

pauvres malades, n'oublions jamais, Messieurs, que nous ne saurions les entourer de trop d'égards ; ménageons-les physiquement, en leur évitant des examens trop souvent répétés ou trop longtemps prolongés, ménageons-les moralement, en ne prononçant jamais devant eux une seule parole qui puisse les éclairer sur la gravité de leur mal ; ils sont deux fois à plaindre, car ils sont malades et malheureux ; et, à ce double titre, ils ont droit à toute notre sollicitude, à notre dévouement et à notre respect.

## DEUXIÈME LEÇON

## ŒDÈME BRIGHTIQUE SURAIGU DU POUMON

MESSIEURS,

J'ai souvent appelé votre attention sur la fréquence des œdèmes pulmonaires qui surviennent au cours des néphrites. Un malade est-il atteint de néphrite aiguë, néphrite scarlatineuse, ou syphilitique précoce, néphrite *a frigore*, il est rare que l'œdème pulmonaire ne vienne pas s'associer aux œdèmes périphériques. Tantôt, cet œdème pulmonaire atteint les bronches plus encore que le poumon, c'est l'ancienne bronchite albuminurique de Lasègue ; tantôt les poumons sont pris pour leur propre compte, surtout à leur base, et l'auscultation y fait percevoir une multitude de râles fins sibilants et surtout sous-crépitants. Parfois enfin, la plèvre participe au processus exsudatif, et la matité, le souffle, l'égo-phonie sont en rapport avec la quantité du liquide épanché. Limité à ces faibles proportions, l'œdème broncho-pulmonaire mérite à peine le nom de complication, il fait partie de la poussée œdémateuse qui tend à se faire de tous côtés, il est une cause de dyspnée, mais il n'a pas dans l'évolution de la néphrite aiguë une situation prépondérante. Il n'en est plus de même d'une autre variété d'œdème pulmonaire, à

laquelle il faut réserver le nom d'*œdème pulmonaire suraigu*, complication aussi soudaine que terrible.

Une remarque analogue s'applique aux œdèmes pulmonaires des néphrites chroniques. Souvent, à l'auscultation d'individus atteints de maladie de Bright, je vous ai fait entendre, à la base des poumons, des râles fins, sous-crépitanants, râles de congestion œdémateuse, qui s'immobilisent pendant des semaines et des mois et qui sont un épiphénomène fréquent dans le cours des néphrites chroniques. En pareil cas, l'œdème du poumon n'a pas grande importance; il est plus ou moins étendu, plus ou moins tenace, il participe pour sa part à la gêne respiratoire, mais il ne concentre pas sur lui toute l'attention. Il n'en est plus de même de l'autre variété d'œdème, l'*œdème pulmonaire suraigu*, qui peut éclater soudainement dans le cours des néphrites chroniques et qui met en quelques instants la vie en danger.

Cet *œdème pulmonaire suraigu des néphrites*, que je vais étudier aujourd'hui, revêt d'emblée, vous allez le voir, une violence qui en fait une des complications les plus redoutables; il ne peut être comparé, comme soudaineté et comme intensité, qu'à l'œdème pulmonaire suraigu qui éclate parfois à la suite des thoracentèses *mal faites*, alors que l'opérateur a eu le tort de retirer trop rapidement ou trop complètement une grande quantité de liquide pleural : à peine la thoracentèse est-elle terminée, que le malade est pris d'étouffements, d'angoisse, de quintes de toux, et il expectore quelques cents grammes, un litre, deux litres, d'un liquide spumeux, albumineux, rosé, qui est le témoin et la conséquence de l'œdème suraigu qui inonde les poumons<sup>1</sup>. Heureux quand ce terrible accident ne se termine pas par la mort!

Pareil œdème suraigu du poumon peut survenir au cours des néphrites. Un individu chez lequel une néphrite évoluait d'une façon souvent silencieuse, est pris soudainement, sans cause apparente, de violentes quintes de toux et d'une oppression rapidement croissante; presque en même temps

1. Pour plus de détails sur cette question, voyez : *Manuel de pathologie interne*, 1897, 10<sup>e</sup> édition, t. I, p. 432.

il expectore en abondance et il continue à expectorer un liquide spumeux, albumineux, de teinte rosée, expectoration caractéristique de l'œdème suraigu du poumon. En quelques heures la vie est en danger, et si vous n'intervenez à temps, par des moyens que nous aurons à discuter plus loin, le malade succombe souvent à cette terrible complication.

Le malade que je vous présente en ce moment et qui va faire le sujet de cette leçon, a justement été atteint de cet *œdème brigtique suraigu du poumon*, et à le voir actuellement, ayant si bonne mine, si bonne allure, on ne se douterait guère qu'il est entré, il y a quelques jours, mourant à l'hôpital. Le 15 octobre dernier, cet homme, âgé de quarante-cinq ans, typographe de son état, a été pris d'une oppression si rapidement inquiétante, qu'on n'a eu que le temps de le mettre en voiture et de le transporter à grand'peine à l'Hôtel-Dieu. Dès son arrivée dans notre salle Saint-Christophe, au lit n° 2, il a donné aux élèves du service l'impression d'une asphyxie imminente et d'une mort prochaine. La face pâle et couverte de sueurs froides, l'œil éteint, les lèvres livides, les doigts et les ongles bleuâtres, la respiration anxieuse et précipitée, le pouls misérable et accéléré, tel était l'état du moribond. Dans ces conditions, l'interrogatoire du malade était impraticable. L'auscultation du cœur était impossible; l'auscultation de la poitrine faisait percevoir, dans toute l'étendue des deux poumons, quelques râles sibilants et une véritable pluie de râles fins sous-crépitanants. Au premier abord, cet état rappelait la bronchite capillaire, ou le catarre suffoquant, ou la granulie; il donnait encore l'impression d'une maladie du cœur ou de l'aorte avec retentissement pulmonaire. Bien que difficile, le diagnostic n'était pas insurmontable si l'on savait mettre à profit les quelques signes de grande valeur dont je vais vous parler. Le malade toussait et crachait, et son expectoration abondante, prenait dans le crachoir une apparence mousseuse, spumeuse, rosée. De plus, les paupières étaient bouffies, les jambes étaient légèrement œdématisées, la température était abaissée à 35°,2 et les quelques gouttes d'urine, rendues par le malade,

étaient fortement albumineuses. L'étude raisonnée de ces symptômes, l'oligurie, l'albuminurie, la bouffissure du visage, témoignaient de l'existence d'une néphrite; et l'expectoration mousseuse, albumineuse, rosée, jointe à la pluie de râles fins qui encombraient les poumons, tout cela permit à mon chef de clinique M. Charrier de poser le diagnostic d'œdème brightique suraigu du poumon. C'est en effet le diagnostic auquel il fallait s'arrêter.

En pareille circonstance, la médication s'imposait, on appliqua immédiatement des ventouses scarifiées et on pratiqua une saignée de 300 grammes. L'effet produit par l'émission sanguine fut immédiat. Il se fit, dans l'état du malade, un changement à vue. La respiration devint plus libre, l'expectoration plus rare, en moins d'une heure, la pluie de râles fins disparut aux parties supérieures des poumons et la mort fut conjurée. Il n'est pas possible de voir un succès thérapeutique plus prompt et plus saisissant. On prescrivit le régime lacté absolu, les boissons lactosées, et en fait de médicament, je me bornai à donner une dose journalière de 20 grammes de vin diurétique de Trousseau.

Le lendemain, le malade était transformé, il respirait à son aise, la teinte asphyxique avait disparu et la température était normale. L'auscultation du cœur, devenue possible, laissait percevoir un léger bruit de galop, ce signe précieux dont nous devons la connaissance à M. Potain, et à l'auscultation des poumons on n'entendait plus de râles qu'aux deux bases; partout ailleurs la respiration était devenue normale, les reins commençaient à fonctionner et les urines, presque nulles la veille, mais fort albumineuses, s'élevaient maintenant à 200 grammes. La partie était gagnée.

Dès le surlendemain, le malade pouvait nous donner sur son état antérieur les renseignements les plus circonstanciés; il nous raconta que depuis quelque temps sa santé s'était légèrement altérée; il avait éprouvé depuis plusieurs mois quelques-uns des petits accidents du brightisme: pollakiurie, crampes dans les mollets; sensation du doigt mort, œdème des paupières et des malléoles, et c'est dans le cours de ce brightisme, qu'avaient éclaté les grands acci-

dents d'œdème pulmonaire suraigu avec menace d'apoplexie.

Vous avez pu suivre l'amélioration rapide qui s'est faite chez cet homme. En quelques jours, la situation a totalement changé; aujourd'hui la respiration est régulière, c'est à peine si quelques râles persistent aux bases des poumons, la bouffissure du visage et l'œdème des jambes ont complètement disparu. La quantité des urines atteint 1500 grammes, toutefois l'albumine persiste à la dose de 1 gr. 50 par jour et la dépurabilité urinaire est encore insuffisante, car la toxicité des urines expérimentalement recherchée est loin d'avoir atteint son taux normal.

C'est là, Messieurs, un cas d'œdème brightique suraigu du poumon, et je désire profiter de la circonstance pour étudier avec vous cette complication des néphrites, complication souvent mortelle et sur laquelle nous pouvons agir avec efficacité. Toutefois, avant d'entreprendre cette étude, je tiens à vous citer encore d'autres observations, destinées à bien fixer dans votre esprit les formes et les allures de cette variété d'œdème. Voici ces observations.

J'ai été témoin l'an dernier, dans mon service de l'hôpital Necker, d'un fait qui faillit se terminer d'une façon dramatique. Il s'agissait d'un malade que je faisais examiner à l'amphithéâtre, un jour de cours, par un de mes élèves. Ce malade était un brightique, qui présentait entre autres symptômes des troubles accentués d'intolérance gastrique. Pendant l'examen du malade, nous nous aperçûmes, et tous les assistants s'aperçurent en même temps, que cet homme devenait dyspnéique, sa respiration s'accélérait, il semblait étouffer. Je l'auscultai immédiatement; je constatai l'apparition d'une pluie de râles fins, disséminés en abondance dans les deux poumons; ces râles expliquaient suffisamment l'angoisse dyspnéique rapide à laquelle nous assistions. En même temps, le malade fut pris de quintes de toux et il rendit sous nos yeux une quantité de liquide spumeux, mousseux, rosé, qui vint confirmer le diagnostic. Il était évident que cet homme, qui les jours précédents n'avait que quelques râles dans la poitrine et dont l'oppression était fort modérée, venait d'être pris brusquement d'un

œdème suraigu du poumon qui menaçait de se terminer rapidement par la mort. J'avoue que j'eus un moment d'anxiété profonde, car le malade, couvert de sueurs et l'œil hagard, prit rapidement une teinte asphyxique, et je me demandai un instant s'il n'allait pas succomber avant qu'on lui eût porté secours. Sans perdre un instant, je fis pratiquer par mon interne M. Kahn une saignée de 400 grammes, et le résultat ne se fit pas attendre. A mesure que le sang s'écoulait de la veine, le malade revenait à lui, la respiration se faisait plus librement, l'angoisse diminuait progressivement, comme s'il se fût agi d'une expérience de laboratoire, et un quart d'heure plus tard, le malade nous disait lui-même, qu'il avait eu conscience de ces deux états bien opposés, qu'il s'était d'abord senti mourir, puis qu'il s'était senti renaître à mesure que le sang s'écoulait de la veine. A dater de ce moment, l'œdème diminua rapidement dans les poumons, l'accident fut conjuré et le malade resta dans nos salles comme simple brightique; il nous quittait trois mois plus tard sans que l'œdème pulmonaire se fût reproduit.

En 1892, au mois de septembre, je recevais dans mon service de l'hôpital Necker, un malade atteint d'accidents urémiques avec oligurie. Ce brightique se plaignait d'oppression et de céphalée violente. On constatait, à l'auscultation, des râles fins dans les deux poumons, notamment en arrière du côté droit. Ces symptômes dyspnéiques, ainsi que les maux de tête, remontaient à deux mois environ. Les urines contenaient une faible proportion d'albumine. Les jambes étaient assez fortement œdématiées. Comme traitement, je prescrivis le régime lacté absolu et la tisane de lactose. Après quelques jours de ce régime, le malade se sentait beaucoup mieux, la dyspnée avait presque disparu, on n'entendait plus que quelques râles disséminés et l'œdème des jambes avait notablement diminué. Néanmoins, la quantité d'urines restait fort inférieure à la normale, ce qui n'était pas de bon augure.

Tout à coup, dans la soirée du 3 septembre, les accidents dyspnéiques reparaissent avec intensité. A l'oppression qui ne fait qu'augmenter, s'ajoute une expectoration abondante, spumeuse, mousseuse, rosée, conséquence d'un œdème brightique

sur aigu du poumon, qui dura une partie de la nuit. Le lendemain, la dyspnée persistait toujours et à l'auscultation, on percevait des râles fins de toute nature. Je fis appliquer sur la poitrine une quantité de ventouses scarifiées; le surlendemain 5 septembre, je prescrivis une saignée de 250 grammes. Sous l'influence des émissions sanguines, survint une amélioration notable, les râles diminuèrent et la respiration devint presque libre.

Je n'insiste pas sur les autres accidents urémiques et sur l'anurie qui se déclara quelques jours plus tard. C'est à propos de ce malade que j'eus l'idée de traiter l'anurie par des injections de suc rénal, la *néphrine*, que je fis préparer par M. Rénon, alors mon interne, aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux. Je n'ai pas à vous relater ici les détails de cette observation que j'ai communiquée à la Société médicale des hôpitaux<sup>1</sup>, et je me contente de la restreindre à l'accident qui nous occupe actuellement, c'est-à-dire à l'œdème suraigu du poumon.

Je vais maintenant vous faire part de quatre observations qui m'ont été fort obligeamment données par mon collègue le D<sup>r</sup> Giraudeau :

La première de ces observations concerne une dame de soixante-dix-neuf ans, qui fut prise brusquement, dans la nuit, pendant son sommeil, d'un accès d'étouffement des plus intenses, alors que la veille encore elle était en parfaite santé. En arrivant auprès de la malade, M. Giraudeau la trouva en proie à une dyspnée voisine de l'asphyxie; le nombre des mouvements respiratoires atteignait presque cent par minute, les extrémités étaient glacées, cyanosées, recouvertes d'une sueur froide, le facies exprimait l'angoisse la plus profonde, la mort semblait imminente. A chaque instant, survenaient des quintes de toux qui se terminaient par une expectoration mousseuse, très abondante et légèrement teintée en rose; l'accès durait à peine depuis une demi-heure, et déjà la quantité de mousse rejetée pouvait être évaluée à un demi-litre environ. Dans toute l'étendue de la poitrine, on enten-

1. Société médicale des hôpitaux, séance du 14 octobre 1892.

dait, aux deux temps de la respiration, des râles extrêmement fins. Le pouls était incomptable. Il s'agissait bien d'un œdème suraigu du poumon, mais quelle en était la cause? M. Giraudeau fit, séance tenante, l'examen des urines que la malade avait rendues avant de se coucher, c'est-à-dire avant l'accès d'étouffement, et les urines contenaient une quantité d'albumine pouvant être évaluée approximativement à 1 gr. 50 ou 2 grammes. Malgré l'âge de la malade, et vu la gravité de la situation, une saignée de 350 grammes fut aussitôt pratiquée. Les accidents diminuèrent presque instantanément, mais l'expectoration mousseuse et rosée persista encore plusieurs heures.

Le lendemain matin, à son grand étonnement, M. Giraudeau trouva la malade considérablement améliorée; la dyspnée avait presque disparu, l'expectoration n'était plus ni mousseuse, ni rosée; de temps à autre, cette dame rejetait quelques crachats blanchâtres sans caractères particuliers; le refroidissement des extrémités et la cyanose avaient disparu; les râles sibilants et sous-crépitants étaient beaucoup moins nombreux; bref, de tout l'appareil dramatique de la nuit, il ne restait qu'une fatigue extrême et une courbature surtout prononcée au niveau des attaches du diaphragme. Il fut alors possible de constater qu'il n'y avait ni lésion mitrale, ni lésion aortique; mais en revanche on pouvait constater un bruit de galop brightique des plus nets. Sous l'influence du régime lacté absolu, les accidents ne reparurent plus, et pendant plusieurs mois, cette dame, dont la santé avait été jusque-là parfaite, en apparence, put vivre sans entraves, de la vie commune.

Six mois plus tard, un nouvel accès nocturne d'œdème suraigu pulmonaire éclata brusquement; il fut, toutefois, moins violent que le premier. Pendant les deux années qui suivirent, la santé fut relativement bonne, et l'albuminurie qui disparaissait complètement sous l'influence du régime lacté, ne reparissait qu'avec la cessation du régime. La vieille dame mourut loin de Paris, à l'âge de quatre-vingt-un ans, c'est-à-dire plus de deux ans après l'apparition du premier accès d'œdème suraigu du poumon; et, d'après le récit

qui fut fait de sa mort, il y a tout lieu de supposer qu'elle succomba à de nouveaux accidents comparables à ceux du premier accès.

La deuxième observation de M. Giraudeau concerne une dame de soixante-douze ans, qui le fit appeler un matin du mois de novembre 1892 pour un accès d'oppression très violent qu'elle avait eu pendant la nuit. La malade était assise sur son lit, encore toute haletante; elle raconta d'une voix entrecoupée qu'elle se sentait beaucoup mieux pour le moment, mais qu'elle avait cru mourir dans la nuit, tant la suffocation avait été intense pendant plusieurs heures. Auprès du lit de la malade se trouvait une cuvette remplie d'une mousse rosée, et au-dessous de cette mousse on constatait l'existence d'un liquide transparent, légèrement visqueux, à peine teinté en rose. D'emblée, le diagnostic s'imposait; il était évident que la malade avait été prise, pendant la nuit, d'un accès d'œdème suraigu du poumon. A l'auscultation de la poitrine, on constatait de nombreux râles fins, sous-crépitants, plus abondants aux deux bases, l'auscultation du cœur permettait de constater l'intégrité des orifices du cœur et de l'aorte, mais ne laissait aucun doute sur l'existence d'un bruit de galop d'origine brightique.

Les urines étaient rares, d'un rouge brique et très albumineuses. Un œdème assez prononcé existait aux membres inférieurs. La malade raconta que depuis quelques mois elle était oppressée, elle montait péniblement les escaliers, elle s'était enrhumée, disait-elle, quelques jours avant; elle avait toussé et frissonné, elle avait eu du coryza et tous les signes d'une grippe légère.

La saignée ayant été repoussée par l'entourage de la malade, on appliqua huit ventouses scarifiées à la région des reins, et on conseilla le régime lacté absolu. L'oppression persista pendant plusieurs jours, mais l'expectoration ne fut plus ni mousseuse, ni rosée, elle prit l'apparence d'un liquide visqueux analogue à du blanc d'œuf cru. Les râles persistèrent encore pendant quelque temps, puis tout rentra dans l'ordre; seule l'albumine ne disparut jamais complètement. A l'heure actuelle, quatre ans se sont écoulés depuis

l'apparition de cet œdème suraigu du poumon, et la santé est relativement bonne, à la condition, toutefois, que la malade ne fasse pas d'infraction à son régime lacté.

Dans la troisième observation de M. Giraudeau, il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, diabétique depuis de nombreuses années et chez lequel la disparition du sucre fut suivie de l'apparition d'albumine graduellement progressive. En 1887, M. Giraudeau fut appelé un soir vers neuf heures, auprès de ce malade qui venait d'être pris d'un terrible accès d'étouffement. Cet homme était mourant, en proie à une dyspnée des plus violentes, la face pâle, inondée de sueur, le pouls à peine perceptible, incomptable. Ce pauvre homme, assis dans un fauteuil, tenait sur ses genoux un bol rempli d'une expectoration mousseuse d'un blanc rosé, expectoration qu'il venait de rendre depuis le début de son accès d'oppression. Cet accès d'oppression avait commencé brusquement, sans cause apparente deux heures auparavant, presque aussitôt après le dîner.

Dans toute la poitrine existait une véritable tempête de râles fins et serrés, sibilants et sous-crépitanants. Séance tenante, M. Giraudeau pratiqua une saignée de 400 grammes, il fit couvrir la poitrine de ventouses sèches, il appliqua des sinapismes sur les membres inférieurs. Il pratiqua une injection sous-cutanée de 80 centigrammes de caféine, puis une autre injection d'un centimètre cube d'éther sulfurique, mais malgré ce traitement énergique, l'asphyxie devint imminente, le malade n'eut plus la force d'expulser le liquide qui encombrait l'appareil broncho-pulmonaire, et il mourut de cet accès d'œdème brightique suraigu du poumon, trois heures après le début des accidents.

Dans sa quatrième observation, M. Giraudeau rapporte l'histoire d'un peintre en bâtiments, âgé de cinquante-cinq ans, atteint d'accidents saturnins, et entré à l'Hôtel-Dieu annexe en 1895, pour une anasarque consécutive à une néphrite saturnine. Quatre jours après l'admission de ce malade à l'hôpital, M. Giraudeau le trouva un matin en proie à une dyspnée des plus vives qui avait débuté la veille dans la soirée. L'oppression avait été si violente, qu'à

plusieurs reprises le malade s'était cru perdu. Pendant la nuit, trois crachoirs avaient été remplis d'une mousse spumeuse et rosée; la teinte rosée était très accusée dans le premier crachoir, elle l'était moins dans le deuxième et moins encore dans le troisième. L'auscultation de la poitrine dénotait une véritable pluie de râles sous-crépitanants très fins. On pratiqua séance tenante une saignée de 500 grammes et le lendemain matin, bien que la dyspnée n'eût pas complètement disparu, le malade était notablement mieux, les râles étaient moins nombreux, moins fins et l'expectoration était beaucoup moins abondante. Les jours suivants l'amélioration s'accrut, sans toutefois que l'oppression disparût complètement. L'anasarque était très prononcée, les urines étaient fortement albumineuses, et beaucoup moins toxiques qu'à l'état normal. Enfin, le malade supportait très mal le régime lacté.

Deux mois plus tard, survinrent encore des troubles violents de la respiration; mais il ne s'agissait pas cette fois d'œdème suraigu du poumon, il s'agissait d'une dyspnée toxique, urémique, avec respiration de Cheyne-Stokes. Les symptômes urémiques s'aggravèrent et le malade tomba dans une somnolence continuelle, qui se termina par le coma urémique et par la mort. A l'autopsie, on trouva deux reins petits, indurés, pâles, kystiques. Le ventricule gauche était très hypertrophié.

M. Bouveret<sup>1</sup>, dans un très intéressant mémoire, qui est le premier travail d'ensemble qui ait été publié sur la matière, a rapporté deux observations d'œdème pulmonaire brightique suraigu.

La première observation de M. Bouveret concerne un homme de soixante-deux ans qui, dans le cours d'une santé qui laissait à désirer, fut pris brusquement de toux, d'oppression, de dyspnée extrême, avec abondante expectoration de liquide mousseux, albumineux, rosé. A chaque instant survenait une quinte de toux aussitôt suivie de cette expectoration caractéristique, si bien que depuis son admission à

1. Œdème pulmonaire brightique suraigu. *Revue de médecine*, 10 mars 1890, p. 241.

l'hôpital, c'est-à-dire depuis douze heures, le malade a déjà expectoré deux tiers de litre de ce liquide. La poitrine est pleine de râles sibilants et sous-crépitaux; les urines sont rares et contiennent une notable quantité d'albumine. La situation s'aggrave d'heure en heure, le malade passe la nuit suivante assis sur son lit, haletant, en proie à la même dyspnée excessive et continue: il remplit plusieurs crachoirs de ce liquide aqueux, rosé, albumineux. On prescrit une saignée de 400 grammes, on applique des ventouses sèches sur la poitrine et sur les cuisses, on administre 15 grammes d'eau-de-vie allemande, on fait une injection sous-cutanée de caféine et d'éther, mais en dépit du traitement, la température reste élevée, la dyspnée persiste, l'expectoration est toujours abondante et albumineuse, l'asphyxie fait des progrès et le malade meurt, deux jours après son admission et quatre jours après le début de son œdème pulmonaire suraigu. Je vous relaterai, plus loin, les intéressants détails de l'autopsie.

La deuxième observation de M. Bouveret concerne un homme de quarante-cinq ans, atteint de néphrite peu intense et peu avancée. Un matin, rentrant chez lui à la suite d'une course à pied de 3 kilomètres, cet homme est pris brusquement de toux quinteuse et d'oppression, qui, en quelques minutes, s'élève jusqu'à l'orthopnée. Un médecin appelé en toute hâte est frappé de la lividité du visage et constate que la poitrine est pleine de râles. Après quelques minutes de cette angoisse respiratoire survient une expectoration abondante d'un liquide spumeux, rosé. A partir de ce moment, l'oppression diminue, mais la crise dyspnéique n'en dure pas moins sept à huit heures, pendant lesquelles la quantité du liquide expectoré dépassa plus d'un litre. L'expectoration persista encore pendant deux jours, mais beaucoup moins copieuse. L'orage se termina sans laisser de traces et le malade put, au bout d'une quinzaine de jours, reprendre ses occupations.

Quatre mois plus tard, voilà que cet homme est pris d'un deuxième accès d'orthopnée en tout comparable, sauf l'intensité, au premier accès. Cette fois encore, la toux et la dyspnée débutent brusquement, dans un moment de repos complet, à

huit heures du soir; mais l'accès ne dure que vingt à trente minutes, et l'expectoration ne dépasse pas la valeur d'un grand verre. En quelques jours, le malade était complètement rétabli.

Deux mois et demi plus tard, éclate une troisième crise, celle-là bien plus violente que les deux autres. Il était dix heures du soir, et cet homme venait de se coucher, quand tout à coup, sans cause appréciable, il éprouve à la gorge une sensation pénible de chatouillement, et il est pris de toux quinteuse, signes avant-coureurs des deux précédents accès. La dyspnée augmente rapidement, la face et les extrémités deviennent livides, puis apparaît la même expectoration spumeuse, rosée, et de plus en plus abondante. Cette fois l'expectoration fut plus précoce, aussi la sensation d'étouffement fut moins pénible et de moindre durée. Pendant les quatre heures que dura l'accès, le malade évalua à deux litres environ la quantité de liquide expectoré. La poitrine était pleine de râles, c'était un véritable bouillonnement intérieur. Malgré la violence de cet accès d'œdème brightique suraigu, le malade put dès le lendemain quitter sa chambre et reprendre une partie de ses occupations. Peut-être la bénignité relative de ce troisième accès fut-elle due à la précocité de l'expectoration qui débarrassa plus vite les alvéoles pulmonaires et les bronches du liquide qui les encombra.

M. Huchard a rapporté l'observation suivante<sup>1</sup>. Un homme de cinquante-deux ans entre le 14 août 1896 à l'hôpital Necker, pour des troubles respiratoires datant de dix jours. La face est pâle, les paupières sont un peu bouffies, les urines sont abondantes, et renferment quelques traces d'albumine. Au bout de huit jours, l'albumine a pris de telles proportions qu'on en constate 75 centigrammes par litre. A la fin du mois de septembre, sans qu'on puisse connaître la cause de l'aggravation, l'albumine monte au chiffre de 5 grammes par litre et le 21 octobre, après quelques accidents urémiques, tels que vomissements, diarrhée, état semi-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 17 avril 1897.

comateux, on voit survenir tout à coup une dyspnée considérable, coïncidant avec l'apparition d'une véritable pluie de râles très nombreux dans presque toute l'étendue des poumons, sans aucune expectoration. Le cœur est très accéléré, l'estomac considérablement distendu, on constate un double frottement péricardiaque à la base de la région précordiale, la face est d'une pâleur cadavéreuse. L'asphyxie est imminente, et le malade succombe pendant la nuit à cet œdème suraigu, avec une température de 35°,6. La relation de l'autopsie sera donnée plus loin.

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que de l'œdème pulmonaire suraigu des néphrites chroniques; le même accident peut apparaître dans le cours des néphrites aiguës, ainsi que le témoigne l'observation suivante recueillie par M. Giraudeau dans son service de l'hôpital Tenon. Au mois d'avril 1897 entré dans ce service une jeune fille de dix-sept ans, se plaignant, depuis quelques jours, de douleurs lombaires et d'œdème des membres inférieurs. Le jour de l'entrée, on constate une anasarque généralisée avec bouffissure de la face; les urines, très rares et fortement colorées, renferment des flocons d'albumine. La fièvre est assez vive, la température atteint 39 degrés. On perçoit, à l'auscultation du cœur, un léger bruit de galop sans aucune lésion orificielle. En examinant de plus près la malade on découvre, à la plante des pieds et dans les espaces interdigitaux, une desquamation très nette, rappelant la desquamation de la scarlatine. Bien que l'interrogatoire de la malade ne permit pas de reconstituer de toutes pièces le tableau clinique de cette fièvre éruptive, on admit néanmoins, comme hypothèse la plus vraisemblable, l'existence d'une néphrite aiguë d'origine scarlatineuse. On prescrivit le régime lacté absolu.

Les jours suivants l'œdème persista, la quantité des urines ne dépassa pas 200 à 250 grammes, l'albuminurie était intense et la température oscillait entre 38 et 39 degrés. Les boissons lactosées, les purgatifs, les ventouses scarifiées à la région lombaire, furent associés au régime lacté.

La malade était depuis onze jours à l'hôpital, n'ayant encore rien présenté du côté de l'appareil broncho-pulmo-

naire, quand elle fut prise, avant la visite du matin, d'un accès de suffocation subit et intense, accompagné d'une expectoration abondante, mousseuse, rosée, qui, en moins d'une demi-heure, remplit deux crachoirs. Pour combattre cet œdème suraigu du poumon, l'interne de garde pratiqua une saignée de 300 grammes. A la visite du matin, c'est-à-dire une heure plus tard, la dyspnée avait diminué, mais l'expectoration restait toujours mousseuse et rosée; on entendait dans la poitrine des râles sous-crépitaux qui s'étendaient de la base au sommet. On fit appliquer une quantité de ventouses sèches et on prescrivit des inhalations d'oxygène.

Pendant les heures qui suivirent, la malade se trouva notablement soulagée, mais, dans l'après-midi, la dyspnée reparut aussi intense que le matin, et avec elle l'expectoration spumeuse et rosée. Pour combattre ce retour offensif, on pratiqua de nouveau une saignée de 300 grammes; le calme reparut aussitôt et la jeune fille put passer une bonne nuit. Le surlendemain, nouvelle et terrible crise de dyspnée, avec expectoration mousseuse et rosée. Une troisième saignée, pratiquée aussitôt, n'arrive pas à conjurer les accidents, l'asphyxie devient menaçante, et la malade, n'expectorant plus, succombe dans la nuit. Nous verrons plus loin les détails de l'autopsie.

J'ai tenu, Messieurs, à vous faire connaître en détail ces onze observations; il me sera plus facile maintenant de vous retracer le tableau clinique de l'œdème brightique suraigu du poumon. Un premier point doit être bien mis en relief; c'est la brusquerie de cet accident. Reprenez, en effet, chacune des observations, et vous y voyez que cet œdème suraigu n'est généralement ni la conséquence d'une bronchite, ni la suite d'un état pulmonaire qui aurait acquis peu à peu une intensité croissante. C'est autre chose. Presque toujours, le début de cette terrible complication est soudain, inattendu. L'accident survient tantôt le jour, tantôt la nuit, d'une façon inopinée. Voyez le malade qui fait le sujet de ma deuxième observation; il est pris de son œdème suraigu à l'amphithéâtre, pendant que nous l'interrogeons, et en l'aus-