

ments mécaniques des valvules ou changements brusques dans la pression sanguine, occasionnant la rupture de petits vaisseaux des valvules. Leur régression aboutirait aux nodules d'Albini, d'où l'unification des deux processus sous la commune étiquette *hématonodule*. Pour Luschka, lui aussi partisan de cette unification, le processus suit une marche inverse : dans le tissu peu résistant des nodosités d'Albini se produisent des hémorragies et d'autant plus facilement que des vaisseaux passent des muscles papillaires aux valvules par l'intermédiaire des cordages tendineux. Ainsi se formeraient les hématomes secondairement aux nodosités.

Les recherches de Darier<sup>1</sup> démontrant que la partie membraneuse des valvules est dépourvue de vaisseaux sont peu favorables à cette hypothèse. Haushalter et Thiry le dénie formellement, et voici leur conclusion personnelle à ce sujet.

La cavité où se loge un hématome communique au moins à l'origine avec un système de gouttières ouvertes sur la face ventriculaire de la valvule et limitées par les insertions tendineuses des muscles papillaires. Ces gouttières signalées encore récemment par Weber et Deguy<sup>2</sup> proviendraient elles-mêmes du tissu spongieux de cette portion musculaire qui, pour former la valvule, s'unit, comme nous l'avons déjà dit, au bourrelet marginal endocardique d'où émaneront les nodosités d'Albini. Les hématomes résulteraient de la pénétration du sang dans ces gouttières dont les diverticules seraient refoulés progressivement vers la face supérieure de la valvule, grâce aux contractions incessantes du cœur. Cette distension serait favorisée par la grande jeunesse et la faible résistance des tissus des valvules à cet âge ; les modifications de la pression cardiaque et vasculaire dans les premiers jours de la vie extra-utérine contribuent beaucoup aussi à la pénétration du sang dans les veines. Peu à peu s'oblitérerait la communication de la gouttière avec l'hématome qui finalement deviendrait ainsi tout à fait isolé et indépendant. Cette opinion motivée par une étude anatomo-pathologique très soignée a été discutée et rejetée à son tour par Giovanni Berti<sup>3</sup> qui révoque en doute l'existence de lacunes sous-valvulaires. Pour lui, les hématomes sont dus à l'ectasie des vaisseaux formant de véritables kystes hématiques par suite d'une anomalie dans le processus évolutif des valvules. Au lieu de disparaître peu à peu comme cela arrive normalement, le réseau vasculaire ne disparaît qu'incomplètement et irrégulièrement, d'où formation de lacunes aboutissant aux hématonodules. Ceux-ci, suivant la théorie de G. Berti, auraient donc la signification de véritables angiomes des valvules auriculo-ventriculaires.

#### XV. — ANASARQUE

L'anasarque est un symptôme commun à un grand nombre d'états pathologiques. Il est constitué par une exsudation du sérum sanguin hors

<sup>(1)</sup> DARIER. Les vaisseaux des valvules du cœur chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique. *Arch. de physiol.*, 1888, p. 51.

<sup>(2)</sup> WEBER et DEGUY. *Arch. de méd. expériment.*, 1897, p. 237. (La région mitro-aortique.)

<sup>(3)</sup> G. BERTI. La théorie d'Haushalter et Thiry sur les hématonodules valvulaires des nouveau-nés. *Bull. des sc. méd. de Bologne*, 1898 et *Arch. für Kinderheilk.*, Bd XXXI, 1901.

des vaisseaux, particulièrement dans le tissu cellulaire, dans les séreuses. Le liquide exsudé peut varier de composition suivant la cause pathogène, mais en général il comprend les éléments cristalloïdes du sang, de l'albumine, il ne renferme jamais de fibrine, et les réactions locales qui sont associées à l'œdème inflammatoire, diapédèse active des leucocytes, multiplication des éléments cellulaires, font défaut ou sont fort peu accusés.

La tradition clinique tend à attribuer à l'anasarque une signification particulière. En fait, l'anasarque n'est autre chose qu'un œdème généralisé, et comme les œdèmes, quelle que soit leur origine, cardiaque, rénale, hépatique, cachectique, sont susceptibles de s'étendre et d'occuper un territoire considérable, il est impossible de faire entre ces différentes catégories une distinction radicale au point de vue descriptif. Il existe, il est vrai, des œdèmes à marche rapide ou lente, à tendance envahissante, qui se montrent particulièrement chez les jeunes sujets dans des conditions qui excluent l'action d'une lésion viscérale, cardiaque ou autre, et qu'on qualifie du nom d'œdème ou d'anasarque essentiels. Il est à peine besoin de faire remarquer que cette désignation n'implique pas l'absence de toute cause, mais s'applique à des cas dans lesquels l'étiologie courante est en défaut, soit en apparence, soit en réalité. Nous nous proposons dans ce chapitre de n'aborder que cette classe spéciale d'œdèmes, et nous laisserons de côté les œdèmes par troubles organiques de la circulation centrale ou périphérique, tels que ceux qui résultent d'une affection cardiaque, d'une phlébite, d'une compression cardiaque ou veineuse. De même, nous éviterons à dessein l'étude des œdèmes dans le cours des néphrites, car elle sera bien mieux placée dans les développements que comporte l'histoire des affections rénales.

**Historique.** — Nous envisagerons donc exclusivement les anasarques qui ne seront sous la dépendance d'aucune affection viscérale reconnue.

L'hydropisie essentielle ou *a frigore* a été admise par Lobstein, Andral, Monneret, Rilliet et Barthez, Barthez et Sanné, Picot, Mouisson (*Thèse de Paris*, 1877) a rassemblé les principaux faits relatifs à l'anasarque *a frigore* infantile.

L'anasarque infectieuse a été signalée avec les premières descriptions de la scarlatine qui en est la cause la plus fréquente. Mais ce n'est qu'à partir de l'époque, où la pathologie rénale commença à être étudiée, que la question prit de l'intérêt, et que les auteurs se divisèrent en deux camps : d'un côté, les partisans de l'anasarque scarlatineuse, G. Sée, Barthez et Sanné, Trousseau ; de l'autre, Henoeh, C. de Gassicourt, qui admettent de plus en plus le rôle de la néphrite méconnue ou passagère. Rilliet et Barthez, Barrier, mais surtout Leudet et Trousseau décrivent l'anasarque typhoïdique. Hutchinson, en 1876, signale l'œdème syphilitique ; nous relevons dans cette étude les noms de Tchirkoff, en Russie, et de M. le professeur J. Teissier (de Lyon).

L'œdème rhumatismal, déjà observé par Monneret, Ferrand, Fernet, Guyon, Potain est définitivement établi dans la thèse de Davaine, en 1879, dans les travaux de Comby (*Progrès médical*, 1880), dans la thèse d'agrè-

gation de Chuffart (1885). Mentionnons enfin les travaux de Mathieu et Weill, de Teissier et Lecreux sur les œdèmes d'origine nerveuse.

**Symptômes.** — L'anasarque se traduit par une tuméfaction générale des téguments qui sont tendus, luisants, amincis et transparents dans les formes rapides, épaissis et infiltrés dans les œdèmes chroniques.

Les plis sont effacés, les sillons qui séparent les différents segments des membres disparaissent en même temps que les saillies et les méplats se dissimulent et que dans les formes intenses les membres sont transformés en une seule masse, arrondie, cylindrique, presque uniforme. De même le thorax et l'abdomen se continuent sans ligne de démarcation, l'inondation du tissu cellulaire cachant les côtes, les espaces intercostaux, et nivelant en quelque sorte toute la surface du tronc. La face elle-même est déformée, moins cependant que les autres régions, car ses creux et ses saillies sont plus marqués et plus difficiles à effacer. Cependant la figure est grossièrement taillée, le nez large, épaté, enfoncé entre les joues bouffies ou pendantes, les lèvres tuméfiées comme chez les scrofuleux; enfin les paupières démesurément gonflées, dessinent comme des vessies transparentes, en contact permanent l'une avec l'autre, et que le patient est impuissant à écarter pour l'exercice de la vision. Ce gonflement transparent existe dans toutes les régions riches en tissu cellulaire lâche, au scrotum, à la verge, au prépuce, aux grandes lèvres, au dos des pieds et des mains. Par contre, les régions dont le tissu cellulaire est serré, comme le cuir chevelu, présentent un simple empatement sans grand développement apparent.

La peau est en général pâle, bien que dans quelques formes aiguës elle affecte une couleur rosée. Elle est transparente dans les régions où le tégument est fin et le tissu cellulaire lâche. L'exsudat, suivant son abondance et ses qualités particulières, forme une masse molle, dépressible, gardant l'empreinte du doigt, ou au contraire, donne une sensation de résistance. Il est rare que l'anasarque provoque des douleurs à moins qu'il ne s'y ajoute un élément accessoire, névralgies, douleurs rhumatismales, ou qu'il y ait une distension exagérée de la peau. Dans ces cas, celle-ci peut présenter des éraillures, des éclatements qui laissent transsuder la sérosité et ouvrent la porte à des infections surajoutées, aboutissant à des érythèmes, des lymphangites et même la gangrène. La douleur, sauf les cas de distension extrême, est rare, mais la plupart des fonctions de la peau sont troublées : le tégument est sec, et peut même présenter de la desquamation.

Les fonctions de relation sont naturellement gênées, dans les régions infiltrées, il n'y a d'ailleurs jamais de paralysie vraie. Celles de la vie végétative ne sont touchées qu'autant que l'anasarque étend son action aux régions sous-muqueuses, où elle peut créer soit des incidents locaux d'une gravité extrême, comme dans l'œdème de la glotte, soit des gênes mécaniques moins immédiatement menaçantes par le développement d'hydrothorax, d'hydropéricarde, d'ascite, etc.

**Formes de l'anasarque.** — On peut distinguer avec Barthez et Sanné une anasarque idiopathique aiguë et chronique. Aiguë ou chronique, l'anasarque peut être primitive ou secondaire. On peut artificiellement grouper

dans un même cadre symptomatique, des anasarques aiguës, primitives ou secondaires, et les différentes espèces d'anasarque chronique. Au reste, entre les formes aiguës et chroniques se trouvent des cas intermédiaires.

**A. ANASARQUE IDIOPATHIQUE AIGÜE.** — C'est la forme la plus fréquente de l'anasarque au moins dans l'enfance.

D'après Barthez et Sanné, dont nous suivrons la description, l'anasarque débute en pleine santé. Elle est parfois complètement apyrétique, mais le plus souvent, elle est précédée pendant quelques jours, ou accompagnée à son début, de fièvre, de céphalée, d'anorexie, de malaise général, de vomissements. Ces phénomènes se dissipent rapidement pour laisser la place exclusive aux manifestations cutanées. Tantôt l'œdème se généralise avec une rapidité foudroyante. Plus fréquemment, il s'étend progressivement en commençant par la face, puis suivant les membres supérieurs, les pieds, le scrotum.

L'anasarque aiguë est habituellement remarquable par son développement, surtout au niveau des paupières, du scrotum, des grandes lèvres. Elle peut rester partielle, localisée d'une façon prédominante aux membres inférieurs, à la face, même au tronc, comme dans certains œdèmes rhumatismaux. La peau est généralement colorée, rose, et n'a pas la pâleur mate des œdèmes à développement lent. L'exsudat est peut-être moins fluide que dans les formes chroniques, présente de la résistance, le godet de dépression disparaît rapidement.

La marche de l'anasarque aiguë est *continue, parfois oscillante*. Dans le premier cas, l'œdème reste stationnaire quelques jours, puis décroît insensiblement. Dans la forme oscillante, l'œdème disparaît pour revenir quelques jours après. C'est ainsi que, dans un cas de Barthez et Sanné, un enfant infiltré pendant quatre mois présentait le soir une peau turgescente, tendue, chaude, rosée, avec fièvre, et le matin une diminution de l'œdème avec peau flasque, pendante, pâle, froide. Ce fait se renouvela plusieurs jours. L'autopsie révéla une tuberculose commençante avec excavation gangréneuse d'un poumon. Henoeh cite le cas d'une fille de 4 ans qui en trois mois présenta à quatre reprises de l'œdème des pieds, des mains, du visage dont la durée était d'un septénaire et qui s'accompagnait de malaise avec légère réaction fébrile.

Dans l'anasarque aiguë pyrétiqne, la fièvre persiste pendant la période d'augment et d'état, puis disparaît avec l'œdème. Le visage d'abord coloré devient pâle. L'état général reste bon. Il n'existe, sauf pendant la période fébrile, aucun trouble digestif. On ne trouve rien au cœur, ni aux poumons. L'urine est normale, quelquefois rare et sédimenteuse, mais sans albumine.

L'anasarque aiguë tue 1 fois sur 5; la mort a lieu près du début, provoquée par des hydropisies internes, de l'œdème pulmonaire, des convulsions. La guérison survient au bout de 8 à 15 jours, parfois elle s'est fait attendre 5 à 4 semaines, exceptionnellement 6 semaines.

Sa durée est beaucoup plus courte que celle de l'anasarque brightique. Barthez et Sanné distinguent quatre variétés de l'anasarque aiguë : 1° *une variété suraiguë*, compliquée d'hydropisies internes et aboutissant à la

mort rapide; 2° une variété aiguë à laquelle répond la description faite précédemment; 3° une forme subaiguë à marche lente, sans fièvre; 4° une forme légère, partielle.

**B. ANASARQUE IDIOPATHIQUE CHRONIQUE.** — L'anasarque chronique dont nous emprunterons encore la description à Barthez et Sanné, débute parfois à la façon d'une anasarque aiguë qui aboutit ultérieurement à une évolution chronique. Barthez et Sanné citent, à l'appui de cette variété, l'observation d'un enfant de trois ans et demi, atteint de coqueluche, puis de scarlatine. Au 10<sup>e</sup> jour de cette dernière affection, il fut pris d'anasarque aiguë apyrétique, sans albumine, qui augmenta pendant 12 jours au point de devenir gigantesque. L'anasarque dura 2 mois, s'accompagnant d'une diarrhée peu intense. A ce moment, survinrent une pleurésie, puis une rougeole, l'enfant succomba et l'autopsie révéla des reins sains.

Le plus souvent l'anasarque est chronique d'emblée. Les mêmes auteurs citent, se rapportant à cette forme, le cas d'un enfant de 5 ans, qui au 15<sup>e</sup> jour d'une scarlatine, présenta un œdème qui se généralisa peu à peu en l'espace d'un mois; puis il diminua et disparut au bout d'un mois. L'enfant mourut cachectique avec des reins sains, mais avec une tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques et des cavernes pulmonaires. Pendant la vie, il avait présenté de la lientérie, de l'amaigrissement, un écoulement séreux des jambes et du scrotum qui s'était gangrené. Dans un autre cas, un enfant âgé de 2 ans, sans albuminurie, avec de la bronchite et de la diarrhée, fut pris d'une anasarque progressive qui dura 5 mois et une semaine, s'accompagna d'ascite, de refroidissement de la peau, de cryesthésie et finit par guérir.

L'anasarque idiopathique chronique se montre surtout chez les enfants débiles, à la suite de maladies aiguës, ou dans le cours de maladies chroniques, tuberculose, diarrhée, anémie, etc. Son évolution est continue, ou bien elle procède par alternatives de diminution ou d'augmentation.

L'anasarque chronique peut être partielle comme l'anasarque aiguë. Elle se montre sous cette forme, dans les états cachectiques. Cependant les jeunes enfants, exposés à un froid continu, peuvent présenter des suffusions séreuses, qui rappellent un peu l'œdème des nouveau-nés, avec troubles de la calorification. Ces œdèmes peuvent tuer, mais guérissent souvent si on met les enfants dans de bonnes conditions d'hygiène.

Il est d'ailleurs rationnel de rattacher à l'anasarque cachectique l'affection décrite sous le nom d'œdème des nouveau-nés qui survient chez les prématurés, les débiles, commence par les parties déclives, pieds, jambes, cuisses, reste limité ou se généralise, s'accompagne d'une teinte violacée de la peau, de refroidissement et même d'abaissement de la température centrale. Dans les régions non envahies, la peau est marbrée par le développement du réseau veineux superficiel. L'œdème dit des nouveau-nés peut se montrer pendant toute la période du nourrisson, plus rarement il est vrai, et sous l'influence de conditions de refroidissement très marquées.

**Complications.** — L'anasarque peut se compliquer d'accidents cérébraux, céphalée, convulsions, assoupissement qui sont sous la dépendance de

la maladie première, ou relèvent d'une hydrocéphalie aiguë. On ne peut considérer comme complications l'extension de l'anasarque aux cavités séreuses, aux sous-muqueuses. Ce sont de simples localisations qui expliquent la gravité de l'affection et l'apparition de symptômes viscéraux, gêne de la circulation, de la respiration, troubles digestifs, etc. Chez les nourrissons, l'anasarque s'accompagne habituellement d'un abaissement de la température centrale.

**Étiologie.** — La description générale de l'anasarque ne peut guère donner la notion exacte des caractères individuels de chaque espèce. C'est en les rattachant à leur cause, que nous ferons ressortir les particularités propres à chacune d'elles.

**Causes déterminantes.** — Barthez et Sanné, sur 78 cas d'anasarque, ont reconnu 55 cas primitifs et 45 cas secondaires et, parmi ces derniers, 25 consécutifs à la scarlatine, 2 à la rougeole, 1 à la coqueluche, 1 à la fièvre typhoïde, 6 à l'entérite aiguë, 2 à l'entérite chronique, 6 à la tuberculose.

**Froid.** — Son action a été constatée par un certain nombre d'auteurs, en particulier par Hensch. Les observations anciennes, bien que très consciencieuses, n'échappent pas aux objections soulevées, infection méconnue, néphrite latente, etc. Aussi croyons-nous devoir rapporter des cas récemment observés qui ne puissent être contestés. Nous les emprunterons à la thèse de Lascols<sup>1</sup>.

Le D<sup>r</sup> Roussel, de Saint-Étienne, a observé une fille de 10 ans, qui fut obligée de faire un trajet de 2 kilomètres par une forte pluie. Rentrée chez elle, elle changea de vêtements et se réchauffa. Au bout de 5 jours, sans aucune réaction générale, elle présenta de la bouffissure du visage qui augmenta rapidement et s'étendit à tout le corps. Pas de dyspnée, pas d'inappétence. L'enfant reste gaie et s'amuse malgré l'inquiétude que manifestent ses parents. Pas de fièvre. Elle est un peu gênée par la raideur des téguments. Pouls 84, pas d'hypertrophie du cœur, pas de bruit de galop. Rien aux poumons. Le D<sup>r</sup> Roussel, qui vit l'enfant le 4<sup>e</sup> jour de l'anasarque, crut à une néphrite, mais, à son grand étonnement, il trouva une urine claire sans albumine, et ce résultat négatif fut reconnu à chaque examen. L'œdème diminua le 8<sup>e</sup> jour et disparut le 12<sup>e</sup>. Dans une autre observation du D<sup>r</sup> Roussel, il s'agit d'un garçon de 6 ans et demi. Le 9 septembre 1897, en s'amusant avec d'autres enfants sur le bord d'un bassin-abreuvoir, il tomba à l'eau. Ses camarades prirent la fuite et il se serait noyé sans l'arrivée d'une femme qui put le retirer à temps. L'enfant ne ressentit aucun malaise, mais vers le 15 septembre on s'aperçut que l'enfant était pâle et bouffi. Le 20, l'anasarque se généralise. Les urines, analysées chaque jour, n'ont jamais renfermé d'albumine. L'enfant ne se plaint de rien. On ne trouve rien aux poumons et au cœur. Pas de fièvre, l'anasarque a disparu le 2 octobre.

Le D<sup>r</sup> Cénas<sup>2</sup> a publié, dans *la Loire médicale*, l'observation d'un garçon de 11 ans qui, le 25 juin 1885, étant en sueur, prit un bain froid d'une

<sup>(1)</sup> Lascols. Des anasarques sans albuminurie ni lésions viscérales. Thèse de Lyon, 1897.

<sup>(2)</sup> Cénas. *Loire médicale*, 1886.

durée de plus d'une demi-heure. Il mangea ensuite de bon appétit, passa une bonne nuit, n'eut pas de frisson. Le 26 juin, les jambes étaient enflées, le 27, ce fut la face, en même temps il y avait de la courbature. Le 28, on constate un œdème blanc, mou, non douloureux de la face, des avant-bras, des cuisses et des jambes. Urine claire, sans albumine. Pouls régulier, 86, mais on constate un bruit de galop, des râles aux deux bases, un état subfébrile pendant trois jours; puis l'œdème, les râles, le bruit de galop disparaissent au bout de 10 jours. Il n'y a jamais eu d'albuminurie.

Ce sont les cas de ce genre qui soulèvent la question des néphrites latentes, que nous allons discuter à propos de la scarlatine.

**Scarlatine.** — Barthez et Sanné ont relevé 25 cas d'œdème sur 78, consécutifs à la scarlatine. C'est là une proportion notable qui implique en quelque sorte une action spécifique de la scarlatine.

C. de Gassicourt considère l'anasarque scarlatineuse comme synonyme de néphrite. Henoeh insiste sur le caractère latent de certaines néphrites scarlatineuses. Legendre avait déjà remarqué que l'albuminurie de la néphrite scarlatineuse peut avoir disparu, alors que les œdèmes surviennent. Litten a examiné quotidiennement l'urine d'un scarlatineux de 21 ans qui présenta au 11<sup>e</sup> jour de l'œdème de la face. Il ne trouva jamais d'albumine, de temps à autre quelques rares cylindres hyalins. La quantité d'urine était normale; sa densité de 1012 à 1015. Le malade mourut subitement le 17<sup>e</sup> jour; la nuit précédente, l'urine était sanglante. L'autopsie révéla une néphrite hémorragique intense et des reins énormes. Henoeh a observé personnellement un enfant qui avec une néphrite hémorragique scarlatineuse ne présenta ni cylindres ni albuminurie jusqu'à la mort, un autre cas où l'albuminurie n'apparut qu'avec des phénomènes urémiques qui enlevèrent rapidement l'enfant, un autre où l'albuminurie n'apparut qu'avec l'urémie et persista jusqu'à la guérison. Dans tous ces cas, il y avait eu de l'anasarque dite idiopathique.

D'ailleurs, des faits de ce genre ont été observés en dehors de la scarlatine. Dickenson<sup>1</sup> et Henoeh ont vu des scléroses de la substance corticale, reconnues à l'examen microscopique seul, et ayant coïncidé, chez des enfants, avec des œdèmes étendus et de l'ascite, sans albuminurie.

Ce sont là des constatations qui restreignent dans une certaine mesure le champ des anasarques idiopathiques d'origine infectieuse et même *a frigore*. Si on ajoute qu'une scarlatine longue et traînante peut donner naissance à des œdèmes par anémie et débilité, qu'une éruption scarlatineuse intense peut laisser derrière elle une infiltration œdémateuse de la face et des pieds, on voit que l'anasarque scarlatineuse perd de plus en plus du terrain. Néanmoins, il reste encore un nombre suffisant de faits concernant des scarlatineux atteints d'anasarque, guéris dans la suite sans avoir présenté jamais ni albuminurie, ni indice quelconque d'affection rénale. C'est dans ces cas que le froid semble jouer le rôle de cause déterminante, la scarlatine apportant pour sa part, comme élément contributif, des modifica-

<sup>(1)</sup> DICKENSON. *Hirsch. Virchow. Jahresh.*, 1871.

tions nutritives de la peau et peut-être aussi des perturbations du système vaso-moteur, et il est très légitime de retenir, après élimination soignée de toute modification du côté des reins, les anasarques idiopathiques scarlatineuses, qu'on peut ranger, avec G. Sée, dans le groupe des œdèmes névro-vasculaires.

**Fièvre typhoïde.** — L'hydropisie dans la fièvre typhoïde peut être liée à la néphrite, à l'anémie, à une thrombose veineuse, mais il existe une forme d'œdème décrite par Leudet de Rouen, Trousseau et C. de Gassicourt qui répond au type de l'anasarque idiopathique. Elle survient, d'après Leudet, pendant le cours de la maladie, vers la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> semaine. Sa durée est de 8 à 15 jours. Elle peut se présenter sous forme d'anasarque généralisée, comme ont pu le constater Rilliet et Barthez, dans 2 cas. Le plus souvent c'est un œdème limité aux malléoles, au scrotum, à la face (C. de Gassicourt). Ces œdèmes échappent souvent, quand on ne les recherche pas systématiquement. Ils n'ont d'ailleurs pas de retentissement sur la marche de la maladie, et peuvent disparaître soit avant, soit après la défervescence. Ils sont d'autant plus remarquables que la néphrite dothiéntérique s'accompagne exceptionnellement d'anasarque.

L'anasarque idiopathique a été observée rarement à la suite de la *rougeole*, de la *coqueluche*, de la *diphthérie*, et ne mérite aucune mention spéciale, dans ces cas. Par contre, on en a rencontré des exemples dont les uns se rapportent au rhumatisme, les autres à des infections innommées, à des troubles du système nerveux.

**Rhumatisme.** — L'œdème rhumatismal, signalé par Monneret, a été décrit par Fernet (*Thèse de Paris*, 1865); Ferrand (*Thèse de Paris*, 1862); Lelong (*Thèse de Paris*, 1869); Kirrison et Guyon, Potain, Davaine (*Thèse de Paris*, 1879), Comby (*Progrès méd.*, 1880), Ollivier (*Arch. de méd. navale*, 1881); Testelin (*Thèse de Paris*, 1884); Chuffart (*Thèse d'agrégat.*, 1886). Il comprend des faits très disparates dont les uns confinent à la fluxion inflammatoire, les autres à l'œdème proprement dit. Parmi les premiers, on peut citer le pseudo-phlegmon de Kirrison et Guyon, le pseudo-lipome sus-claviculaire de Potain et Verneuil, qui n'ont avec l'anasarque qu'un rapport très éloigné, et qui ne mériteraient même pas d'être mentionnés, s'ils ne se rattachaient par une série d'intermédiaires à des œdèmes plus caractérisés. Ceux-ci ont été notés surtout chez l'adulte. En voici un exemple, observé chez l'enfant. C'est le cas de Lemaire, cité dans la thèse de Fernet. Il s'agit d'un garçon de 11 ans 1/2, qui a eu du rhumatisme articulaire à 10 ans 1/2. Il présente à la suite d'un refroidissement une anasarque qui se généralise en 4 jours, s'accompagne de douleurs articulaires, d'œdème pulmonaire. La mort survint 6 jours après le début et l'autopsie révéla, outre l'œdème, des épanchements séro-sanguinolents des séreuses.

L'œdème est souvent partiel, occupe les membres, la face, les extrémités (Chuffart). Il se montre dans le rhumatisme aigu, subaigu ou chronique. Il est généralement précédé de douleurs névralgiques ou articulaires, et, lorsqu'il disparaît, laisse derrière lui des nodosités sous-cutanées ou des