

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 surbordonné 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 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 vibrance 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 diffus, 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 cellulaires 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 périocardite (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 *ανά*, 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

celle qui survient brusquement sous l'influence d'un refroidissement qui n'offre le plus souvent aucun péril et qui cède généralement en peu de temps aux moyens qu'on lui oppose. Je dis le plus *souvent*, et non pas *toujours*, parce que l'anasarque survenue dans ces conditions se lie quelquefois à une maladie de Bright, affection toujours grave et d'une issue incertaine.

Traitement. — Dans le traitement de l'anasarque, on suivra les règles que j'ai tracées précédemment à l'occasion des hydropisies en général. Je n'ai rien à ajouter aux préceptes que j'ai donnés; mais malheureusement on rencontre fréquemment des cas qui sont rebelles aux moyens que j'ai énumérés. L'hydropisie, continuant alors à s'accroître, excite des douleurs vives par suite de la distension de la peau; elle rend le mouvement des parties difficile ou même absolument impossible; il est alors urgent d'avoir recours à quelques moyens chirurgicaux pour évacuer la sérosité. C'est dans ce but qu'on a conseillé les vésicatoires, les sétons, les cautères, médications qui sont à juste titre généralement abandonnées aujourd'hui, car elles avaient l'inconvénient d'exciter dans les lieux où on les appliquait des inflammations qui se terminent presque toujours par gangrène. Le même danger serait à redouter si, pour évacuer la sérosité, on pratiquait des scarifications, des incisions linéaires et très-superficielles, ou même de petites mouchetures sur la peau. M. Roche dit avoir souvent employé avec avantage de simples piqûres pratiquées avec une aiguille: c'était un moyen que Willis avait beaucoup préconisé. Il avait pour habitude de faire à un pouce de distance les unes des autres cinq ou six piqûres avec une aiguille ordinaire: il les renouvelait souvent tous les jours, et même deux fois dans les vingt-quatre heures. Cette méthode est préférable à celle qui est adoptée par la plupart des praticiens, et qui consiste à faire avec une lancette étroite une piqûre intéressant toute l'épaisseur de la peau, en ayant soin de choisir un point où cette membrane n'est ni trop amincie ni déjà affectée d'érysipèle. Si, malgré les précautions qu'on prend, la gangrène s'emparait des lèvres des petites solutions de continuité, il serait presque toujours impossible de maîtriser les accidents. J'ai vu pourtant plusieurs fois la gangrène se circoncrire, et la sérosité s'écoulant librement par les larges brèches que la mortification avait ouvertes, une amélioration inespérée survenir. L'érysipèle est la conséquence fréquente de toutes les tentatives faites pour évacuer directement la sérosité infiltrée. Des soins de propreté minutieux sont de toute rigueur; on saupoudrera les parties malades avec de l'amidon ou du bismuth, et l'on soutiendra les forces par les toniques.

De l'œdème.

L'œdème ne diffère de l'anasarque que parce que l'infiltration, au lieu d'être générale, est limitée à une partie du corps. D'après le siège de l'infiltration séreuse, on doit distinguer des œdèmes *sous-cutané*, *sous-muqueux*, *sous-séreux*, *interstitiel* et *parenchymateux*.

L'œdème sous-cutané offre les mêmes caractères extérieurs que l'anasarque: il a la même étiologie, c'est-à-dire qu'il est presque toujours symptomatique. Phénomène fréquent dans la convalescence et dans la dernière période des maladies chroniques, il occupe le plus souvent les membres inférieurs, surtout au niveau des malléoles, et se lie communément à la faiblesse des sujets. Il présente tous les caractères d'un œdème passif; la peau est d'un blanc mat, la tuméfaction est complètement indolente, et conserve longtemps l'impression du doigt. Cependant il n'est pas rare de voir l'œdème qui survient pendant la convalescence des maladies fébriles offrir la plupart des caractères attribués

à l'œdème dit *actif*: la peau est en effet à peine décolorée, la pression excite de la douleur, la tuméfaction résiste bien plus que précédemment et conserve moins longtemps l'impression du doigt. Cet œdème, presque toujours borné à une partie des jambes, offre, comme on le verra, quelque ressemblance avec l'œdème douloureux des femmes en couches. Il est difficile d'en expliquer le développement: rien ne prouve qu'il se rattache à quelque obstacle à la circulation veineuse ou à une altération du sang. Il n'en est pas de même de celui qu'on voit si souvent se développer chez certains individus après des marches longues, surtout chez ceux qui voyagent plusieurs jours renfermés dans une voiture, les jambes constamment fléchies. Ici l'œdème s'explique très-bien par la gêne que la circulation veineuse a éprouvée: aussi suffit-il de quelques jours de repos dans la position horizontale pour en triompher tout à fait. Si l'on excepte les conditions que nous venons d'énumérer, on peut dire que l'œdème qui occupe les deux membres inférieurs à la fois, s'il ne se lie point à la présence des varices, est le premier degré d'une hydropisie qui tôt ou tard deviendra générale, hydropisie symptomatique, le plus souvent, d'une affection organique du cœur. Nous avons vu aussi qu'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure pouvait produire le même phénomène. Enfin l'œdème, qui affecte si souvent les membres inférieurs chez les femmes atteintes du cancer utérin, se lie presque toujours à la présence des caillots fibrineux, adhérents, mêlés à du débris cancéreux. Ces caillots obstruent les veines iliaques, crurales et hypogastriques. C'est un fait que j'ai eu occasion de vérifier fréquemment à l'hospice de la Salpêtrière, il y a de cela plus de trente ans.

L'œdème, borné à l'un des membres, indique presque toujours l'obstruction ou l'oblitération d'un des vaisseaux qui rapportent vers le tronc le sang de cette partie du corps. Ainsi l'œdème permanent de la jambe et du pied est souvent produit par des varices, ou bien par la compression qu'un anévrysme poplité ou inguinal, qu'une hernie crurale volumineuse ou qu'un bandage destiné à la maintenir exercent sur la veine principale du membre. D'autres fois, c'est dans la fosse iliaque elle-même que réside la cause de l'œdème: telles sont, en particulier, certaines tumeurs phlegmoneuses, ainsi que les anévrysmes des artères iliaques qui compriment les veines du même nom.

L'œdème d'un des membres supérieurs doit aussi porter le médecin à explorer attentivement le creux axillaire de la cavité thoracique; car cette infiltration dépend souvent de la compression qu'exercent sur les veines des membres diverses tumeurs solides, et particulièrement des tumeurs anévrysmales.

L'œdème occupe-t-il la moitié de la face et du cou, on devra diagnostiquer un obstacle à la terminaison de la veine jugulaire.

Enfin, l'hydropisie envahit-elle à la fois la moitié supérieure du tronc, c'est-à-dire la face, le cou, le haut de la poitrine et les deux membres supérieurs, ainsi que j'en ai observé plusieurs exemples, on diagnostiquera un obstacle, tel que tumeur cancéreuse des médiastins, anévrysmes de l'aorte, etc., s'opposant au retour du sang dans la veine cave supérieure. (Voyez tome II, *Oblitérations des veines caves*.)

Un œdème circonscrit, survenant dans un point qui a été le siège d'une tumeur phlegmoneuse, est souvent le seul signe qui indique l'existence d'un abcès plus ou moins profond. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les abcès sous-aponévrotiques des membres, pour ceux des fosses iliaques. Enfin l'infiltration séreuse d'une moitié de la face est un phénomène qui seul, dans quelques cas, a conduit Chomel à chercher et à reconnaître un abcès formé sur le bord alvéolaire d'une des mâchoires, et dû presque tou-