

*
* * *

permis pour aider à cette démonstration, de me servir de quelques exemples qui résumeront un ensemble de faits d'observation empruntés à la clientèle journalière.

Vous vous trouvez, je suppose, en présence d'un malade qui n'a éprouvé pendant longtemps que quelques-uns des petits accidents du brightisme ; plus récemment, il a pu remarquer de la pâleur de l'essoufflement ainsi que des œdèmes fugaces et localisés. Mais on n'a pris la peine de vous appeler, en dernier lieu, pour la première fois, que parce que des crises d'une dyspnée plus intense et paroxystique sont survenues, qui étaient bien propres à réveiller des appréhensions chez le malade.

Un tel sujet, dont les antécédents et la physionomie trahissent un état brightique confirmé, peut bien n'avoir, comme symptôme dominant, qu'une dyspnée *fonctionnelle* ou d'origine *urémique*, par l'action sur les centres nerveux des poisons absorbés en excès.

D'un autre côté, ce même sujet pourrait bien en être rendu à cette étape où les oedèmes se localisent dans le tissu pulmonaire, avec ou sans épanchement dans les plèvres ; aussi bien encore, pourrait-il être sous le coup d'une crise d'asystolie cardiaque par suite d'une myocardite dégénérative ou d'une péricardite avec épanchement comme on peut s'attendre de l'observer dans le cours du brightisme.

Il sera donc essentiel, dans une telle circonstance, de faire la part de ce qui n'appartient qu'à l'insuffisance pure ou à l'urémie, et de ce qui relève, au contraire, des complications organiques : le pronostic et les chances du traitement en seront complètement modifiés.

Si, par la recherche des signes physiques, vous arrivez à éliminer toute idée de complications organiques du côté du cœur ou des poumons, vous vous arrêterez au diagnostic d'une dyspnée