

été observée spécialement en Allemagne et dans l'Amérique du Nord; quelques cas ont été recueillis en Angleterre et en Suisse; on en a peu rencontré en France, mais il ne paraît pas, d'après M. Bordmann, que l'Italie et l'Espagne en aient encore fourni aucun exemple.

Traitement. — Le traitement de la diathèse hémorrhagique est encore peu avancé; il est palliatif, curatif ou prophylactique.

Lorsque la diathèse se révèle et produit des hémorrhagies, il faut se hâter d'arrêter l'écoulement sanguin. Pour cela on aura recours à tous les moyens usités dans les cas d'hémorrhagie passive. Si celle-ci est extérieure, nous emploierons surtout les styptiques et la compression; nous redouterions beaucoup les moyens chirurgicaux, comme la ligature; car souvent la surface de la plaie a été la source d'une hémorrhagie mortelle. Nous craindrions même la cautérisation, attendu que la chute de l'eschare laisserait une plaie par laquelle une hémorrhagie grave pourrait encore s'effectuer.

La plupart des hémophiles ayant une constitution lymphatique, les hémorrhagies auxquelles ils sont sujets les rendant plus ou moins anémiques, il importe de réparer leurs pertes, et de modifier leur état constitutionnel en les plaçant dans les meilleures conditions hygiéniques. Leur alimentation sera substantielle; les amers, le quinquina, les ferrugineux, les bains sulfureux, les bains de mer, et mieux encore les affusions et douches froides compléteront le traitement.

Les individus dont nous parlons devront être entourés de soins particuliers; car la moindre contusion, la plus légère solution de continuité, peuvent provoquer la manifestation de la diathèse. Aussi doit-on s'abstenir chez eux de toute opération sanglante, même de toute dénudation de la peau, à moins d'absolue nécessité, et dans ce cas on soumettra les individus à une surveillance de tous les instants pour combattre les accidents diathésiques dès leur manifestation.

Nature. — La plus grande incertitude règne encore sur la nature de la diathèse hémorrhagique; les rares autopsies qu'on a faites n'ont conduit à aucun résultat. Les uns ont expliqué l'abondance et la répétition des hémorrhagies par une atonie des solides, spécialement du système lymphatique; d'autres ont accusé une altération du sang, une diminution dans la proportion de sa fibrine; d'autres, enfin, ces deux causes réunies. La première opinion n'est qu'une hypothèse non susceptible de démonstration. L'idée d'une défibrination et d'un appauvrissement du sang pourrait être défendue par la possibilité de reproduire des accidents analogues chez les animaux en défibrinant leur sang; et parce que toutes les fois qu'il est question des qualités de ce liquide, on le signale comme étant pâle, séreux, appauvri, comme contenant beaucoup moins de fibrine, ainsi que la chose a été particulièrement notée chez un malade que j'avais soigné moi-même à l'hôpital Cochin, et dont M. Tardieu a publié l'intéressante relation dans les *Archives* de 1841. Tout en témoignant de ces résultats, nous croyons que la question est loin d'être jugée; aussi importe-t-il de renouveler et de varier les analyses. Il n'y aurait rien d'impossible, enfin, que nous ne puissions pas saisir toutes les conditions du phénomène morbide, et qu'il y eût pour cette diathèse, comme pour toutes les autres, une inconnue.

CINQUIÈME CLASSE DE MALADIES

DES SÉCRÉTIONS MORBIDES

Sous les titres de *sécrétions morbides*, *lésions de sécrétion*, *d'hypercrinies*, *d'hyperdiacrisies*, *d'hétérocrinies*, on comprend un grand nombre d'affections caractérisées par l'augmentation d'un fluide naturel, ou bien par la sécrétion accidentelle d'un fluide inaccoutumé, sans qu'on puisse constater aucune lésion appréciable dans le tissu. Le produit de cette sécrétion morbide peut s'écouler au dehors, ou bien être retenu dans les parties mêmes où il a été exhalé. Dans le premier cas, on dit qu'il y a *flux*; dans le second, on dit qu'il y a *collection* ou *épanchement*. On peut, d'ailleurs, dans le même organe, voir alternativement les liquides exhalés s'écouler au dehors ou être retenus; c'est ce qu'on observe particulièrement pour l'utérus.

C'est avec raison que les anciens nosographes ont admis sous le nom de *flux* et de *collection* une grande classe de maladies que quelques modernes avaient vainement essayé de faire disparaître, en voulant toujours rattacher la sécrétion morbide à une altération matérielle de l'organe exhalant. Les recherches d'anatomie pathologique ont démontré combien ces prétentions étaient peu fondées: elles ont prouvé, en effet, que des flux et des collections liquides considérables pouvaient exister pendant longtemps sans aucune lésion appréciable dans les parties; que si parfois on en rencontrait quelque-une, comme un peu d'injection, ou une légère augmentation de volume, soit de l'organe entier, soit de quelques-uns de ses éléments anatomiques, ces modifications de l'acte nutritif sont exceptionnelles, elles ne sont point en rapport avec les accidents observés pendant la vie, et ne sauraient par conséquent les expliquer. Il est donc impossible, dans ces cas, de caractériser *anatomiquement* la maladie. Prétendre que celle-ci consiste dans une *irritation sécrétoire*, ce n'est point résoudre le problème, mais c'est dissimuler notre ignorance par un mot vague qui ne démontre rien. Dans l'impuissance où nous sommes de pénétrer la nature de la maladie, nous ne saurions donc mieux faire que de la caractériser par le phénomène prédominant, c'est-à-dire par l'exhalation et l'excrétion du liquide. Ce symptôme, d'ailleurs, peut, abstraction faite de la cause la plus souvent inconnue qui le produit, expliquer la plupart des accidents que l'on observe, et il devient en outre la source des principales indications à remplir.

Il est peu de parties du corps qui soient à l'abri des affections dont je parle: cependant il en est qui y sont plus exposées que d'autres. Ainsi les glandes, la peau, les membranes muqueuses, les séreuses, le tissu cellulaire, tous les organes, en un mot, qui exhalent, qui sécrètent un fluide, peuvent devenir le siège d'une hypercrinie. D'après son origine si différente, on comprend que la nature du liquide doit beaucoup varier: tantôt il ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est à l'état normal, le plus souvent il est modifié dans ses qualités

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

parait, 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, Sœmmering, 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 débris 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. 157), 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 (Marcel). 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. Marcel 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

de la bile; quelquefois elle a une teinte blanche, laiteuse, qui est due, d'après Vogel, ou à de la graisse, ou à des cellules d'épithélium, ou à de l'albumine séparée.

La quantité de sérosité épanchée varie beaucoup dans les différentes espèces d'hydropisies. Si elle est considérable, elle produit une distension des tissus; les cavités qui la contiennent sont agrandies; certains organes, ayant été fortement comprimés par le liquide, sont affaissés, flétris, atrophiés. Quelques auteurs, se fondant surtout sur quelques faits relatés par Lower, Morgagni et Mascagni, ont prétendu que chez les hydropiques on trouvait souvent les vaisseaux lymphatiques volumineux et distendus; mais on a ici évidemment conclu d'après quelques cas exceptionnels: l'observation journalière ne démontre, en effet, aucune lésion appréciable dans le système lymphatique des individus qui succombent avec une hydropisie.

Symptômes. — Les symptômes généraux et locaux varient beaucoup suivant le siège de l'hydropisie, et surtout suivant la cause qui l'a produite. Dans la plupart des cas, on constatera une augmentation dans le volume des parties et certains symptômes dus à la compression que le fluide épanché exerce sur les organes avec lesquels il est en contact. Les accidents varient d'ailleurs suivant l'abondance de l'épanchement, la rapidité avec laquelle il se forme, et la résistance des parties qui le renferment. Quant aux symptômes généraux, il n'en est aucun qu'on puisse regarder comme spécial à l'existence d'un épanchement séreux. C'est à tort qu'on a indiqué une soif intense, l'aridité de la peau et de la muqueuse buccale, la constipation, les urines rares, en un mot la diminution de la plupart des sécrétions, comme accompagnant toutes les hydropisies. Ces différents symptômes n'existent pas chez la plupart des malades, et, quand on les rencontre, ils doivent être rapportés souvent à d'autres causes qu'à l'hydropisie elle-même.

Marche. Terminaisons. — La marche des hydropisies varie: les unes ont une durée courte, puisqu'elles cessent au bout de quelques jours; d'autres, par contre, persistent pendant des mois, ou même pendant des années entières. La terminaison peut être favorable ou funeste: dans le premier cas, l'hydropisie cesse tantôt peu à peu, d'autres fois rapidement, et sa disparition coïncide souvent avec un flux considérable d'urine, avec une diarrhée séreuse, ou bien avec une abondante diaphorèse. Enfin, dans quelques cas fort rares, la guérison s'est effectuée après que la sérosité a été évacuée par une ouverture spontanée de la peau. Les hydropisies idiopathiques ne sont pas les seules qui guérissent; on voit parfois disparaître aussi celles qui dépendent d'une lésion organique, lors même que celle-ci n'a éprouvé aucune amélioration appréciable. Dans ce dernier cas, la guérison n'est que passagère; au bout d'un temps plus ou moins court l'hydropisie reparait. Celle-ci peut ainsi cesser et reparaitre plusieurs fois de suite avant de devenir définitive; cependant, il est bien rare qu'après la troisième récurrence elle diminue, et surtout qu'elle disparaisse encore. La mort est la terminaison la plus ordinaire des hydropisies; elle a lieu, tantôt par les progrès toujours croissants des maladies dont l'hydropisie est un des symptômes, tantôt par suite de quelque complication, ou par quelques-uns des accidents que produit l'épanchement lui-même: tels sont les gangrènes et les érysipèles phlegmoneux (dans l'anasarque), l'asphyxie (dans l'hydrothorax). Enfin, un certain nombre de malades sont emportés rapidement par divers troubles cérébraux, tels que délire, mouvements convulsifs et coma. Ces accidents peuvent survenir dans toutes les hydropisies, mais on les observe surtout dans celles qui sont symptomatiques de l'albumi-

nurie. Ils sont parfois précédés de céphalalgie et de torpeur; le plus communément ils se développent brusquement, et sont souvent précédés d'une diminution considérable de l'hydropisie. La manifestation des symptômes apoplectiques pourrait parfois s'expliquer en disant que la sérosité résorbée a été portée vers les centres nerveux par un véritable mouvement métastatique: ce qui confirmerait cette supposition, c'est qu'à l'autopsie des individus dont je parle, on a trouvé quelquefois des épanchements séreux considérables dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, ou dans le tissu cellulaire de la pie-mère; ou bien enfin, mais beaucoup plus rarement, la sérosité était combinée avec la substance cérébrale elle-même. L'hydropisie intra-crânienne pourtant n'est pas constante. Il n'est pas rare, en effet, de ne trouver dans les centres nerveux aucune lésion capable d'expliquer les troubles observés pendant la vie. On a supposé alors une intoxication du sang produite par la rétention de l'urée, opinion qui ne s'appuie encore sur aucune preuve positive. (Voyez dans le tome II, *Maladie de Bright*.)

Diagnostic. — Le diagnostic des hydropisies offre deux problèmes à résoudre: 1° reconnaître l'hydropisie; 2° déterminer si elle est essentielle ou bien symptomatique.

Il est, en général, facile de reconnaître un épanchement séreux par les troubles fonctionnels qu'on observe, ainsi que par les signes que fournissent l'inspection des parties, la palpation et la percussion; mais il est beaucoup plus difficile de remonter à la cause qui a produit et qui entretient la maladie. Pour déterminer ce point de diagnostic, on aura surtout égard à la marche plus ou moins rapide de l'hydropisie, aux parties du corps qu'elle a d'abord affectée, aux circonstances qui l'ont précédée et aux symptômes qui l'accompagnent. Il ne faut pas oublier que le nombre des hydropisies idiopathiques et essentielles est aujourd'hui extrêmement restreint; que lorsqu'on ne pourra pas expliquer le développement des épanchements séreux par un obstacle mécanique à la circulation, presque toujours on en trouvera le point de départ dans une altération du sang; et comme de toutes ces modifications celle qui produit le plus sûrement les hydropisies consiste dans une diminution de l'albumine qui est éliminée par les reins, on devra toujours rechercher si l'urine ne renferme pas ce principe.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydropisie est subordonné à la cause qui a produit celle-ci, au siège de l'épanchement, au nombre des récurrences, aux complications qui surviennent. La diminution de l'épanchement est généralement une circonstance favorable; toutefois ce signe n'aura d'importance qu'autant que l'état général sera également amélioré, attendu que quelquefois, comme nous l'avons dit, la diminution brusque de l'hydropisie coïncide avec l'apparition des symptômes cérébraux graves. D'ailleurs il n'est pas rare de voir les épanchements séreux diminuer notablement dans les derniers jours de l'existence sans qu'il y ait métastase.

Traitement. — Dans le traitement de toute hydropisie, il y a deux indications à remplir: 1° combattre la cause de la maladie; 2° favoriser l'évacuation du liquide épanché.

Première indication. — Les moyens à employer pour satisfaire à la première indication varient suivant la cause qui a produit l'hydropisie. Celle-ci dépend-elle d'un obstacle au cours du sang, il faudra s'efforcer de le diminuer ou de le détruire. C'est là pourtant une indication qu'il est rarement possible de remplir. Il y a, par contre, certaines causes d'hydropisies, telles que la pléthore et l'état anémique, qui peuvent être combattues efficacement, la première

par la saignée et par les antiphlogistiques, la seconde par les toniques, les ferrugineux, et par un régime analeptique. Quelle que soit d'ailleurs la cause première de l'hydropisie, il faut, avant de songer à évacuer la sérosité, combattre avec soin l'état inflammatoire ou sthénique, qui tantôt est la cause de l'hydropisie, qui d'autres fois vient seulement la compliquer. Cet état sthénique, spécialement caractérisé par la force et la vivacité du pouls, la chaleur et la congestion de la peau, réclame l'emploi des émissions sanguines, que l'on proportionnera d'ailleurs aux forces du sujet et à l'intensité des symptômes. Les antiphlogistiques seront d'autant mieux indiqués, que ces accidents surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes, vigoureux, bien nourris, chez lesquels l'hydropisie est développée rapidement. Les médecins anglais conseillent dans ces cas l'emploi simultané de l'opium et du calomel à doses fractionnées (10 à 20 centigrammes de calomel et 2 à 10 centigrammes d'opium toutes les trois heures). Beaucoup proposent de continuer ces moyens jusqu'à salivation : l'efficacité de ce traitement n'est pas encore suffisamment démontrée.

Deuxième indication. — Lorsqu'on a combattu convenablement l'état sthénique, ou asthénique, ou bien lorsque aucune de ces deux indications n'existe, et que, l'hydropisie tenant à une cause matérielle, on ne peut espérer aucun soulagement, il faut recourir à l'évacuation de la sérosité. On y parvient par des moyens directs, tels que l'incision ou la ponction des parties dans lesquelles le liquide est épanché; ou bien on emploie des moyens indirects, tels que les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, les vésicatoires, dans le but de provoquer des sécrétions artificielles et d'activer l'absorption aux dépens du liquide épanché. Parmi ces moyens, les purgatifs drastiques sont ceux qui ont le plus d'efficacité; on les emploie lorsque aucune complication des organes digestifs n'en contre-indique l'usage. L'huile de croton tiglium, la scammonée, le jalap, le sirop de nerprun, la gomme-gutte, la décoction de sureau, ou plutôt le suc de la seconde écorce, l'eau-de-vie allemande, sont les principales substances purgatives auxquelles on aura recours. On devra les administrer à des intervalles très-rapprochés, c'est-à-dire tous les deux ou trois jours; sans cette précaution, on voit l'hydropisie reparaitre avec une grande rapidité.

Les diurétiques spécialement employés dans les hydropisies sont : les tisanes faites avec le chiendent, la pariétaire, les queues de cerises, la turquette, le fraisier, le cerfeuil, l'asperge, le genêt vert, auxquels on ajoute une certaine quantité de nitre ou d'acétate de potasse. Les poudres de digitale et de scille pourraient également être prescrites. Les diurétiques, médicaments souvent infidèles, n'ont d'action qu'autant qu'ils sont administrés à l'intérieur, c'est une erreur de croire qu'on peut les faire absorber par la peau; les sudorifiques sont d'un emploi au moins aussi incertain. Je ne parle que des substances prises à l'intérieur, il n'en est pas de même des moyens directement appliqués sur la peau, tels que les bains de vapeurs, simples ou aromatiques, les bains sulfureux, les frictions stimulantes.

On a vanté quelques médications empiriques : c'est ainsi que, il y a quelques années, on a proposé d'administrer le sucre à très-haute dose; ce moyen agirait comme diurétique ou comme sudorifique. On est parvenu quelquefois, dit-on, par lui seul, à faire disparaître des hydropisies considérables. La cassonade, d'après M. Bagot, serait plus efficace que le suc raffiné; on la donne à la dose d'une à plusieurs livres par jour. Une médication plus étrange encore a été proposée : je l'eusse volontiers passée sous silence, si elle n'avait pour parrain un médecin distingué, M. Serre (d'Alais). Quelle que soit l'espèce

d'hydropisie, il réussirait à la faire disparaître en soumettant, pendant un mois, le patient au traitement suivant : abstinence de boisson, et pour unique aliment trois soupes au lait par jour; chaque repas serait terminé par un morceau de pain et un oignon cru. J'ai expérimenté une seule fois, et sans aucun succès, ce singulier traitement sur un sujet albuminurique.

Le régime alimentaire variera suivant les conditions particulières des malades. Dans aucun cas on ne doit, à l'exemple des anciens, priver les malades de boissons, par la peur d'augmenter l'hydropisie; cette crainte n'est nullement fondée; c'est donc sans motifs qu'on ajouterait le tourment de la soif aux souffrances de la maladie.

DES HYDROPIES EN PARTICULIER

De l'anasarque.

On donne le nom d'*anasarque* ou de *leucophlegmatie* (1) à l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire de tout le corps; cette infiltration est surtout manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Caractères anatomiques. — Cette hydropisie est caractérisée par un gonflement en général indolent, qui cède sous le doigt et en conserve l'impression pendant un temps plus ou moins long. Si l'on incise les parties infiltrées, il en ruisselle de la sérosité ayant les qualités dont nous avons précédemment parlé. Le tissu cellulaire est raréfié, ses mailles sont agrandies; il est souvent ramolli, plus friable (Lobstein), parfois même il est diffluent, d'aspect gélatineux, et n'a plus son organisation. La sérosité existe en plus grande abondance dans le réseau cellulaire sous-cutané; quelquefois elle s'accumule aussi entre les couches musculaires dans leurs interstices celluleux et dans le tissu cellulaire qui double les membranes muqueuses, séreuses, ou entre les différentes tuniques des viscères membraneux. Si l'anasarque est ancienne, les muscles sont décolorés, comme macérés; la peau est blanche, amincie, demi-transparente.

Divisions. Étiologie. — On peut établir, pour l'étude de l'anasarque, toutes les divisions que nous avons admises précédemment. La maladie peut se développer sous l'influence de chacune des causes que nous avons énumérées à l'occasion des hydropisies en général.

Symptômes. — Le début de l'anasarque varie suivant que l'affection est aiguë ou suivant qu'elle est chronique, mais elle diffère surtout d'après les causes qui président à son développement. Il est fort rare de voir l'hydropisie être tout d'un coup générale; mais il est assez fréquent qu'elle envahisse d'emblée plusieurs points du corps à la fois. C'est ce qu'on observe surtout lorsque l'anasarque est symptomatique d'une affection aiguë, telle qu'une aortite (Bizot), une péricardite (Chomel), la maladie de Bright, ou bien encore lorsqu'elle arrive dans le déclin de la scarlatine, ou après un refroidissement subit.

Dans la plupart des cas, surtout si l'anasarque est passive, on voit l'hydropisie, limitée pendant un temps plus ou moins long à un point plus ou moins circonscrit, se propager ensuite successivement à tout le reste du corps. Les parties primitivement envahies par l'infiltration séreuse diffèrent d'ailleurs suivant la cause qui produit l'anasarque, circonstance importante à noter dans le diagnostic différentiel.

(1) *Anasarque*, de ἀνά, entre, et de σάρξ, chair. *Leucophlegmatie*, de λευκός, blanc, et de φλέγμα, phlegme.

Les caractères de l'anasarque varient. En général, la peau est pâle ou d'un blanc presque laiteux; la pression du doigt détermine, sans effort et sans exciter aucune douleur, un enfoncement qui disparaît lentement dès qu'on cesse de comprimer. Quelquefois cependant les téguments présentent une résistance remarquable que j'ai plus spécialement rencontrée lorsque la sérosité occupe la paroi de l'abdomen. L'infiltration est d'autant plus considérable qu'elle atteint un tissu cellulaire plus lâche. Ainsi, les paupières sont quelquefois infiltrées au point de recouvrir complètement le globe oculaire; les grandes lèvres chez la femme, le scrotum chez l'homme, peuvent acquérir le volume d'une tête d'adolescent; si la verge est très-infiltrée, le prépuce se contourne en spirale et l'excrétion de l'urine devient difficile. Dans tous les cas, la sérosité, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumule en plus grande quantité dans les points les plus déclives, tels que la région lombaire; pour la même raison, elle est plus abondante dans les membres inférieurs que dans les supérieurs; il n'est même pas rare de voir les premiers doubler et parfois tripler de volume. Lorsque la peau se trouve ainsi distendue outre mesure, elle offre une température au-dessous de la moyenne; elle perd son humidité et sa souplesse; sa sensibilité diminue, et parfois elle cesse si complètement, qu'on a vu des malades se faire des brûlures larges et profondes sans en avoir la conscience. Cette distension extrême de la peau peut être portée à un degré tel, qu'on voit cette membrane se fendiller, se crevasser et livrer ainsi passage à la sérosité. D'autres fois la peau, sous l'influence de cette tension permanente, ou bien à l'occasion d'une plaie, d'une piqûre, ou de toute autre cause irritante, est frappée d'inflammation érysipélateuse, qui se termine presque toujours par gangrène. Cet accident devient souvent une des causes principales de la mort.

Les symptômes généraux varient suivant la cause qui provoque et entretient l'anasarque : dans la plupart des causes, il y a langueur de toutes les fonctions de l'économie; la soif est plus ou moins vive; la diarrhée, qui se déclare surtout à une période plus avancée de la maladie, vient encore augmenter la faiblesse; l'urine est généralement peu abondante, et dans le cas où l'anasarque est symptomatique d'une maladie de Bright, ce liquide contient, comme nous l'avons dit, une quantité d'albumine plus ou moins considérable. Les caractères précédents se remarquent surtout dans la forme d'anasarque que les auteurs nomment *asthénique* ou *passive*.

Marche. — Si l'hydropisie est aiguë, on la voit se manifester rapidement et occuper en quelques heures une grande étendue, et quelquefois même toute l'habitude extérieure du corps. La peau offre souvent une teinte légèrement rosée; elle est chaude, sèche, rénitente au toucher; si on la presse fortement avec le doigt, on excite une légère douleur et l'on détermine une petite dépression qui disparaît promptement dès qu'on cesse de comprimer; il existe toujours alors une fièvre plus ou moins vive, et si l'on saigne les malades, le sang présente communément une couenne inflammatoire. L'anasarque reste tantôt stationnaire, d'autres fois elle s'accroît de plus en plus : il est rare pourtant que le corps acquière ce volume énorme et parfois monstrueux qu'il a dans les anasarques chroniques et passives. Dans cette forme aiguë de la maladie, le fluide épanché semble obéir moins complètement aux lois de la pesanteur, et l'on ne voit pas, comme dans les anasarques passives, les parties déclives former des bourrelets volumineux et se déformer par suite de l'accumulation excessive de la sérosité. Tels sont les symptômes signalés par la plupart des auteurs comme indiquant l'existence d'une anasarque *idiopathique aiguë*. Mais si dans

des cas pareils on veut explorer avec soin toutes les fonctions, on découvrira certainement dans le cœur, dans le péricarde, dans les reins ou dans le sang, la cause matérielle qui a provoqué l'hydropisie. De toutes ces causes organiques, la forme aiguë de la maladie de Bright est celle qui produit le plus souvent l'anasarque active. Dans ces cas, la région dans la douleur lombaire, et surtout l'état albumineux de l'urine, permettront d'établir un diagnostic certain.

A une période avancée, la plupart des anasarques se compliquent d'épanchements séreux dans diverses cavités, spécialement dans le péritoine et dans ses plèvres. Si la maladie se termine par le retour à la santé, on voit l'infiltration diminuer peu à peu; la face et les pieds sont les parties où elle cesse en dernier lieu.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre l'anasarque avec aucune autre maladie. Les seules, d'ailleurs, qui pourraient avoir avec elle quelque analogie sont l'emphysème et la polysarcie. Mais un emphysème se révélerait par la crépitation toute spéciale que la pression produirait, et dans la polysarcie, maladie constituée par une surabondance de la graisse, il y a une fermeté, une résistance telle des tissus, qu'ils ne conservent pas l'impression du doigt, ainsi que la chose a lieu dans les cas d'anasarque.

S'il est très-facile de distinguer l'anasarque de toute autre affection, il est beaucoup moins aisé de déterminer la cause qui a produit l'infiltration séreuse. Pour résoudre ce dernier problème, on cherchera les parties que l'hydropisie a primitivement envahies, la marche que celle-ci a suivie, les troubles fonctionnels qui coïncident avec elle et les circonstances qui ont précédé son développement. Ainsi l'observation a démontré que l'anasarque qui est survenue lentement et qui a commencé par l'infiltration des pieds et des jambes reconnaît presque toujours pour cause une affection organique du cœur. Celle qui est symptomatique d'une maladie de la rate et du foie a, il est vrai, le même mode d'origine; mais elle diffère de la précédente par cette circonstance remarquable, que la suffusion séreuse des membres survient toujours consécutivement à une hydropisie du péritoine. Il paraît en être à peu près de même pour l'anasarque qui succède à la compression ou à l'oblitération du tronc de la veine cave inférieure. Il y a de plus, dans ce cas, une dilatation considérable et parfois variqueuse des veines superficielles des parois abdominales. L'anasarque qui a débuté par la face ou par les mains, celle dans laquelle l'infiltration occupe à la fois plusieurs points du corps éloignés les uns des autres, comme les paupières, un membre, la paroi antérieure de la poitrine, etc., se lie presque nécessairement à l'existence d'une maladie de Bright. Il en est de même de l'infiltration qui envahit presque d'emblée toute la surface du corps. Si les reins étaient exempts d'altération, on rechercherait alors s'il n'existe pas quelque phlegmasie du péricarde, du cœur, de l'aorte même, parce que ces maladies sont, après les affections rénales et les fièvres éruptives, la cause la plus ordinaire des anasarques qui se montrent rapidement. On étudierait, en outre, les antécédents, les circonstances qui ont précédé, on rechercherait notamment si le corps n'a pas été soumis à un refroidissement brusque; car, ainsi que nous l'avons dit précédemment, quelques hydropisies à marche très-aiguë ne reconnaissent pas d'autre origine. Il sera toujours facile de rapporter à leur véritable cause les anasarques qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées, aux fièvres éruptives, et celles qui sont symptomatiques d'un état cachectique.

Pronostic. — L'anasarque est une maladie toujours grave; il n'y a que