

cultant, je sens, sous mon oreille, monter pour ainsi dire le flot du liquide qui va encombrer ses poumons. Voyez trois des malades de M. Giraudeau ; sa première malade est prise la nuit, subitement, en plein sommeil, comme on serait pris d'un accès d'asthme, alors que la veille encore elle était bien portante ; sa deuxième malade est également prise soudainement, pendant la nuit, de son accès d'œdème pulmonaire suraigu, dans le cours d'une santé, qui était bonne en apparence. Même remarque pour son troisième malade, qui est pris brutalement, deux heures après dîner, alors que rien ne pouvait faire supposer pareil accident. Voyez les malades de M. Bouveret : l'un d'eux est pris brusquement de son accès d'œdème suraigu, accès qui revêt une telle intensité, que la mort en est la conséquence ; quant à son second malade, le premier accès d'œdème pulmonaire survient, il est vrai, après une course à pied de trois kilomètres ; mais les deux autres accès éclatent sans cause appréciable, alors que le malade était dans « un état de repos complet »

Je ne dis pas, bien entendu, qu'il en soit toujours ainsi ; il est des cas dans lesquels l'œdème suraigu du poumon est précédé de quelques symptômes avant-coureurs ; tel malade toussait déjà depuis quelques jours, tel autre était oppressé, et on avait pu constater à l'auscultation des râles de sécrétion broncho-pulmonaire. En pareil cas, il faut le dire, il semble que le terrain fût préparé ; il en était ainsi chez le malade de ma première observation et chez une des malades de M. Giraudeau. Mais je le répète avec intention, c'est là une exception, l'œdème brightique suraigu du poumon n'est presque jamais la conséquence de lésions broncho-pulmonaires préexistantes, il éclate soudainement, *à la façon d'un accès d'asthme*, alors que, quelques heures ou même quelques instants avant, rien ne pouvait en faire soupçonner l'imminence.

Un second point à bien mettre en évidence, c'est que l'œdème suraigu du poumon est, très souvent, un accident brightique isolé. En effet, consultez les observations, et vous ne le trouverez presque jamais associé aux grandes manifestations urémiques ou aux grands œdèmes brightiques. Pour

qui ne connaît pas la question, il semblerait que l'œdème suraigu doive survenir de préférence chez les brightiques atteints d'anasarque, chez ceux qui ont déjà une tendance aux grands œdèmes. La chose est possible : témoin la jeune malade de M. Giraudeau, prise d'œdème pulmonaire suraigu dans le cours d'une néphrite aiguë avec anasarque. Mais c'est là un fait exceptionnel ; presque toutes les observations concernent des gens chez lesquels la complication pulmonaire est apparue à titre d'accident brightique isolé dans le cours de néphrites presque latentes et compatibles en apparence avec la santé.

On ne peut pas dire, cependant, que l'œdème suraigu du poumon surprenne les gens dans le courant d'une santé qui ne laissait rien à désirer ; qu'on les examine de près et on verra qu'ils sont tous plus ou moins entachés de brightisme, ils sont tous plus ou moins albuminuriques. Qu'on veuille bien rechercher « les petits accidents du brightisme », et on pourra reconstituer chez eux l'évolution d'une néphrite parfois insidieuse ; on retrouvera dans leur passé un groupe de symptômes significatifs : la sensation du doigt mort, la crysthésie, les troubles auditifs, les crampes des mollets, la pollakiurie, les démangeaisons, les secousses électriques, les épistaxis ; on apprendra qu'ils n'étaient pas absolument exempts de tout œdème, bouffissure des paupières, œdème malléolaire ; on constatera chez eux une élévation notable de la tension artérielle, sinuosités de l'artère temporale, état du pouls radial, claquement des valvules sigmoïdes, bruit de galop cardiaque ; on apprendra que ces malades étaient enclins à des céphalées qu'ils qualifiaient de migraines, à des étouffements qu'ils prenaient pour de l'asthme, à des rhumes qu'ils regardaient comme des bronchites vulgaires. Qu'on analyse leurs urines, on y découvrira de l'albumine ; qu'on expérimente la toxicité de ces urines, on constatera qu'elle est abaissée. On verra, en un mot, par un examen attentif et approfondi de cet état, que j'ai dénommé depuis longtemps le brightisme, que tel malade, dont la santé paraissait bonne ou à peu près satisfaisante, était en réalité lésé dans ses reins, il était atteint, dans sa dépuration uri-

naire, il était sous le coup, plus ou moins prévu, d'accidents parfois redoutables.

Après cette digression sur la façon dont débute l'œdème brightique suraigu du poumon, reprenons l'analyse clinique des symptômes. L'accès s'annonce par un chatouillement laryngé, par une toux quinteuse, saccadée, et par une oppression qui, en quelques minutes, en un quart d'heure, en quelques heures, atteint son apogée. Tous ces symptômes, la toux, l'oppression, la dyspnée, sont dus au brusque encombrement des alvéoles pulmonaires par un liquide séro-albumineux. Généralement, c'est par la base des poumons que commence l'inondation; elle peut gagner plus ou moins vite la totalité des poumons. Le sérum sanguin, transsudant sous pression dans les alvéoles et dans les bronchioles, le malade est aussitôt pris de quintes de toux et il rend alors ce liquide tout à fait caractéristique, abondant, spumeux, albumineux, rosé, saumoné, qui est signalé dans toutes les observations. Certains malades peuvent rendre en quelques heures, et plus vite encore, jusqu'à un litre et deux litres de ce liquide. Il se peut, toutefois, comme dans l'observation de M. Huchard, que les bronches n'aient pas la force d'expulser le liquide ainsi accumulé, et l'asphyxie est d'autant plus menaçante que le liquide est rejeté en quantité moins considérable.

Dès le début de l'accident, dès l'apparition de la dyspnée, vous pouvez constater à l'auscultation, des deux côtés de la poitrine, une pluie de râles fins, sous-crépitants, sibilants, témoignage de l'inondation des alvéoles pulmonaires et des bronchioles. Suivant la rapidité et suivant l'extension de cette inondation, les râles envahissent plus ou moins rapidement la totalité ou la presque totalité des poumons.

A mesure que l'inondation fait des progrès, et pour peu que l'expectoration ne soit pas suffisante, la dyspnée augmente rapidement, le malade est pâle, anxieux, terrifié, conscient du danger extrême qui le menace; le pouls est petit et accéléré, les lèvres sont bleuâtres, les ongles sont livides, les extrémités se refroidissent et cette lutte peut se terminer par la mort, soit en peu d'instant, forme fou-

droyante, soit en une journée, forme rapide, soit en trois ou quatre jours, forme lente.

Chez quelques malades, la situation n'est pas absolument périlleuse tant que l'expectoration est assez abondante pour dégorger les poumons inondés; mais survienne un état parétique des muscles expulseurs, l'expectoration s'arrête, elle peut même faire complètement défaut, c'est alors la mort par asphyxie à brève échéance. Dans les cas heureux, le liquide est expectoré au fur et à mesure de sa formation, l'inondation s'arrête à temps, et après une durée qui varie de quelques heures à quelques jours, la dyspnée s'amende, les râles diminuent et le malade triomphe de ce terrible accident. Toutefois il ne faut pas trop se hâter de chanter victoire, car un premier accès, conjuré momentanément, peut être suivi à quelques heures, à quelques jours de distance, d'un deuxième ou d'un troisième accès mortel. Tantôt la convalescence exige quelques jours, tantôt la guérison survient brusquement, le malade pouvant, dès le lendemain, reprendre sa vie habituelle et ses occupations.

Ce qui aggrave encore l'œdème brightique suraigu du poumon, c'est que non seulement le malade peut succomber en quelques heures à son accès, mais alors même qu'il a récupéré l'intégrité complète de ses fonctions respiratoires, il reste sous le coup de nouvelles attaques. Plusieurs des malades dont je vous ai relaté l'observation ont eu, à quelques mois ou à quelques années de distance, deux ou trois récidives d'œdème pulmonaire suraigu. La malade de la première observation de M. Giraudeau a eu trois accès en deux ans; le malade de la deuxième observation de M. Bouveret a eu trois accès en six mois.

Abordons maintenant l'étude des lésions. Quelques autopsies nous permettent de décrire l'anatomie pathologique de l'œdème brightique suraigu du poumon. Dans le cas rapporté par M. Bouveret, les deux poumons sont le siège d'un œdème congestif énorme, qui s'étend de la base au sommet; le liquide ruisselle littéralement quand on coupe et quand on presse un lobe entre les doigts; les bronches sont

pleines de ce même liquide mousseux et rosé. Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres. Les reins sont petits, granuleux, kystiques. Le cœur est énorme, l'aorte est très dilatée, mais non athéromateuse; les valvules sigmoïdes sont saines. Les artères coronaires présentent des plaques jaunes d'endartérite.

Dans le cas de M. Huchard, on trouve à l'autopsie une néphrite, avec des reins petits et granuleux, ne pesant que 170 grammes à eux deux. Il y a un peu de péricardite; 100 grammes environ de liquide séro-fibrineux dans le péricarde. Les poumons sont tellement infiltrés de sérosité qu'on en exprime, par la simple pression des doigts, plus d'un litre de liquide albumineux et rosé.

A l'autopsie de la jeune malade de M. Giraudeau, on trouve les poumons volumineux et violacés; il s'en écoule, à la coupe et à la pression, une grande quantité de liquide mousseux et rosé comparable au liquide rejeté par l'expectoration. Les reins sont atteints de néphrite congestive aiguë; ils sont gros, violacés, la capsule se détache facilement et on voit par places des hémorragies sous-capsulaires. Le cœur est atteint d'hypertrophie générale avec prédominance au ventricule gauche. Les orifices valvulaires et artériels sont sains. L'aorte ne présente *aucune trace d'aortite*, pas plus à son origine qu'au niveau de la crosse.

M. J. Renaut (de Lyon) a donné une bonne description des lésions histologiques; je la reproduis presque textuellement¹. La lésion pulmonaire consiste en une énorme inondation séreuse des alvéoles pulmonaires; un coup de congestion diapédétique se produit de telle sorte, que tous les alvéoles sont remplis et distendus sous pression, par un liquide albumineux, dans lequel nagent des globules rouges, et surtout d'innombrables globules blancs. La preuve que l'irruption du liquide dans les alvéoles s'est faite sous une pression violente, c'est que, sur une multitude de points, les cloisons interalvéolaires se sont rompues. L'endothélium alvéolaire a partout disparu dans le territoire de l'œdème

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 11 mai 1897.

congestif, il a sans doute été enlevé par l'irruption subite du liquide, et probablement balayé par lui, puis expulsé, car il n'y en a plus trace sur les parois des bronchioles. Toutes les cavités aériennes sont emplies par ce liquide, comme les mailles du tissu conjonctif par une boule d'œdème. Les capillaires sanguins des parois alvéolaires sont tous imperméables, ils sont aplatis par contre-pression, et ne renferment aucun globule rouge. En revanche, les petites veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées d'hématies; çà et là une veinule pulmonaire a éclaté, distendant alors de sang, un ou plusieurs alvéoles, ce qui explique la coloration rosée de l'œdème.

M. Giraudeau a constaté les lésions histologiques suivantes dans les poumons de la jeune fille qui fait le sujet de sa cinquième observation: les alvéoles pulmonaires sont remplis de liquide coagulé qui emprisonne des cellules épithéliales desquamées et quelques globules rouges. Les capillaires des cloisons sont gorgés de globules rouges; il semble même que certaines cloisons sont épaissies par un véritable œdème interstitiel; dans ces points les vaisseaux sanguins sont moins apparents, comme si la circulation fût entravée par la compression à laquelle ces vaisseaux étaient exposés.

Je voudrais bien vous expliquer la pathogénie de l'œdème brightique suraigu, mais je suis de ma nature peu enclin aux théories, et je n'ai pas en mains de preuves suffisantes pour étayer des hypothèses. Le fait clinique, indéniable, c'est que les brightiques font des œdèmes du poumon, comme des œdèmes du larynx, ou du tissu cellulaire, comme ils font des épanchements dans les cavités séreuses. Pourquoi la localisation aux poumons? Je l'ignore. Ainsi que le fait remarquer M. Brouardel, au point de vue médico-légal, chez plusieurs personnes mortes de cet accident, le froid et l'alcoolisme paraissent être des facteurs importants. Un individu parfois en état d'ivresse s'endort à la belle étoile par un froid intense; il succombe, et à l'autopsie on constate un œdème suraigu des poumons avec des lésions de néphrite qui ne manquent jamais. Quelques-uns de mes distingués collègues, notamment MM. Huchard et Renault, font jouer dans

la genèse de ces accidents le rôle principal, sinon le rôle unique, à des lésions d'aortite et de périaortite. Pour M. Huchard, l'intermédiaire obligé entre l'œdème pulmonaire aigu et le brightisme, « c'est l'aortite, c'est la périaortite surtout, avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus cardio-pulmonaires¹ ». J'ai le regret de n'être pas de l'avis de mes collègues. Je ne nie pas, bien entendu, que certains aortiques ne puissent avoir des congestions et des œdèmes du poumon; mais ce que je soutiens, pièces en mains, c'est que l'œdème suraigu du poumon a été constaté surtout chez des brightiques, alors que pendant la vie, ou à l'autopsie, on ne trouvait aucune lésion aortique ou périaortique. Le sujet dont M. Bouveret a fait l'autopsie n'avait ni aortite ni périaortite; les deux malades dont M. Giraudeau a fait l'autopsie n'avaient ni aortite ni périaortite; le sujet dont j'ai pratiqué l'autopsie n'avait ni aortite ni périaortite. M. Brouardel, qui a pratiqué, à la Morgue, l'autopsie de gens ayant succombé à un œdème suraigu du poumon, dit que les lésions aortiques sont loin d'être constantes, tandis que les lésions rénales ne font jamais défaut; il signale, entre autres, l'autopsie d'un homme atteint de néphrite latente qui succomba à un œdème suraigu du poumon et dont l'autopsie révéla l'intégrité de l'aorte et des lésions de néphrite².

Aux preuves anatomiques, ajoutons les preuves cliniques: la plupart des brightiques dont je vous ai rapporté l'observation n'ont eu, ni avant ni après leur accident, aucun signe d'aortite. Ils ont été suivis longtemps et ils n'ont jamais présenté le moindre indice de lésion aortique; j'ai revu plusieurs fois mon malade de l'Hôtel-Dieu, je l'ai ausculté avec soin, et j'affirme qu'il n'est pas aortique. La question me paraît donc jugée. L'anatomie pathologique et la clinique s'accordent pour démontrer, d'une façon indéniable, que les néphrites aiguës et chroniques peuvent favoriser des œdèmes, aux poumons comme ailleurs, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir comme facteur des lésions d'aortite

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 27 avril 1897. « De l'œdème aigu du poumon », p. 492.

2. Brouardel. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 11 mai 1896.

ou de périaortite qui, le plus souvent, du reste, n'existent pas¹. Quant à savoir par quel mécanisme se produit cet accident chez les brightiques, la question reste livrée à des hypothèses; je ne repousse pas toutefois l'idée de troubles vasculaires pulmonaires d'origine vaso-motrice, la circulation en retour étant momentanément annihilée et favorisant l'hypertension considérable dans les vaisseaux d'apport.

Abordons maintenant le *diagnostic* de l'œdème suraigu du poumon. Voici un autre malade brightique lui aussi; il a de terribles accès de dyspnée, mais il s'agit chez lui d'une dyspnée toxique, urémique, revêtant souvent le type de Cheyne-Stokes, dyspnée qui n'a rien à voir avec l'œdème pulmonaire, et qui n'est accompagnée ni de râles, ni de l'expectoration caractéristique que je vous décrivais il y a un instant.

Voici encore un malade; il est en proie lui aussi à une dyspnée extrêmement intense; il semble que l'asphyxie soit proche, mais il s'agit d'un asthmatique, et votre diagnostic ne sera pas long à établir. Ici, en effet, le nombre des respirations n'est nullement accru, il est plutôt diminué; tout révèle une dyspnée spasmodique, l'inspiration est pénible, l'expiration est sifflante, très prolongée; ce qui domine à l'auscultation, ce ne sont pas les râles fins et innombrables de l'œdème pulmonaire, mais ce sont des râles sibilants associés à des signes d'emphysème aigu; l'expectoration est nulle ou formée de quelques crachats filants et muqueux, et en aucun cas, vous ne constatez l'expectoration spumeuse, albumineuse, rosée, de l'œdème suraigu. Pronostic et traitement, tout diffère, car cet accès d'asthme ne comporte jamais de gravité, et l'émission sanguine n'est pas nécessaire.

Je ne peux pas passer en revue, dans cette leçon, tous les grands états dyspnéiques qui, de près ou de loin, ont quelque rapport avec la dyspnée de l'œdème suraigu du poumon. Telles sont les grandes dyspnées du catarrhe suffocant, de la gra-

1. L'œdème suraigu du poumon peut survenir au cours de la grossesse, et cette complication, bien étudiée par M. Vinay (*Lyon médical*, 1897), est attribuée par lui, avec juste raison, à la néphrite gravidique.

nulie, de l'asthme cardiaque, de l'angine de poitrine; n'oubliez jamais qu'il vous sera toujours possible d'arriver au diagnostic de l'œdème brightique pulmonaire suraigu, grâce aux symptômes suivants: brusquerie de la dyspnée, pluie de râles fins dans une grande étendue ou dans la totalité de la poitrine, toux incessante, expectoration mousseuse, albumineuse, rosée; œdèmes fréquents à la face ou aux malléoles; albuminurie; symptômes de brightisme antérieur.

J'ai suffisamment insisté sur le pronostic de l'œdème suraigu pour n'avoir pas à y revenir, et j'aborde le *traitement*.

Chez un malade atteint d'œdème brightique suraigu du poumon, l'indication urgente, dominante, c'est l'émission sanguine. La meilleure émission sanguine est, sans contredit, la saignée. Malgré le refroidissement du malade, et malgré le collapsus imminent qui, au premier abord, pourraient vous paraître autant de contre-indications, n'hésitez pas, agissez sans perdre un instant, retirez 300 ou 400 grammes de sang; là est le salut. Il faut avoir vu de près le merveilleux résultat que donne la saignée pour en comprendre toute l'importance. Je n'exagère rien en vous disant qu'il se produit chez le malade un changement à vue dont beaucoup d'entre vous ont été témoins. Chez mon malade de l'hôpital Necker, l'œdème se faisait avec une telle rapidité, avec une telle intensité, que la mort eût, pour ainsi dire, été foudroyante; la saignée fut pratiquée à temps, et le malade, qui n'avait en rien perdu la notion de ce qui se passait autour de lui, nous raconta plus tard qu'il s'était senti mourir et revivre en l'espace de quelques instants. Chez mon malade de l'Hôtel-Dieu, l'émission sanguine eut un si merveilleux résultat, que non seulement chez cet homme refroidi, livide, couvert de sueurs visqueuses, la mort imminente fut conjurée; mais, chose digne d'être notée, la pluie de râles qui encombraient la poitrine du haut en bas se dissipa comme par enchantement, ne laissant qu'un reliquat aux deux bases de la poitrine. La saignée donna un résultat analogue chez la malade de la première observation de M. Giraudeau¹.

1. Je viens d'observer, ces jours derniers, dans mon service, un nouveau cas d'œdème brightique suraigu du poumon; et ici encore la saignée a enrayé

De toutes les émissions sanguines, la saignée est, sans contredit, la plus favorable; mais faute de saignée, appliquez sur la poitrine trente ventouses scarifiées; faites appliquer deux douzaines de sangsues. Les ventouses sèches ont aussi leur utilité.

Les injections sous-cutanées de caféine et d'éther sont souvent indiquées. Toutefois n'oubliez pas que vous avez affaire à des malades dont les reins sécrètent peu ou ne sécrètent pas. Usez donc de la caféine avec prudence; commencez par une injection de 10 centigrammes, quitte à la renouveler plusieurs fois dans les heures qui suivent. L'oxygène à grandes doses peut également rendre quelques services. Soutenez les forces de votre malade au moyen de lait, de thé léger très faiblement alcoolisé.

Je vous ai dit ce que vous avez à faire. Je vais vous dire maintenant ce que vous devez éviter: sur cette poitrine pleine de râles et qui vous paraît tellement encombrée, gardez-vous bien d'appliquer un vésicatoire, car votre malade est un brightique, et l'action de la cantharide sur les reins ne fera qu'aggraver la situation.

En face d'un malade en proie à une si violente dyspnée, plusieurs d'entre vous penseront certainement à la morphine, ce médicament eupnéique par excellence; méfiez-vous, car la morphine, en pareil cas, pourra vous donner de graves mécomptes; il me suffira, pour vous le prouver, de vous citer les paroles de M. Brouardel. « Voici des cas qu'il m'a été donné assez fréquemment d'observer. Un malade se met à étouffer; c'est le soir, et l'on fait appeler l'un des médecins

net l'asphyxie menaçante. Le malade sous le coup, depuis une quinzaine de jours, d'une poussée de néphrite subaiguë, avait éprouvé la veille une vague douleur thoracique, et une sensation d'étouffement. Se sentant plus souffrant il vint à l'Hôtel-Dieu. Là, il fut pris dans la matinée, de toux, d'oppression croissante et d'expectoration spumeuse, albumineuse, rosée, caractéristique de l'œdème suraigu du poumon. A son arrivée dans les salles, M. Kahn trouve le malade blême, couvert de sueurs froides, asphyxiant, presque moribond et les pupilles absolument contractées. Une saignée de 400 grammes est aussitôt pratiquée, la pluie de râles qui encombraient la poitrine disparaît en partie, le péril est aussitôt conjuré et le malade est actuellement hors de danger, bien qu'il conserve encore d'autres symptômes de brightisme et 1 gr. 50 d'albumine par litre. Il n'a pas de lésion aortique.

du service de nuit ; celui-ci fait une piqûre de morphine au malade, suivant une règle trop commune, mais le malade n'est pas soulagé ; une seconde, une troisième piqûre finissent par amener du calme, mais quelques minutes ou quelques heures après le malade succombe, et la famille ne manque pas alors d'incriminer le médecin qui a pratiqué les injections. De là, enquête et autopsie médico-légale. On constate alors que la mort est due à un œdème pulmonaire suraigu. »

Le péril une fois conjuré, ne perdez pas de vue votre malade. Prescrivez le régime lacté absolu et surveillez de près la sécrétion urinaire, traitez-le en un mot, comme un brightique et recommandez-lui d'éviter avec le plus grand soin toute cause de surmenage et de refroidissement.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — L'œdème suraigu du poumon est une des plus graves complications des néphrites. Il n'est pas nécessaire, pour en expliquer la genèse, d'invoquer des lésions de l'aorte qui le plus souvent n'existent pas.

2. — Cet œdème brightique suraigu éclate habituellement sans cause apparente et d'une façon soudaine, soit dans le cours d'une néphrite aiguë, soit chez des brightiques qui n'étaient en proie ni aux grands œdèmes, ni aux accidents urémiques.

3. — L'expectoration abondante d'un liquide spumeux, mousseux, albumineux, de teinte rosée, est la caractéristique des œdèmes suraigus du poumon, quelle qu'en soit la cause. La dyspnée, très intense dès le début, peut devenir rapidement menaçante. L'encombrement des poumons par le liquide transsudé se traduit à l'auscultation par une pluie de râles.

4. — C'est par l'étude des autres symptômes, présents ou passés, c'est par l'analyse des urines, qu'on formulera le diagnostic pathogénique brightique de cet œdème.

5. — Les émissions sanguines, et avant tout la saignée, constituent le traitement de choix et donnent des résultats parfois merveilleux. Le régime lacté doit être absolu.

TROISIÈME LEÇON

ŒDEME BRIGHTIQUE DU LARYNX

MESSIEURS,

Je vous ai présenté, il y a peu de temps, un malade qui, dans le cours d'une néphrite chronique, à évolution peu bruyante, avait été atteint d'œdème suraigu du poumon. Cet homme, qui a fait le sujet de notre deuxième leçon, nous était arrivé dans un état voisin de la mort, avec une effroyable dyspnée, avec une pluie de râles, qui encombraient les deux poumons, et avec une expectoration mousseuse, albumineuse, de teinte rosée, qui est la caractéristique des œdèmes suraigus du poumon. Tout moribond qu'il était, cet homme fut sauvé par le traitement énergique qu'on institua sans perdre un instant : saignée générale, ventouses scarifiées, régime lacté absolu. Depuis cette époque, l'amélioration ne s'est pas démentie, la respiration est normale, la santé est en apparence excellente et, bien que cet homme soit entaché de brightisme, bien que ses urines soient encore albumineuses, il est pour le moment à l'abri de tout danger.

Les hasards de la clinique font que, après avoir étudié l'œdème brightique du poumon, il va nous être possible d'étudier l'œdème brightique du larynx. Le malade que je vous