

VIII. — HYDROPSISIE

OÈDÈME. — ANASARQUE.

On donne le nom d'hydropisie (ἵδωρ, eau ; ὄψ, vue) à une accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire ou dans les cavités naturelles du corps.

L'hydropisie du tissu cellulaire a reçu le nom d'**oedème** lorsqu'elle est circonscrite à une région (oedème des membres inférieurs, de la face, de la glotte, etc.), et celui d'**anasarque** lorsqu'elle est généralisée à toute ou presque toute la surface du corps.

L'hydropisie des cavités naturelles, souvent désignée sous le nom d'**épanchement séreux**, a reçu différents noms suivant son siège : l'hydropisie du péritoine est appelée *ascite* ; celles des ventricules cérébraux, *hydrocéphalie* ; de la plèvre *hydrothorax* ; d'une articulation, *hydarthrose* ; de la tunique vaginale, *hydrocèle*.

Anatomie pathologique. — A. *Caractères du liquide.* — Le liquide des hydropisies est en général alcalin, verdâtre ou d'un jaune citrin (parfois transparent comme de l'eau). Il n'est pas simplement formé par la transsudation du sérum du sang, car il en diffère sous plusieurs rapports.

SÉRUM		LIQUIDES DES HYDROPSISIES	
Eau	88 à 91	Eau	96 à 98
Albumine . .	5 à 6	Albumine	1/2 à 5

Ce liquide renferme encore des matières extractives, graisse urée, créatine, acides hippurique et lactique, des sels de soude et des chlorures, et surtout de l'albumine.

Le liquide des hydropisies ne contient que peu ou point de substances fibrinogènes et jamais de fibrine coagulée : c'est ce qui le distingue nettement des épanchements inflammatoires de la pleurésie, de la péritonite, de l'arthrite, etc.

Sa composition est d'ailleurs susceptible de varier suivant les tissus, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'un simple phé-

nomène osmotique mais d'un phénomène vital dans lequel l'activité propre des tissus joue un rôle important.

Ainsi le liquide de l'hydrothorax et de l'ascite sont ceux qui renferment le plus d'albumine ; l'hydrocéphalie celui qui en contient le moins. Ces différences ont été attribuées à l'état des capillaires, à la vitesse de la circulation, à la composition du sang, etc.

B. *Altérations du tissu cellulaire et des séreuses.* — 1° *Le tissu cellulaire* infiltré par le liquide hydropique présente des altérations bien étudiées par Ranvier : les faisceaux conjonctifs sont séparés par un liquide transparent dans lequel nagent de nombreux leucocytes ; les cellules plates (analogues aux cellules endothéliales) qui tapissent ces faisceaux sont devenues globuleuses et sont remplies de granulations réfringentes ; les capillaires sont gorgés de leucocytes.

2° *Les séreuses* dont la cavité est occupée par un épanchement sont pâles, anémiées ; les cellules endothéliales qui les tapissent sont devenues sphériques et granuleuses, comme les cellules plates du tissu conjonctif.

De plus, tous les tissus d'une région oedématiée (peau, muscles, etc.) sont pâles et infiltrés.

Pathogénie. — Les hydropisies peuvent, au point de vue pathogénique (v. p. 360-364), être divisées en deux groupes principaux : — A. Les *hydropisies mécaniques*, produites sous l'influence prépondérante d'un trouble mécanique de la circulation qui augmente la tension sanguine dans les capillaires veineux ; — B. Les *hydropisies dyscrasiques* produites sous l'influence prépondérante d'une altération du sang, altération qui favorise la transsudation du sérum.

A. **HYDROPSISIES MÉCANIQUES.** — Ainsi que l'illustre Bouillaud l'a démontré en 1823, les *hydropisies mécaniques* sont produites par un obstacle à la circulation veineuse. Supposons qu'une veine soit obstruée, le sang continuera à arriver dans ses radicules par la voie artérielle, mais, trouvant son issue fermée, il distendra ces radicules, et ses parties les plus fluides transsuderont à travers leurs parois dès que la tension ordi-

naire dépassera la pression extérieure exercée sur les parois vasculaires : il y aura ainsi une hydropisie plus ou moins exactement localisée dans la région tributaire de la veine obstruée ¹.

Ainsi l'oblitération de la *veine cave inférieure* produit l'œdème des membres inférieurs, du scrotum et de la partie inférieure du tronc ; celle d'une *veine crurale* produit l'œdème du membre inférieur correspondant ; celle de la *veine porte* produit l'ascite ² ; celle de la *veine cave supérieure* détermine l'œdème de la face, du cou, des membres supérieurs, de la partie supérieure du thorax, etc.

Ces oblitérations veineuses se produisent sous des influences multiples : compression par une tumeur, oblitération par inflammation, maladies des organes que ces veines traversent, sclérose, cancer du foie, etc.

Les *lésions du cœur*, surtout celles du cœur droit, entravant toute la circulation veineuse, tendent à déterminer l'anasarque. Mais il n'est point rare de voir les maladies du cœur se borner à produire l'œdème de la moitié inférieure du corps ; car le sang, venant des parties supérieures, trouve dans l'action de la pesanteur une aide assez puissante pour lui permettre de surmonter l'obstacle cardiaque. Il faut aussi faire intervenir l'état de tonicité du réseau capillaire de chaque organe (voir à la Physiologie pathologique générale, p. 360).

Hydropisie ex vacuo. — Parfois l'hydropisie résulte, non plus d'une augmentation de tension intérieure, mais au contraire de la diminution de pression extérieure : — ainsi, appliquez une ventouse sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané va s'infiltrer de sérosité ; — si le liquide se reproduit si rapi-

1. Or, pour que ce degré de tension soit atteint, il faut non seulement que la veine soit complètement obstruée, mais encore qu'il n'y ait point de voies collatérales offrant au sang un libre passage.

2. Car la veine porte est formée par la réunion des veines qui couvrent l'intestin de leurs réseaux : la transsudation séreuse, s'effectuant par ces veines, s'accumule dans le péritoine (ascite) ; elle y pénètre à travers son feuillet viscéral qui tapisse la surface des intestins.

dement après la thoracentèse, c'est en raison de la brusque diminution de pression : de plus, dans ce cas, l'exsudation, au lieu de se faire sur la séreuse, se fait parfois dans le tissu pulmonaire, d'où œdème aigu du poumon et *expectoration albamineuse* (Hérard, Béhier).

Hydropisies d'origine lymphatique. — L'oblitération des lymphatiques ne produit pas en général d'œdème véritable, mais on lui a attribué un grand rôle dans ces œdèmes durs et spéciaux désignés sous les noms d'éléphantiasis, de sclérème.

Hydropisies d'origine vasomotrice. — Ranvier et Vulpian ont démontré le rôle important joué par le système vasomoteur dans la production des œdèmes (V. p. 361). En l'absence de tout obstacle à la circulation veineuse, la paralysie des nerfs vasomoteurs ou l'excitation des nerfs vasodilatateurs peut élever la tension du sang dans les petites artérioles au point de déterminer l'œdème.

C'est probablement par l'un ou l'autre de ces mécanismes, ou par tous les deux à la fois, que se produisent les ascites, les anasarques, survenant brusquement après un *refroidissement*, après l'ingestion de boissons glacées, etc. ; les œdèmes des membres *paralysés*, l'œdème de la face dans la *névralgie* du trijumeau, et peut-être aussi les œdèmes voisins des foyers inflammatoires ou suppurés, etc.

Hallopeau et Courtois-Suffit rapportent à un trouble localisé de l'innervation vasomotrice l'affection décrite par Riehl sous le nom d'*œdème aigu circonscrit* et caractérisé par l'apparition soudaine de tuméfactions limitées de la peau ou des muqueuses (avec infiltration du tissu cellulaire sous-jacent), qui disparaissent au bout de quelques heures pour reparaitre ensuite.

B. HYDROPIES DYSCRASIIQUES. — Elles résultent d'une altération du sang, consistant en une diminution de l'albumine ou *hypo-albuminose* qui facilite la transsudation de sa partie séreuse, et d'une altération de la paroi vasculaire, soit concurrente, soit consécutive à l'altération du sang (Conheim).

Cette hypo-albuminose ne suffirait pas, dans tous les cas,

à produire l'hydropisie : il lui faudrait souvent une cause mécanique adjuvante (Jaccoud, G. Sée). Cette cause mécanique est — tantôt la thrombose ou coagulation sanguine spontanée qui survient si fréquemment chez les gens cachectiques (voy. *Thrombose* et *Embolie*), tantôt la simple action de la pesanteur : ainsi, chez les convalescents, la position assise suffit pour déterminer l'œdème des malléoles.

Les hydropisies dyscrasiques s'observent : — 1° chez les *albuminuriques* ; on sait qu'elles constituent un des symptômes fondamentaux du mal de Bright ;

2° Chez les *gens cachectiques* (phtisiques, cancéreux, anémiques ; dans le scorbut, à la suite des fièvres exanthématiques, intermittentes, ou des fièvres continues, etc.) ;

3° Chez les *gens insuffisamment nourris*, et, par suite, anémiques (disette des Flandres, prisons de Strasbourg, etc.) ; chez les gens affaiblis par des hémorrhagies, par des suppurations prolongées, etc.

Symptômes. — Ils sont de deux ordres : *physiques* et *fonctionnels*.

Les *signes physiques* sont très appréciables dans les œdèmes sous-cutanés : la surface de la peau est tendue, lisse, décolorée et comme transparente ; elle est molle, pâteuse, et *le doigt y forme une dépression persistante*. Ce signe pathognomonique de l'œdème est dû à la perte de l'élasticité du derme distendu par la sérosité¹.

La peau, distendue par un épanchement séreux, éprouve divers troubles nutritifs : tantôt elle devient sèche, écaillée ; tantôt le derme s'éraïlle et se couvre de vergetures ; tantôt enfin, la peau prend une teinte rouge, érysipélateuse ; dans ces circonstances, les piqûres destinées à l'évacuation de la sérosité sont presque fatalement le point de départ d'un éry-

1. Il est surtout très appréciable dans les points où la peau repose sur un plan osseux, comme la face interne du tibia. Sur la face, l'œdème se traduit par de la bouffissure, les paupières surtout sont très épaissies ; en tout cas, en les pinçant entre deux doigts, on forme un pli qui persiste un instant.

sipèle si elles ne sont pas pratiquées et pansées avec la plus rigoureuse asepsie.

Les *épanchements dans les cavités séreuses* se traduisent par des symptômes spéciaux (voy. *Ascite*, *Hydrocéphalie*, dans notre *Pathologie interne* ; *Hydarthrose*, dans notre *Pathologie externe*).

Signes fonctionnels. — Ils sont nombreux, importants et variés lorsque l'épanchement occupe une cavité séreuse ou un viscère comme le poumon ou le cerveau, mais leur exposé variant avec chaque localisation, ne saurait trouver place dans une étude générale. Ils se bornent à un sentiment de poids, de plénitude et de tension lorsque l'infiltration s'est effectuée dans le tissu cellulaire.

Diagnostic. — L'hydropisie est généralement facile à reconnaître, et l'œdème en particulier se distingue facilement de l'emphysème par l'intumescence et la sensation de crépitation qu'on éprouve dans la palpation. Mais il faut remonter à sa cause.

1° Les *hydropisies mécaniques* tendent à se limiter à la circonscription de la veine malade ; ainsi, l'œdème d'un membre inférieur indique l'oblitération de la veine crurale ; l'ascite se rattache le plus souvent à une gêne de la circulation de la veine porte, consécutive à une maladie du foie (cirrhose, cancer), à une pyléphlébite, etc.

Les lésions cardiaques déterminent des hydropisies plus générales.

2° Les *hydropisies dyscrasiques* sont mobiles, souvent tardives dans leur apparition ; elles coïncident, soit avec des urines albumineuses (mal de Bright), soit avec un état anémique très accentué.

3° Les *hydropisies par troubles vasomoteurs* surviennent brusquement à la suite d'un refroidissement, de la suppression d'un flux habituel, etc.

Traitement. — Il ne se prête à aucune considération générale, car il est étroitement lié à celui de la maladie dont l'hydropisie est un symptôme.

D'une façon générale, cependant, on peut recommander l'emploi des diurétiques, des purgatifs et des sudorifiques. D'autre part, il est indiqué de veiller à l'asepsie rigoureuse des moindres excoriations qui peuvent survenir sur les membres œdématisés.

IX. — DES PLAIES

Les plaies sont des solutions de continuité de nos tissus produites par l'action d'une violence extérieure.

Les plaies présentent entre elles des différences très nombreuses et relatives : 1° à leur siège ; 2° à leur direction ; 3° à leur état de simplicité ou de complication ; 4° à la nature de l'agent vulnérant.

1° **Siège.** — Les plaies peuvent occuper toutes les parties du corps, intéresser les tissus les plus divers, être superficielles ou profondes.

Une distinction déjà établie par G. Hunter, mais dont J. Guérin a fait ressortir toute l'importance, c'est la *bénignité des plaies sous-cutanées* comparativement aux plaies ordinaires, c'est-à-dire exposées à l'air. Les premières, en effet, ne sont exposées à être infectées que par les micro-organismes qui habitent notre intestin, tandis que les secondes risquent en outre d'être infectées par les divers agents de la suppuration qui vivent dans le milieu cosmique.

Lorsqu'une plaie intéresse les parois d'une cavité (thoracique, abdominale, articulaire), elle peut être *pénétrante* ou *non pénétrante*.

2° **Direction.** — Les plaies sont longitudinales, transversales ou obliques par rapport à l'axe du corps, à celui du membre ou même de l'organe atteint ; car, suivant les cas, leur direction est rapportée à celle du corps, ou à celle de l'organe atteint.

3° **Etat de simplicité ou de complication.** — Une plaie simple est celle qui divise des tissus sains, normalement réunis, chez un individu sain.

Une plaie peut être compliquée de bien des façons : — par le fait d'une *perte de substance*, de la *cautérisation* ou de l'*intoxication* des tissus divisés (fer rouge, caustiques, venins) ; de l'infection par le corps vulnérant ou par l'air ambiant ; de la présence de *corps étrangers*, de l'*état morbide* dans lequel se trouvent ces tissus ou le blessé lui-même, etc.

4° **Nature de l'agent vulnérant.** — Les plaies sont produites par des instruments piquants, tranchants, contondants, par des projectiles de guerre, par de violentes tractions, etc.

Nous diviserons ainsi leur étude :

- A. Plaies par *instruments tranchants* ;
- B. Plaies par *instruments piquants* ;
- C. Plaies par *instruments contondants* ou *plaies contuses* ;
- D. Plaies par *armes à feu* ;
- E. Plaies par *arrachement* ;
- F. Plaies par *morsures* ;
- G. Plaies *empoisonnées et virulentes* ;
- H. Plaies *sous-cutanées*.

A. — PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.

Ce sont les plaies produites par des lames aiguisées qui pénètrent dans nos tissus en les incisant ; ces plaies présentent en général deux lèvres saignantes, réunies à angle aigu.

Les phénomènes locaux qui les accompagnent sont primitifs et consécutifs.

Phénomènes primitifs. — Ce sont : 1° l'écartement des lèvres de la plaie ; 2° l'écoulement de sang ; 3° la douleur.

1° *L'écartement des lèvres de la plaie* est dû d'abord à la pénétration de l'instrument lui-même, mais surtout à l'*élasticité* et à la contractilité des tissus divisés. Aussi cet écartement varie-t-il suivant les tissus intéressés : les tissus les plus élastiques sont la peau, le tissu cellulaire, les artères ;

1. Les plaies par armes à feu et par morsures sont en réalité des plaies contuses.