pas celles qui déterminent les hydropisies les plus nombreuses ni les plus intenses. En effet, c'est à peine si l'on rencontre un peu de bouffissure dans la chlorose la plus caractérisée, ou bien chez les sujets anémiques, après de graves hémorrhagies accidentelles ou provoquées par la défibrination du sang. A quelques chiffres inférieurs que soient descendus les globules et la fibrine du sang, soit isolément, soit simultanément, ces altérations humorales n'ont pas *nécessairement* pour effet de produire l'hydropisie. Il n'en est pas de même lorsque la proportion d'albumine du sérum vient à diminuer, car alors l'hydropisie semble être une conséquence à peu près inévitable: c'est un fait que M. Andral a parfaitement établi. Suivant lui, ce serait par suite d'une pareille altération qu'il faudrait expliquer ces hydropisies qui ont quelquefois affecté des populations entières. Telles sont celles que Gaspard, par exemple, a vues régner épidémiquement en 1816, dans plusieurs départements du centre de la France, où les habitants avaient été réduits à chercher leur nourriture dans des racines et dans les herbes des champs, qu'ils faisaient cuire. Bien que l'opinion de M. Andral ne soit pas encore expérimentalement démontrée, elle a néanmoins quelque fondement; car lorsqu'on analyse, ainsi qu'il l'a fait, le sang des moutons qui

(1) Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1^{er} fascicule, p. 87.

deviennent hydropiques pour avoir été nourris dans des lieux humides, avec des pâturages de mauvaise qualité, on trouve que chez eux il y a moins d'albumine dans le sérum du sang. MM. Becquerel et Rodier ont été plus explicites encore, car ils ne reconnaissent, ainsi que Requin l'avait lui-même exprimé, que deux espèces d'hydropisies : les unes par obstacle mécanique à la circulation veineuse, les autres résultant d'une diminution de l'albumine. Ils contestent, avec raison, que l'abaissement dans le chiffre des globules et de la fibrine, quelque considérable d'ailleurs qu'il soit, ait jamais le même effet; s'appuyant sur six expériences, ils affirment que lorsqu'on voit de l'hydropisie se déclarer chez les anémiques, c'est qu'il existe en même temps une diminution de proportion de l'albumine.

Il est des hydropisies pourtant qui semblent ne reconnaître aucune des causes précédemment indiquées et qui paraissent se lier à un état particulier, presque toujours inconnu, des organes dans lesquels la sécrétion morbide s'opère : ce sont là, à proprement parler, les hydropisies idiopathiques et essentielles. On constate, dans ces cas, un travail morbide, une exagération dans la sécrétion séreuse, sans qu'on puisse rattacher celle-ci à aucune altération d'un solide et d'un liquide. On a prétendu qu'il y avait alors subinflammation ou irritation sécrétoire; mais, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, il ne faut pas accepter ces mots comme exprimant quelque chose de réel, mais seulement comme l'explication d'un phénomène dont nous n'avons pu jusqu'à ce jour déterminer le mécanisme. Quoi qu'il en soit, ces hydropisies dites *actives* ou par *irritation sécrétoire* se développent quelquefois brusquement à la suite de l'impression du froid. Ainsi on a vu des ascites et des anasarques survenir chez des individus qui, ayant le corps échauffé, avaient été mouillés par la pluie ou bien étaient tombés dans l'eau. Le même effet a été produit chez des personnes qui ont pris, étant en sueur, une boisson glacée. Il semblerait que, dans ces cas, les fonctions de la peau ayant été momentanément suspendues, une sécrétion supplémentaire s'est faite dans le tissu cellulaire ou dans une séreuse : c'est probablement de cette manière que surviennent quelques-unes des hydropisies consécutives aux fièvres éruptives. Mais il ne faut pas oublier que, dans beaucoup de cas, ces dernières se rattachent à l'existence d'une affection des reins, et qu'il en est de même pour beaucoup de celles qui se déclarent brusquement au milieu de la santé, sans cause appréciable ou à la suite d'un refroidissement. On peut lire à ce sujet, dans l'*Essai d'hématologie* de M. Andral (p. 457), l'exemple très-curieux d'un jeune homme fort, vigoureux, qui, étant endormi et en sueur, fut inondé d'un pot d'urine froide : il éprouva un refroidissement considérable, dès le lendemain il constata une enflure qui alla en augmentant, et lorsque peu de jours après il entra à la Charité, il était atteint d'une anasarque et d'un commencement d'ascite : ses urines étaient albumineuses; l'hydropisie avait ici sa raison dans la diminution de l'albumine du sérum. J'ai moi-même observé quelques cas à peu près semblables au précédent. Cependant plusieurs fois il m'a été absolument impossible de trouver une altération quelconque du côté des reins; les urines, examinées tous les jours au moins une fois, n'ont jamais précipité d'albumine. Mais faut-il en conclure que la proportion d'albumine du sang n'avait pas diminué? Je n'oserais l'affirmer; il ne serait pas en effet impossible qu'on vit chez l'homme ce que M. Andral a rencontré plusieurs fois chez les individus de l'espèce ovine, savoir : des hydropisies coïncidant avec une diminution de l'albumine dans le sang, sans que les reins fussent simultanément malades, indépendamment de l'écoulement préliminaire de ce principe par l'urine.

Toutefois nous observerons, en terminant, que si la diminution de l'albumine du sérum est un fait probable, très-compréhensible pour ces hydropisies qui surviennent lentement chez des sujets placés dans de fâcheuses conditions hygiéniques, il n'en est pas de même de ces suffusions séreuses qui se manifestent presque subitement en quelques heures à la suite d'un refroidissement. Si dans ces cas les urines ne sont pas albumineuses, il est difficile de concevoir une destruction aussi subite de l'albumine; cependant nous sommes loin de nier le fait, puisque MM. Becquerel et Rodier ont pu, dans trois cas d'hydropisie aiguë, constater une diminution notable dans la proportion de l'albumine, sans que ce principe eût passé préalablement par les urines.

Anatomie pathologique. — Quel que soit le point du corps où siège l'hydropisie, le fluide épanché se rapproche beaucoup du sérum du sang par son aspect et par ses propriétés chimiques. Il est, en effet, limpide, inodore, incolore ou de couleur légèrement citrine, et alcalin : Vogel dit l'avoir vu pourtant être plusieurs fois acide par suite de la formation de l'acide lactique, mais c'était peut-être là moins un effet de la maladie qu'une altération accidentelle de ce liquide. La pesanteur spécifique du sérum hydropique varie entre 1006 et 1064 (Marcet). Il est formé presque entièrement d'eau, dont la proportion est toujours beaucoup plus considérable que celle du sérum du sang : si ce dernier, quand il est le plus chargé d'eau, n'en contient en moyenne que 790 parties, il atteint dans la sérosité des hydropisies le chiffre de 986, comme maximum, et 930 comme minimum. Le sérum renferme en outre différents sels, tels que l'hydrochlorate de soude et de potasse, des sulfates de potasse et de soude, des phosphates de fer, de chaux, de magnésie, dont la quantité est à peu près celle qu'on trouve dans le sérum du sang. Marcet y a découvert aussi une matière animale particulière, soluble dans l'eau, incoagulable par la chaleur, et qu'il nomme *mucro-extractive*. Dans quelques cas, notamment dans les hydropisies symptomatiques de l'affection de Bright, on peut y découvrir de l'urée. Enfin, en faisant bouillir le liquide ou en le traitant par l'acide nitrique, on y décèle la présence de l'albumine. La quantité de produit, ainsi que M. Andral l'a constaté, varie depuis 4 jusqu'à 48. Il résulte aussi des recherches du même auteur, que le siège de l'hydropisie, comme la nature de sa cause, n'exerce aucune influence sur l'élévation plus ou moins grande du chiffre de l'albumine; mais il n'en est pas de même de l'état plus ou moins grand d'intégrité de la constitution. En effet, plus celle-ci est encore intacte et forte, plus en général la sérosité épanchée contient de l'albumine. Une circonstance remarquable, également signalée par M. Andral, c'est que, dans les cas où chez un même individu il existe à la fois divers épanchements séreux, les liquides qui les constituent peuvent différer notablement les uns des autres relativement à la proportion d'albumine qu'ils contiennent. Il en est qui en renferment beaucoup, tel est le liquide épanché dans le péritoine, tandis que communément il n'y en a que peu ou point dans la sérosité qui infiltre le tissu cellulaire des membres. C'est l'albumine qui rend la sérosité des hydropisies plus ou moins consistante; le liquide sera épais, visqueux et filant, toutes les fois que la proportion de l'albumine s'élèvera à plus de 12 pour 100. Il y a enfin des hydropisies dont le liquide tient en dissolution une plus ou moins grande quantité de fibrine : cela n'a pourtant guère lieu que lorsqu'il y a eu un travail inflammatoire. Il en est de même du pus qui, mêlé au liquide hydropique, trahit nécessairement une complication phlegmasique.

La sérosité des hydropisies peut être accidentellement colorée en rouge par l'hématosine, en jaune ou en vert chez les ictériques, par la matière colorante