

plaques de gonflement périostique. Il est plus ou moins rouge, douloureux, mais parfois pâle. Son début est brusque. Il marche lentement ou rapidement, se déplace à la façon des fluxions rhumatismales, peut se reproduire. Quelles que soient ses analogies avec l'anasarque essentielle, il a cependant quelques traits particuliers. Son allure active, rapide, sa mobilité, sa coïncidence ou son alternance avec des douleurs des membres, sa rénitence. En fait, il évolue suivant le type des manifestations cutanées rhumatismales, des érythèmes, des urticaires. Au reste, il semble bien que nombre de cas attribués au rhumatisme relèvent plutôt d'infections pseudo-rhumatismales, ainsi que l'avait déjà remarqué Chuffart. Et de fait, on peut considérer ces œdèmes comme des équivalents des multiples déterminations cutanées de pseudo-rhumatismes. Voici une observation personnelle que j'ai citée dans mon précis de médecine infantile<sup>1</sup>.

Une fille de 9 ans 1/2 prend, le 8 décembre 1895, un œdème considérable des membres inférieurs, sans douleur, sans fièvre, sans albumine. En même temps se montrent quelques plaques ortiées qui disparaissent rapidement, et une éruption purpurique qui suit sa marche habituelle et s'efface en 20 jours. Le 20 décembre, il se produit un œdème des membres supérieurs. L'œdème disparaît le 24 aux membres supérieurs et inférieurs. Il s'agit donc d'œdèmes qui se produisent brusquement, disparaissent de même, une ou plusieurs fois de suite, rappelant par leur évolution la marche même du purpura auquel ils sont associés.

**Anasarques épidémiques.** — On a décrit de véritables épidémies d'anasarque. Une des plus intéressantes a été relatée par Le Clerc<sup>2</sup>, au collège de Saint-Lô. Cet auteur a vu apparaître en peu de temps 17 cas d'œdème chez des sujets de 15 à 24 ans; 15 cas se sont montrés du 4 février au 12 mars 1897. L'œdème se développait subitement, sans prodromes, avec un état général bon. Il s'est généralisé 2 fois, débutant ordinairement par les membres inférieurs. La durée minima a été de 5 jours, le maximum 5 mois 1/2, la moyenne a été de 20 jours. Il y eut une rechute et 5 récurrences. L'auteur admet une influence grippale. Il y eut 10 fois des douleurs dans les jambes, contemporaines de l'œdème, 1 fois de l'hydarthrose d'un genou, 5 fois une teinte violacée de la peau. Pas de fièvre, pas d'albuminurie, mais parfois de l'inappétence et de la tachycardie.

**Syphilis.** — On a décrit chez les syphilitiques des œdèmes qui cèdent rapidement au traitement spécifique. Ils sont précoces ou tardifs et revêtent deux formes : l'une, généralisée, qui évolue d'une façon rapide et s'accompagne d'énormes épanchements dans les séreuses, et d'une façon chronique; l'autre, localisée. Signalée par Hutchinson, Tchirkow, Teissier<sup>3</sup>, elle n'a encore été observée que chez l'adulte.

**Anasarques dans les maladies nerveuses.** — Les travaux physiologiques, que nous signalerons à propos de la pathogénie, ont bien mis en lumière l'influence du système nerveux sur la production des œdèmes.

<sup>(1)</sup> WEILL, *Précis de méd. infant.* Article PERPURA.

<sup>(2)</sup> LE CLERC, *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1898.

<sup>(3)</sup> Voir la *Thèse de Fusier*, Lyon, 1899, sur les œdèmes syphilitiques.

Ceux-ci ont été observés cliniquement dans diverses affections du système nerveux périphérique (Mougeot et Arnozan), du système nerveux central (Charcot, Brown-Séquard, Leyden, Mayet), dans les névroses (Axenfeld, Lecorché, Talamon, Straus, Lannois). On a rapporté à des influences nerveuses certains œdèmes rencontrés dans les intoxications saturnine, alcoolique, par l'oxyde de carbone (Leudet), dans le paludisme, dans la goutte, le rhumatisme et le diabète. Plusieurs revues d'ensemble ont été consacrées à la question, celle de Mathieu et Weill, dans les *Archives générales de médecine* de 1885, la thèse d'Arthus (Paris, 1884), la thèse de Weill (Paris, 1885), l'article de Teissier et Lecreux (*Province médicale*, 1887). Il s'agit en général d'œdèmes localisés, commandés dans leur apparition par des signes d'irritation des nerfs ou des centres nerveux correspondants, et associés à des troubles trophiques variables. C'est ainsi qu'on peut observer dans la paralysie infantile un œdème bleuâtre, avec refroidissement du membre paralysé, ou dans l'hémiplégie infantile un œdème correspondant au côté impotent. Ce sont là en général des œdèmes tardifs, dans lesquels on peut faire intervenir et l'absence d'action musculaire, et les arrêts de développement des vaisseaux et les lésions nerveuses. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces faits qui cliniquement ne ressortissent pas à l'étude de l'anasarque telle que nous l'avons comprise. Par contre, on peut observer des œdèmes, tels que ceux qui ont été signalés par Mathieu et Weill, Pierret, dans le tabes, apparaissant à la face, aux membres, loin des régions impotentes, loin des lésions articulaires. Les œdèmes nerveux, d'après Teissier et Lecreux, se présentent le plus souvent sous forme de tuméfaction dure, indolente, peu dépressible, mais parfois aussi avec l'ensemble symptomatique des œdèmes brightiques et cardiaques. On les a observés presque exclusivement chez les adultes. Cependant, on a signalé des cas d'anasarque passagère chez de jeunes épileptiques (Teissier et Lecreux), une anasarque assez étendue chez un garçon de 11 ans, atteint de tic hystérique (Roussel, *in* thèse de Lascols). Ce n'est donc que par exception que l'anasarque idiopathique nerveuse s'est rencontrée dans l'enfance.

**Causes prédisposantes.** — Nous avons insisté sur la plupart des causes déterminantes, obligé de faire ressortir, pour chacune d'elles, les particularités qu'elle imprimait au symptôme, et aussi les appréciations concernant sa valeur pathogène. Les causes prédisposantes ne nous arrêteront que peu. Nous les emprunterons à l'étude très complète qu'en ont faite Barthez et Sanné.

**Age.** — L'anasarque est d'autant plus fréquente que le sujet est plus jeune. Sur 72 cas, dont Barthez et Sanné ont noté l'âge, ils comptent :

2 ans . . . . .	16 cas
3 — . . . . .	12 —
4 — . . . . .	7 —
6 — . . . . .	5 —
7 — . . . . .	12 —

soit 52 cas de 2 à 7 ans contre 20 cas de 8 à 14 ans.

**Sexe.** — La proportion des garçons est plus forte : 49 garçons pour 29 filles.

*Saisons.* — Le froid semble exercer une influence non contestable, qui ressort de l'existence même des anasarques *a frigore*. Celles-ci succèdent en général à une impression brusque du froid, mais certaines formes lentes semblent, au contraire, provoquées par une action réfrigérante lente et continue. On sait combien le public est convaincu du danger qu'on fait courir aux scarlatineux, en les exposant de bonne heure au froid. Qu'il y ait là une exagération, cela n'est pas douteux. La scarlatine se complique de néphrite, malgré les plus grandes précautions. Certaines épidémies sont très significatives à ce point de vue. En tout cas, les anasarques infantiles se montrent de préférence en hiver et au printemps. Barthez et Sanné ont observé 25 cas en hiver, 22 au printemps, 16 en été, 15 en automne.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'anasarque varie naturellement avec sa cause. Celle qui est liée à une maladie cachectisante, à une tuberculose, à une entérite chronique, a une signification redoutable. Les anasarques infectieuses sont relativement bénignes, quand elles ne relèvent pas d'une néphrite ou d'une anémie aiguë. L'anasarque rhumatismale, nerveuse, constitue en général une complication insignifiante. Il faut admettre cependant qu'une anasarque aiguë, idiopathique, peut tuer, lorsqu'elle a une marche rapide.

*Diagnostic.* — L'anasarque chez l'enfant ne soulève guère de question de diagnostic différentiel. En fait, on ne peut confondre l'œdème ni avec l'*emphysème sous-cutané*, ni avec l'*adipose*. Le *myxœdème* se différencie par la teinte cireuse, la sécheresse, la rugosité de la peau, les troubles de l'intelligence et de la motilité, l'inertie, et tous ces caractères qui font de l'athyrôidien, en apparence, un idiot immobile et passif.

Les anasarques partielles sont susceptibles de présenter des combinaisons cliniques, qu'on peut interpréter en sens différent. C'est ainsi que la bouffissure de la face dans la *coqueluche*, qui est un véritable œdème, rentre en réalité dans la description de l'anasarque, bien que la tradition l'en ait distraite. C'est un œdème localisé, qui ne s'étend qu'exceptionnellement, et qui obéit dans son évolution à des causes, dont la connaissance précise a fait rejeter ses rapports avec l'anasarque essentielle. Plus difficile est le parallèle entre l'anasarque partielle et certains œdèmes récidivants, décrits pour la première fois par Quincke<sup>1</sup> sous le nom d'*œdème aigu circonscrit*, par Strübing<sup>2</sup> sous celui d'*œdème aigu angio-neurotique*, par Rapin sous le nom d'*urticaire massive*. Gevaert<sup>3</sup> signale le cas d'un enfant de 5 ans, présentant tous les 15 jours un œdème du cou, gros comme un poing et disparaissant en quelques heures. Henoeh a rapporté l'histoire d'un enfant de 4 ans, qui en 5 mois présenta à quatre reprises un œdème passager du visage, des pieds, des mains avec malaise général et vomissements.

Galliard<sup>4</sup> a observé un enfant de 4 ans 1/2, qui un matin présenta un œdème palpébral énorme d'un côté, qui disparut en 24 heures, sans fièvre

(<sup>1</sup>) QUINCKE. *Monat f. prak. Dermatologie*, Hambourg, 1882.

(<sup>2</sup>) STRÜBING. *Zeitschr. f. klin. med.*, 1885.

(<sup>3</sup>) GEVAERT. *Revue des mal. de l'enf.*, 1894.

(<sup>4</sup>) GALLIARD. *Bull. Soc. méd., des hôp. de Paris*, 1899.

ni inflammation locale. Ce phénomène se reproduit une dizaine de fois en deux ans. L'auteur le désigne sous le nom d'*œdème idiopathique des paupières*, et ajoute que cet œdème peut être précédé ou accompagné d'œdèmes circonscrits des joues, des lèvres, des extrémités, des organes génitaux, des muqueuses. Du Castel a rapporté un cas d'œdème des paupières par usage de l'antipyrine.

La répétition de l'œdème aigu circonscrit est fréquente chez le même individu, et envahit toujours de préférence les régions préalablement touchées. La maladie est en général héréditaire et on peut parfaitement admettre avec Quincke et Rapin qu'elle est un équivalent de l'urticaire, bien que le prurit fasse en général défaut. Bergmann<sup>1</sup> cite le cas d'une mère et de son enfant, qui ont eu les mêmes manifestations œdémateuses du côté du visage, des mains, des bras, à quelques jours d'intervalle.

Widowitz<sup>2</sup> a observé un garçon de 8 ans qui à 6 ans présenta, par un temps très froid, une enflure des doigts de la main gauche. Depuis, le froid produit régulièrement de l'œdème des joues et des doigts des deux mains.

Max Joseph<sup>3</sup> a publié l'histoire d'un garçon de 5 ans qui, dès l'âge de 5 ans, présentait, lorsqu'il sortait par un temps froid, un œdème circonscrit à la peau du visage et des mains. La tuméfaction est instantanée et se dissipe en 15 minutes dans une chambre chaude. Les œdèmes n'apparaissent qu'aux régions découvertes.

Parfois ces œdèmes s'accompagnaient d'hémoglobinurie paroxystique.

Dans un autre cas de Widowitz, un enfant de 6 ans, après une promenade en traîneau, présente une tuméfaction énorme du visage qui le rend méconnaissable. L'œdème s'étend d'une joue à l'autre et descend à environ 4 centimètres au-dessous du menton. La tuméfaction disparaît au bout d'une demi-heure de séjour dans une chambre chaude. Depuis, l'œdème facial se reproduit chaque fois qu'il fait froid; parfois il s'y ajoute de l'œdème des doigts. Les parties œdématisées sont le siège de démangeaisons.

Il est d'autant plus important de signaler ces faits, qu'ils peuvent se compliquer, comme une anasarque essentielle ou brightique, d'œdème du larynx, du poumon<sup>4</sup> et de vomissements constituant de véritables crises gastriques (Strübens, Riehl).

Comment considérer les observations précédentes par rapport à l'anasarque idiopathique? Le plus souvent il s'agit d'un véritable œdème, pâle, sans trace d'inflammation, ni de fièvre. Leur caractère circonscrit, leur marche récidivante, la rapidité habituelle de leur évolution peuvent bien les séparer d'un grand nombre d'anasarques aiguës, à plus forte raison de leurs formes chroniques. Mais ils se rapprochent singulièrement des œdèmes *a frigore*, des œdèmes rhumatismaux ou pseudo-rhumatismaux, et si on veut les considérer comme une espèce à part, il n'en est pas moins vrai que leur pathogénie éclaire très nettement celle des anasarques essentielles.

(<sup>1</sup>) BERGMANN. *Wiener med. Wochenschr.*, 1895.

(<sup>2</sup>) WIDOWITZ. *Jahrb. f. Kindh.*, 1886 et 1900.

(<sup>3</sup>) MAX JOSEPH. *Wien. med. Presse*, 1889.

(<sup>4</sup>) Voir *Thèse de Dreyfus*. Lyon, 1900. Des œdèmes vaso-moteurs de la face.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur le diagnostic des diverses catégories d'anasarques idiopathiques, primitives ou secondaires, pas plus que sur la distinction à établir entre l'anasarque aiguë et chronique.

**Pathogénie.** — Il serait, au contraire, d'un grand intérêt d'élucider la pathogénie des anasarques idiopathiques, sans toucher d'ailleurs, comme nous l'avons spécifié, à celle des œdèmes cardiaques ou brightiques. Il est vrai qu'au fur et à mesure qu'on pénètre davantage dans la complexité du mécanisme de l'œdème, on arrive à reconnaître que les conditions de production de l'œdème ne sont pas si dissemblables sur le terrain de la physiologie pathologique que de la clinique. Les expériences si souvent citées de Lower sur l'influence de la stase veineuse, contredites d'abord, puis confirmées par la clinique et par les recherches expérimentales plus précises de Cohnheim et Sotnischewsky, le rôle attribué par Boddaert à la stase lymphatique, celui qui a été mis en lumière par Ranvier concernant le système nerveux, et en particulier les vaso-moteurs, qui créent une augmentation de tension dans les vaisseaux capillaires sanguins, tous ces travaux n'ont donné qu'une solution incomplète du problème. Dans un autre sens, l'œdème peut coexister avec des maladies dyscrasiques, des altérations du sang, dans le mal de Bright, le scorbut, l'inanition, la convalescence des fièvres graves, et on a expliqué sa genèse par l'état hydrémique du sang et l'augmentation de son pouvoir diffusible. A ce facteur, Barthels ajoute celui de la pléthore hydrémique, Cohnheim celui des altérations de la paroi vasculaire qui paraît survenir chaque fois que le sang n'a pas ses qualités normales, ou que la circulation de la région correspondante à l'œdème a été troublée. C'est là un premier pas fait vers la synthèse pathogénique des œdèmes. Heidenhain est allé plus loin et a admis que le passage de la lymphe dans les espaces intertissulaires était le fait non pas d'une diffusion, mais d'une véritable sécrétion des vaisseaux capillaires. Injectant dans les veines d'un chien une solution de sel ou de sucre, il établit que la quantité de sel ou de sucre trouvée dans la lymphe est plus élevée que celle du sang, ce qui impliquerait une élimination élective de ces substances par l'endothélium vasculaire. Hamburger, poussant à l'extrême cette doctrine, considère l'œdème comme une exagération de la sécrétion lymphatique.

A côté de l'action mécanique produite par la stase veineuse, lymphatique et l'augmentation de tension des capillaires, à côté des variations de la perméabilité de la paroi vasculaire due à des lésions ou à des modifications de l'action sécrétoire de l'endothélium vasculaire, on a fait intervenir encore les lois de l'osmose et de la concentration moléculaire (Winter, Straling, Cohnstein). Une lymphe hypérisotonique par rapport au sérum sanguin provoquera un courant de diffusion du sang vers la lymphe, que la concentration moléculaire de la lymphe soit élevée d'une façon absolue, ou que celle du plasma sanguin soit diminuée. L'extravasation des parties liquides du sang n'est donc pas un phénomène mécanique, mais un phénomène osmotique. La stase de la lymphe par gêne de la circulation mécanique rend la lymphe hypérisotonique par rapport au sérum sanguin. Dans les dyscrasies, la lymphe se charge de déchets imparfaitement comburés qui modifient sa

concentration moléculaire et sa pression osmotique. Dans le mal de Bright, par exemple, les produits qui devraient s'éliminer par l'urine sont en partie retenus dans les tissus, et, suivant l'expression de Bartels, le malade pisse dans ses tissus.

Théolon<sup>1</sup>, qui a fait une étude très complète de la physiologie pathologique de l'œdème, rapporte ce symptôme, quelle que soit sa cause, à une rupture de l'équilibre osmotique normal. Depuis, Hallion et Carrion, Reichel, Chauffard, Achard et Lœper ont par leurs expériences développé cette notion, qui, bien qu'entrevue depuis longtemps, manquait de précision. Achard a insisté longuement sur l'œdème brightique dans ses rapports avec la rétention des substances qui ne peuvent séjourner dans l'organisme que diluées à un certain degré. Widal, dans différentes communications faites à la Société médicale des hôpitaux en 1905, en collaboration avec Lemierre et Javal, a donné de véritables démonstrations cliniques de l'action hypopigène du chlorure de sodium, non éliminé. Il a montré que dans les néphrites épithéliales aiguës ou dans les poussées aiguës des néphrites chroniques, il y avait disproportion évidente entre l'ingestion des chlorures et leur élimination, et qu'il se constituait, par là même, un état de rétention chlorurique ou de chlorurémie, caractérisée par l'oligurie avec hypochlorurie, poussée d'albuminurie, hydratation de l'organisme, augmentation du poids du corps, et finalement œdème progressif. La suppression des chlorures dans l'alimentation, soit par la diète lactée, soit par l'usage de la viande et des féculents non salés, agit rapidement contre l'anasarque. J. Courmont (*Lyon méd.*, 1905) a publié des faits analogues.

La rétention des chlorures dans les néphrites épithéliales est d'autant plus remarquable, que la perméabilité rénale persiste ou est exagérée pour d'autres substances, le bleu de méthylène, l'urée. Bien que les résultats précédents ne concernent actuellement que l'œdème lié aux néphrites épithéliales, ils marquent cependant une série de points de vue nouveaux dans les recherches pathogéniques qui concernent l'œdème. Les œdèmes essentiels devront être l'objet d'études particulières concernant la concentration du sérum sanguin, de la lymphe interstitielle, la richesse des urines en chlorures. Il semble que le liquide de tous les œdèmes renferme une forte proportion de sel : 5,50 à 7,50 pour 100, d'après Merklen. C'est là une véritable indication à des recherches générales sur le rôle de la chlorurémie en dehors des néphrites. Pour le moment, on ne peut en faire cas que chez les brightiques. Toutefois, Merklen (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1905), a montré que, dans les œdèmes cardiaques eux-mêmes, il y avait une véritable diminution de l'excrétion chlorurée, et il est bien à croire qu'à côté de la stase mécanique de la circulation, le trouble fonctionnel subi par le rein, par le fait même de cette stase, doit contribuer pour une part à la production de l'œdème.

Quel que soit l'intérêt général des travaux que nous venons d'exposer, ils laissent encore subsister des obscurités, lorsqu'il s'agit d'interpréter cer-

(<sup>1</sup>) THÉOLON. Physiologie pathologique de l'œdème. Thèse de Lyon, 1890.

tains œdèmes aigus, qui se constituent sans intervention apparente d'une dyscrasie ou d'une maladie de l'appareil circulatoire. Ainsi de l'anasarque *a frigore*, ou des œdèmes angio-neurotiques circonscrits dont nous avons cité des exemples. Le rôle du système nerveux est presque évident, c'est à des troubles vaso-moteurs qu'il faut rapporter l'extravasation séreuse. Mais si des troubles peuvent se comprendre lorsqu'il s'agit d'une névrose ou d'une lésion du système nerveux, ils sont plus embarrassants à interpréter, lorsqu'ils surgissent en pleine santé, sous l'action du froid, par exemple. On sait, d'après les expériences de Bouchard, Gley et Charrin, que les sécrétions bactériennes peuvent influencer l'innervation vasculaire, que les produits solubles du bacille pyocyanique paralysent ou modèrent l'action des centres vaso-moteurs (Charrin), que la tuberculine est vaso-dilatatrice (Bouchard), que cette même propriété appartient au staphylocoque pyogène (Arloing). Roger et Josué injectent sous la peau de l'oreille d'un lapin, dont les trois veines auriculaires ont été liées, des cultures stérilisées du *proteus vulgaris* et produisent un œdème considérable, qui ne se manifestait pas avant l'injection. Il y aurait là une action de renforcement analogue à celle de la section du sciatique, dans l'expérience classique de Ranvier. D'autre part, les cellules de l'organisme fabriquent des produits analogues à ceux des microbes. On peut donc admettre dans certains cas l'influence d'actions toxiques ou infectieuses, mises en train, soit par une maladie, soit par une cause exceptionnelle, comme le froid, qui dégage un microbisme latent ou une dyscrasie latente.

**Traitement.** — Le traitement de l'anasarque est causal ou symptomatique. Le traitement causal est naturellement très variable. Si on soupçonne un élément spécifique, comme le paludisme (Hench), le rhumatisme, la syphilis, on prescrira la quinine, le salicylate de soude ou ses succédanés et le mercure. S'il s'agit d'une infection comme la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, on recherchera dans chaque cas le facteur susceptible d'être incriminé. L'importance qu'a prise la rétention chlorurée dans le cours de certaines néphrites devra attirer l'attention sur la quantité des urines, celle des chlorures sécrétés, et le point de congélation de l'urine. S'il y a défaut d'élimination de chlorures, malgré une ingestion suffisante, on tentera la cure de déchloruration, pendant un temps qu'il est difficile de fixer mais qui ne devra pas être prolongé, car si la chloruration exagérée peut avoir ses inconvénients, la déchloruration est susceptible de créer des lésions rénales et une sorte de cachexie (Castaing et Rathery). En tout état de cause, on abandonnera, dans le traitement des œdèmes, la médication par les lavements de sérum physiologique, à plus forte raison par les injections sous-cutanées d'eau salée, qu'on ne sera d'ailleurs pas souvent tenté d'employer. L'expérience clinique a démontré l'action variable et imprécise, parfois très efficace, des procédés dits de déshydratation. Les diurétiques, en particulier, donnent parfois des résultats heureux, alors que, dans d'autres cas, ils échouent. Les indications pathogéniques, qui sont encore trop vagues, ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'espérer de la part d'une substance donnée une action spécifique. On sait cependant que les infiltrations dispa-

raissent chez certains brightiques (Straus, Widai), chez certains cardiaques (Merklen), à la suite d'une polyurie avec polychlorurie. Chez les brightiques, Widai et Javal ont pu reconnaître que l'azotate de potasse et la scille sont inefficaces, la digitale insuffisante, la diurétine incertaine, par contre, que la théobromine et la théocine sont très actives au point de vue de l'élimination des chlorures et de la disparition des œdèmes.

Chez les cardiaques, l'association de la digitale et des diurétiques produit de bons résultats. En dehors de ces faits, nous n'avons pas d'indication précise à donner sur la valeur des diurétiques dans l'anasarque dite essentielle.

L'action des diaphorétiques et des purgatifs n'a pu être pathogéniquement définie, même dans les cas où elle a été efficace. Cependant, Javal a signalé un cas de diarrhée chez un brightique avec élimination notable de chlorures par les selles. En l'absence de données pathogéniques suffisantes, on instituera un traitement symptomatique : fer, arsenic, toniques, s'il s'agit de chlorose ou d'œdème survenu dans la convalescence d'une maladie longue et débilitante, capable de créer une dyscrasie aiguë. S'il y a des indices de myocardite, caractérisée par un peu de dilatation, de l'affaiblissement des bruits du cœur, de l'arythmie, on administrera la digitale, la caféine. La connaissance des néphrites latentes nous impose de prescrire, dans les formes aiguës de l'anasarque, la diète lactée, le repos au lit. Certaines localisations de l'anasarque (œdème glottique, exsudations pleurales, péritonéales, péricardiques) exigent un traitement particulier pour l'étude duquel nous renvoyons aux chapitres concernant les maladies de chaque organe intéressé par l'œdème.

Dans les formes trainantes ou chroniques, liées à des dyscrasies, à des cachexies, les procédés thérapeutiques susceptibles d'agir dans les formes aiguës ne peuvent être longtemps renouvelés. Tout en traitant la cause, on aura recours au massage exercé dans le sens du courant veineux, ainsi qu'on le pratique dans les anasarques cardiaques. Si la peau est tendue, luisante, prête à éclater, on fera une déplétion passagère, au moyen des tubes de Southey. Ce ne sont d'ailleurs là que des moyens palliatifs, qui seront impuissants devant l'action continue d'une cause cachectisante.

**Prophylaxie.** — La prophylaxie ne peut guère s'appliquer qu'aux précautions à prendre vis-à-vis du froid. Cela est surtout vrai des nourrissons débiles et prématurés qu'il faut maintenir à une température convenable, et chez lesquels d'ailleurs la chaleur constitue un véritable procédé thérapeutique. Pour ce qui est des maladies aiguës et, en particulier, de la scarlatine, il convient de retenir les patients à la chambre, surtout en hiver, pendant une période de 4 à 6 semaines, et de ne pas les exposer, pendant la convalescence, à de brusques variations de température. Les œdèmes durables, avec tension et troubles de la nutrition de la peau, exigent des précautions aseptiques qui sont du même genre que celles qu'on prend dans les anasarques cardiaques ou brightiques.