

## SECTION CINQUIÈME.

## OBSERVATIONS SUR LA PLEURÉSIE.

145. Il est plus ordinaire de rencontrer la pleurésie seule, sans complication de pneumonie, que de rencontrer la pneumonie sans pleurésie : ce dernier cas est même tellement rare, que nous avons cru devoir désigner sous le terme générique de pleuro-pneumonie toutes les inflammations du parenchyme pulmonaire dont nous avons rapporté des exemples dans une des sections du précédent volume. Au contraire, les maladies dont nous traiterons dans cette section seront presque toutes des pleurésies non compliquées de pneumonie. Pour les cas rares où cette complication existera, nous adopterons l'expression de *pneumo-pleurésie*.

Bien des siècles ont été nécessaires pour que l'on acquit les idées simples et exactes que l'on possède aujourd'hui sur la nature et sur le siège de la pleurésie; la vérité semblait dans ce cas si facile à trouver, qu'on a peine à concevoir comment cette affection a pu être l'objet d'aussi longues et aussi interminables discussions. Vainement Arétée, imité par Paul d'Égine et par Alexandre de Tralles, assigna-t-il à la pleurésie son véritable siège; leurs successeurs, peu versés dans la culture de l'anatomie, revinrent à l'ancienne opinion d'Hippocrate; ils confondirent l'inflammation des plèvres avec celle du parenchyme pulmonaire, et ils attribuèrent souvent à l'une de ces maladies ce qui appartenait spécialement à l'autre. C'est ainsi que les crachats rouillés et visqueux de la pneumonie furent regardés long-temps comme caractérisant égale-

ment la pleurésie. Jusqu'à une époque très-rapprochée de nous, on voit les médecins être incertains si la douleur aiguë, pongitive, de la pleurésie, n'est pas plutôt le résultat de la phlegmasie même du tissu pulmonaire; et cependant, bien des siècles auparavant, Arétée avait dit positivement que la douleur, très-vive dans la pleurésie, est nulle dans la pneumonie. La possibilité de l'inflammation isolée du poumon et de sa membrane enveloppante fut long-temps mise en doute, et, après de vives discussions, cette possibilité ne fut enfin bien établie que par les observations de Diemerbroek et de Frédéric Hoffmann. Si l'on parcourt le *Sepulcretum anatomicum* de Th. Bonet, on sera surpris de la foule d'idées bizarres, d'opinions erronées, qui ont été émises sur la nature, les causes et les effets des adhérences de la plèvre. Les médecins contemporains de Morgagni plaçaient encore ces adhérences au nombre des causes de mort subite, et ce grand homme a consacré plusieurs lignes de son immortel ouvrage à réfuter cette erreur, déjà combattue par le systématique Van Helmont. Ce dernier, toutefois, avait des idées si peu exactes sur la nature de la pleurésie, qu'il regardait la saignée comme un remède mortel dans cette maladie. On sait que ce célèbre ennemi des émissions sanguines parait avoir succombé lui-même à un épanchement dans la plèvre, suite d'une pleurésie qu'il avait refusé de combattre par la saignée. Presque de nos jours, Stoll, qui a porté une si vive lumière sur le diagnostic de la pleuro-pneumonie latente, ne semble pas avoir eu des idées toujours claires et précises sur les symptômes de la pleurésie. Cette phlegmasie, comme toutes celles des membranes séreuses, n'a été véritablement bien connue que depuis la naissance de l'anatomie générale. Déjà plusieurs auteurs contemporains ont publié un grand nombre d'observations exactes, propres à jeter le plus grand jour sur le diagnostic de la

pleurésie. Quel médecin, par exemple, n'a pas lu et médité avec fruit les précieuses observations sur ce sujet consignées dans le *Traité des Phlegmasies chroniques* de M. Broussais? Quel médecin n'a pas également médité les observations plus exactes encore sur la pleurésie chronique que Bayle a placées dans son ouvrage classique sur la *phthisie pulmonaire*? Mais, depuis la publication de ces travaux et de plusieurs autres, les bornes de la science ont été reculées, le diagnostic de la pleurésie, comme celui de toutes les maladies de poitrine, a été singulièrement modifié, éclairci, perfectionné, par la belle et immortelle découverte de la méthode de l'auscultation. La science, dans son état actuel, semble donc réclamer des observations nouvelles, qui, retraçant avec exactitude les symptômes de la pleurésie d'après les nouveaux moyens d'exploration, puissent confirmer ou infirmer l'utilité de ces derniers, et suppléent ainsi aux lacunes que doivent nécessairement présenter les observations sur la pleurésie qui ont été publiées avant l'ouvrage de Laennec : tel est surtout le but des observations consignées dans cette section.

La plus notable différence qui existe entre les pleurésies consiste dans la présence ou dans l'absence de l'épanchement. Les pleurésies sans épanchement, peu graves, à moins qu'elles ne soient fort étendues, ont déjà fixé notre attention lorsque nous avons parlé de la pneumonie, cette dernière affection étant presque toujours précédée ou accompagnée d'une phlegmasie de la plèvre, qui se termine très-rarement par épanchement. Nous ne citerons donc ici qu'un très-petit nombre de ces pleurésies *sèches*, si je puis ainsi dire. Nous parcourrons ensuite les différentes variétés que présente la pleurésie avec collection de liquide, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, manifeste ou latente, bornée à un seul côté ou étendue aux deux plèvres, générale ou partielle, simple ou compliquée.

## CHAPITRE PREMIER.

### PLEURÉSIES SANS ÉPANCHEMENT.

#### I.<sup>re</sup> OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-neuf ans, fortement constitué, et ayant toujours joui d'une bonne santé, sentit du frisson dans la matinée du 10 avril 1822; le reste de la journée il fut mal à son aise, cependant il travailla comme de coutume. La nuit, il fut pris d'un violent point de côté au-dessous du sein droit; le lendemain il toussa sans cracher; les inspirations un peu profondes augmentaient la douleur. Dans la soirée du 12, le malade entra à la Charité, et fut immédiatement saigné. Dans la matinée du 13 (quatrième jour), il présenta l'état suivant :

Face rouge, animée; décubitus sur le dos; vive douleur au-dessous du sein droit, augmentant par la toux, les mouvements inspiratoires, la percussion et la pression intercostale; toux fréquente, comme avortée; expectoration de la bronchite aiguë; respiration assez calme dans le décubitus horizontal, devenant haletante dès que le malade se place sur son séant; percussion sonore partout; bruit respiratoire généralement plus faible à droite qu'à gauche; pouls dur, médiocrement fréquent; peau chaude et sèche (cette sécheresse persiste depuis le début). Langue naturelle, soif; ventre indolent, constipation. (*Saignée de douze onces, quinze saignées sur le côté douloureux.*) Le sang des deux saignées présenta un

caillot à bords retroussés, couvert d'une couenne épaisse et entourée d'une sérosité abondante.

Cinquième jour : la douleur pleurétique ne se fait plus sentir que dans les fortes inspirations ; le bruit respiratoire s'entend également bien partout ; mais la fréquence du pouls persiste, et aucune sueur n'a eu lieu. On prescrivit une troisième saignée de huit onces ; elle ne présenta qu'une couenne très-mince, recouvrant un large caillot.

Sixième jour : la douleur pleurétique avait complètement disparu ; le malade avait sué la nuit pour la première fois ; il toussait à peine, n'avait plus de fièvre et se sentait très-bien. (*Tisane de violette et de bourrache.*)

Septième jour : il se plaignait d'un peu de malaise, de borborygmes et de constipation. On lui donna deux onces d'huile de ricin. Les jours suivants, rétablissement parfait.

---

Cette observation présente en quelque sorte le type des pleurésies légères sans épanchement. On y trouve réunis tous les symptômes caractéristiques de cette maladie, savoir : le point de côté précédé de frisson, la toux, sans autre expectoration que celle du catarrhe, la conservation de la sonorité des parois thoraciques ; la plus grande faiblesse du bruit respiratoire du côté affecté, résultat de l'inégale dilatation du thorax ; la fièvre avec dureté du pouls ; enfin l'aspect couenneux du sang. Quant au décubitus, il ne fut pas tel qu'on l'indique dans tous les auteurs : il eut lieu sur le dos, et non sur le côté opposé au siège de la pleurésie. La peau resta constamment sèche jusqu'au moment où une amélioration eut lieu ; alors il survint de la sueur. La maladie fut jugée avant le sixième jour. Le traitement antiphlogistique énergique qui fut employé exerça sans doute une puissante influence sur cette prompte et

heureuse terminaison. Quel que soit le peu d'intensité des pleurésies, nous pensons qu'elles doivent être attaquées dès leur début par d'abondantes émissions sanguines. Si, en effet, n'ayant égard qu'à la bénignité des symptômes actuels, on leur oppose un traitement peu actif, trop souvent on a lieu de s'en repentir, soit parce qu'un épanchement survient, soit parce que la phlegmasie de la plèvre, négligée, se propage au parenchyme pulmonaire.

## II<sup>e</sup> OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-un ans, d'une assez faible constitution, mais jouissant cependant habituellement d'une assez bonne santé, fut exposé, le 10 avril, à un courant d'air. Dans la nuit du 10 au 11, il se réveilla en frissonnant et en sentant un violent point de côté au-dessous du sein droit. Le 11, persistance de la douleur, dyspnée, toux sèche, décubitus sur le côté gauche. Entré à la Charité dans la soirée du 12, il fut saigné. Le sang offrit un caillot en champignon, à bords relevés, recouvert d'une couenne épaisse et entouré de beaucoup de sérosité.

Le 13 (troisième jour), pommettes rouges, avec teinte jaune du pourtour des ailes du nez ; disparition du point de côté depuis la saignée ; toux fréquente ; expectoration de la bronchite aiguë avec quelques filets de sang ; respiration plus libre ; bruit d'expansion pulmonaire égal partout ; partout aussi égale sonorité des parois thoraciques ; peau couverte de sueur pour la première fois ; pouls fréquent, assez dur ; langue humide et vermeille ; soif vive ; bouche amère ; constipation. (*Tisane de violette.*)

La sueur continua jusqu'à midi. Le soir, un violent redoublement eut lieu ; le point de côté reparut ; la respiration re-

devint gênée. Une deuxième saignée de douze onces fut pratiquée. Elle présenta le même aspect que la première.

Dans la matinée du quatrième jour, le point de côté ne se faisait plus que faiblement sentir dans les inspirations profondes et par l'acte de la percussion. La respiration était calme; d'ailleurs, la toux et la fièvre persistaient.

Le soir, redoublement, marqué par l'augmentation de la fièvre et du point de côté. Ce redoublement se termine par une sueur abondante, qui dure toute la nuit, et pendant laquelle la douleur pleurétique disparaît.

Dans la matinée du cinquième jour, il n'y a plus aucun symptôme de pleurésie; la respiration s'entend nette partout: cependant le pouls conserve un peu de fréquence (*tisane de violette; looch; lavement de graine de lin*). Le soir, pas de redoublement. Sueur la nuit.

Sixième jour, même état. Septième jour, la fréquence du pouls n'existe plus. Les jours suivants, cessation de la sueur nocturne; entier rétablissement.

---

Cette pleurésie parut se développer sous l'influence d'une cause occasionnelle évidente. D'abord elle fut annoncée par le même ensemble de symptômes que la précédente, si ce n'est que le frisson et la douleur se manifestèrent en même temps, et que le décubitus eut lieu sur le côté opposé au siège de la phlegmasie. On ne confondra point les stries sanguines qui sillonnaient les crachats, simple résultat de la bronchite, avec les crachats *sanguinolents* de la pneumonie. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, le point de côté avait déjà disparu; aussi le bruit respiratoire était-il égal des deux côtés. L'influence de la première saignée sur la disparition de la douleur fut évidente. On pouvait croire alors que

l'inflammation de la plèvre était guérie, et que la bronchite seule entretenait encore la fièvre; mais elle existait vraisemblablement à l'état latent; car deux fois ses symptômes reparurent avec le redoublement du soir; ou plutôt c'était la pleurésie qui, s'exaspérant périodiquement, produisait ce redoublement. C'était une sorte de pleurésie rémittente; ou, si l'on regarde l'effet comme la cause, c'était une fièvre rémittente pleurétique.

### III. OBSERVATION.

Une jeune femme lava du linge à la rivière plusieurs jours de suite pendant le cours du mois de février 1822; à la suite de ce genre de travail, auquel elle n'était point accoutumée, elle fut prise d'une vive douleur au-dessous de la mamelle droite; le troisième jour, elle entra à l'hôpital. Alors elle respirait difficilement; les inspirations étaient courtes, comme arrêtées par la douleur; celle-ci, très-vive, augmentait aussi par le mouvement, la percussion et la toux; l'expectoration était nulle, le pouls fréquent et dur, la peau brûlante et sèche. Le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait un peu plus faible du côté droit. (*Saignée; application de sangsues sur le côté douloureux.*)

Le quatrième jour, la respiration était un peu plus libre et la douleur moins vive; d'ailleurs, même état. — Dans la matinée du cinquième jour, la dyspnée avait considérablement augmenté, ainsi que la douleur; aucun signe n'annonçait cependant que quelque épanchement eût commencé à se faire dans la plèvre. La malade était dans un état d'anxiété extrême; elle se plaignait d'éprouver de la pesanteur et une chaleur incommode dans les régions lombaire et inguinale. Une

nouvelle saignée fut prescrite; à peine avions-nous quitté son lit, qu'elle fut prise tout-à-coup d'une abondante hémorrhagie utérine. A mesure que le sang coulait, la malade se sentait notablement soulagée. Elle perdit environ trois livres de sang. Dans l'après-midi, la respiration était libre, la douleur très-obtuse, le pouls à peu près naturel; en un mot, cette femme avait passé en peu d'heures d'un état très-grave à la convalescence. Les jours suivants, retour des forces et d'une parfaite santé.

La circonstance la plus remarquable de cette observation est sans doute le mode de terminaison de la maladie. Les auteurs ont cité peu d'exemples d'une hémorrhagie utérine aussi évidemment critique. Avant qu'elle parût, on observa une exaspération très-marquée; à peine le flux utérin fut-il établi, que l'amélioration se manifesta. Remarquons encore que dans ce cas, l'évacuation sanguine, provoquée par la nature, fut beaucoup plus efficace que la saignée; on n'eût point osé d'ailleurs pratiquer une émission de sang aussi abondante.

On trouvera, dans l'excellent recueil des observations de Forestus, deux exemples, également bien tranchés, d'une semblable crise. L'un de ces cas a rapport à une pleurésie qui fut jugée le septième jour par une abondante métrorrhagie (lib. XVI, obs. xxxv); le second cas est relatif à une fièvre continue, qui se termina aussi le septième jour, en même temps qu'une hémorrhagie utérine se manifesta. Cette crise fut précédée, comme chez notre malade, par une pesanteur des lombes et des aines, ce qui porta Forestus à prédire la nature du mouvement critique. Il y avait eu le sixième jour une exaspération très-prononcée (lib. I, obs. xx).

Du reste, il faut se garder de confondre ces sortes de mé-

trorrhagies véritablement critiques avec le simple flux menstruel, qu'on a souvent considéré comme jugeant différentes maladies. Il est évident que dans la plupart des cas ce flux ne se manifeste au contraire que lorsque la maladie est déjà jugée. C'est encore ainsi que dans beaucoup d'affections, ce n'est point la suppression des règles qui cause l'état morbide; mais c'est celui-ci qui supprime les menstrues. De là, l'inutilité de chercher à rappeler les règles, tant que cet état morbide persiste. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la phthisie pulmonaire.