

qu'ils ne nous semblent devoir être considérés que comme de simples exceptions à une règle très-générale. L'existence à peu près constante de la couenne du sang chez les individus atteints de pleurésie est d'ailleurs un phénomène qui a fixé depuis long-temps l'attention des observateurs.

Les fonctions digestives ne présentent de trouble notable que dans le cas de complications.

On a noté comme coïncidant souvent avec un épanchement dans la plèvre, l'infiltration séreuse des membres du même côté que l'épanchement. Nous n'avons observé cette coïncidence qu'une seule fois.

La sécrétion urinaire est diminuée, troublée, pervertie, comme dans tous les cas d'inflammation.

Enfin, la nutrition proprement dite présente ordinairement une altération profonde, d'où résulte le marasme lorsqu'il y a pleurésie chronique avec épanchement. Le dépérissement est surtout marqué, lorsqu'il y a fièvre et dyspnée : au contraire, quand la respiration est peu gênée et la fièvre nulle, un épanchement considérable dans la plèvre peut exister très-long-temps sans que la nutrition paraisse altérée en aucune manière; nous avons cité plusieurs cas remarquables de ce genre (Obs. VII, IX, X, XI, XXXV).

159. Récapitulons maintenant les différents symptômes que nous venons de passer en revue, et présentons-les dans leur ordre accoutumé.

L'invasion de la pleurésie est marquée par une douleur ayant le plus souvent son siège au-dessous de l'un des seins, précédée ou accompagnée de frisson; en même temps on observe une toux sèche, de la dyspnée, de la fièvre, et souvent une faiblesse plus grande du bruit respiratoire du côté où existe la douleur. Si aucun épanchement n'a lieu, ces symptômes se dis-

sipent ordinairement au bout de quelques jours, et la guérison a lieu.

Si la plèvre devient le siège d'un épanchement, de nouveaux symptômes apparaissent: du côté de l'épanchement, le son est mat; le bruit d'expansion pulmonaire est d'abord faible, puis nul, ou remplacé par le bruit de respiration bronchique, laquelle toutefois, nous le répétons encore, se montre beaucoup plus rarement en pareil cas que lorsqu'il y a pneumonie; la voix présente les différentes variétés de résonance de la voix que nous avons indiquées, les parois thoraciques du côté affecté subissent une dilatation plus ou moins marquée.

Cette série de phénomènes peut entraîner la mort dans un espace de temps très-court; on doit craindre cette terminaison, si la respiration est très-gênée, et si la fièvre est intense. Si, au contraire, la dyspnée devient moindre, si le mouvement fébrile diminue, la maladie se prolonge; elle passe à l'état chronique, et alors elle peut encore se terminer, soit par la mort, soit par le retour à la santé.

La mort survient le plus souvent, dans ce cas, au milieu d'un état de dépérissement et de marasme, qui semble résulter à la fois et de l'insuffisance de l'hématose qui a lieu par suite de l'inertie complète de l'un des poumons, et de la seule existence d'une phlegmasie chronique avec suppuration abondante et production fréquente de tissus accidentels. D'autres fois, la mort est due à l'exaspération subite de la pleurésie, qui, après avoir existé impunément pendant plusieurs mois sous forme chronique, devient rapidement mortelle, dès que, sous l'influence d'une cause plus ou moins appréciable, elle repasse à l'état aigu. Enfin, la terminaison fatale a été plus d'une fois accélérée par une communication spontanément établie entre la cavité de la plèvre et l'extérieur, soit à travers les parois thoraciques, soit à travers les bronches.

Une terminaison favorable est annoncée par la cessation de la fièvre, le peu de gêne de la respiration, le bon état de la nutrition et des forces. Lorsque cet ensemble de circonstances existe, la résorption de l'épanchement a ordinairement lieu dans un espace de temps plus ou moins long ; et si le poumon ne peut se dilater assez pour se mettre en contact avec les côtes, celles-ci s'affaissent d'une manière plus ou moins notable, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Quelquefois, aussi, une guérison rapide a lieu, après que l'épanchement s'est frayé une issue au dehors à travers les bronches ou les parois thoraciques.

Des phénomènes critiques se manifestent souvent en même temps que la pleurésie se résout. Une de nos observations nous a montré, par exemple, une métrorrhagie manifestement critique (obs. III). Ailleurs, nous avons noté des sueurs dont le caractère critique ne semblait pas moins évident (obs. I, IV, VII, VIII). Nous avons cité dans le volume précédent l'observation fort remarquable d'un épanchement séreux dans les plèvres, qui disparut en même temps qu'un flux bronchique très-abondant se manifesta, comme si dans ce cas une véritable métastase avait eu lieu.

160. Nous n'aurions présenté qu'un tableau bien incomplet de la pleurésie, si nous ne disions que les symptômes qui l'annoncent sont loin d'exister toujours tels que nous venons de les décrire. Ainsi, il est des pleurésies avec ou sans épanchement, qui ne sont accompagnées ni de douleur, ni de toux, ni de dyspnée, ni d'accélération du pouls. Il en est d'autres où, en raison du siège de l'inflammation, on n'observe ni matité du son, ni modification du murmure respiratoire ou de la voix. Qu'il nous suffise de rappeler ici ces remarquables anomalies sur lesquelles nous avons insisté, soit dans les observations

particulières, soit dans l'examen spécial que nous avons fait de chacun des symptômes de la pleurésie.

Nous ne ferons que rappeler aussi les principales variétés de la pleurésie, ayant déjà indiqué les symptômes de chacune d'elles. Ainsi, on doit particulièrement distinguer la pleurésie avec ou sans épanchement, manifeste ou latente, double ou simple, générale ou partielle ; parmi les pleurésies partielles, il faut surtout noter les pleurésies interlobaire, diaphragmatique et médiane. Trois autres variétés peuvent encore être établies d'après la nature du liquide épanché, selon que ce liquide est du pus, de la sérosité plus ou moins limpide, ou du sang.

161. Parmi les maladies qui compliquent le plus souvent la pleurésie, les unes ont leur siège dans le thorax, et les autres hors de cette cavité. Au nombre des premières se rangent la pneumonie, la péricardite, et enfin le pneumo-thorax. Nous avons vu que celui-ci n'est que très-rarement le résultat d'une exhalation gazeuse de la plèvre ; il se manifeste le plus ordinairement par suite d'une communication accidentellement établie entre la cavité de la plèvre et les voies aériennes. Lorsqu'il y a beaucoup de gaz et peu de liquide, le son n'est mat qu'inférieurement, tandis que plus haut la sonorité de la poitrine est augmentée, en même temps que le bruit respiratoire est nul. Cependant, lorsque l'ouverture de communication entre la plèvre et les bronches est très-large, on entend à chaque mouvement inspiratoire une sorte de souffle analogue à celui que produit l'entrée de l'air dans de vastes excavations tuberculeuses qui sont à peu près vides. Dans d'autres circonstances, nous avons entendu un véritable gargouillement, d'autres fois enfin le tintement métallique, tel qu'il a été si bien décrit par Laennec. Ces différents phénomènes doivent

nécessairement varier, en raison de la largeur et de la forme de la fistule pulmonaire, de la disposition de la cavité creusée dans le poumon, de la grandeur des tuyaux bronchiques qui s'y ouvrent, enfin de la quantité respective de gaz et de liquide contenus dans la plèvre. Le tintement métallique ne nous semble pas être dans ce cas un signe pathognomonique, car nous l'avons retrouvé très-marqué dans des cas de simples excavations tuberculeuses. Un signe beaucoup moins équivoque nous paraît être le bruit que produit la succussion du thorax, telle qu'Hippocrate la pratiquait. Elle fait entendre très-distinctement dans l'intérieur du thorax un flot de liquide, qui ne peut exister que lorsque la plèvre contient à la fois des liquides et de gaz. Mais une pareille succussion serait souvent trop pénible pour le malade pour pouvoir être tentée.

162. Le pronostic de la pleurésie varie suivant un grand nombre de circonstances. Il n'est pas besoin de dire que la pleurésie sans épanchement est en général beaucoup moins grave que la pleurésie avec épanchement. Bornée à une petite étendue, la pleurésie sèche est souvent une maladie fort légère, qui ne gêne pas la respiration, et qui n'excite aucun trouble sympathique. Si au contraire elle est générale, si elle existe à la fois des deux côtés, elle peut être rapidement mortelle, avant qu'aucun épanchement n'ait eu lieu.

Le siège de la pleurésie influe aussi sur la gravité du pronostic. Ainsi, l'observation a appris que la pleurésie diaphragmatique est en général accompagnée de symptômes plus fâcheux qu'une inflammation plus étendue d'autres portions de la plèvre.

Lorsqu'il y a épanchement, la gravité du pronostic est en raison directe de la quantité de cet épanchement. Une double collection, pour peu qu'elle soit abondante, est un cas presque

toujours mortel. Nous avons cité cependant des exemples de guérison. De même, d'ailleurs, qu'en raison de la disposition des individus l'inflammation d'une très-petite partie du parenchyme pulmonaire est quelquefois plus funeste qu'une inflammation beaucoup plus étendue, de même un épanchement médiocre cause souvent la mort, tandis que d'autres malades ne succombent pas à un épanchement infiniment plus considérable.

Il est vraisemblable qu'une collection purulente est plus fâcheuse qu'une collection séreuse. Rien ne prouve que l'épanchement de sang soit accompagné de symptômes plus graves que les autres épanchements.

La gêne de la respiration, la persistance de la fièvre, sont toujours d'un fâcheux augure. On ne peut guère espérer la résorption de l'épanchement, que lorsque la fièvre est très-moérée ou nulle, et la dyspnée légère.

Si, malgré le peu d'étendue de l'épanchement, le malade dépérit de plus en plus, et que des sueurs abondantes surviennent, on doit craindre le développement des tubercules dans la plèvre enflammée.

163. Le traitement de la pleurésie repose sur les mêmes bases que celui de la pneumonie; aussi, nous étant déjà beaucoup étendu sur ce dernier, nous ne dirons ici que peu de choses, de peur de tomber dans d'inutiles répétitions.

Les émissions sanguines doivent être abondamment pratiquées dès le début de la maladie. Lorsque la douleur apparaît, et qu'il n'existe encore aucun épanchement, des sangsues appliquées en grande partie sur le côté douloureux font souvent avorter la maladie. On obtiendra plus sûrement cet effet si, avant l'application des sangsues, on pratique une saignée générale. La combinaison de ces deux sortes d'émissions sanguines est infiniment utile.

Lorsque l'épanchement existe, on doit encore avoir recours hardiment aux saignées, dans le double but de s'opposer aux progrès ultérieurs de l'inflammation, et de diminuer la quantité de sang qui, dans un temps donné, doit traverser le poumon comprimé. Tant que la dyspnée est considérable, la fièvre intense et les forces en bon état, on ne doit pas craindre d'insister sur les émissions sanguines. On doit encore y revenir si, après que la phlegmasie a passé à l'état chronique, elle vient à s'exaspérer de nouveau.

En même temps que l'on pratique d'abondantes émissions sanguines, il ne faut pas négliger de maintenir continuellement appliqués sur le côté affecté de larges cataplasmes émollients. Ce moyen peut avoir surtout quelque efficacité chez les individus dont les muscles des parois thoraciques sont peu épais.

Tant que la fièvre est intense, on ne doit avoir recours aux révulsifs qu'avec beaucoup de précaution ; mais, dès qu'elle se modère et qu'on n'observe pas de signes de forte réaction, un large vésicatoire doit être appliqué sur le côté malade. Chez des individus irritables, le vésicatoire rappelle quelquefois la fièvre ; il faut alors en diminuer la surface, sans le sécher entièrement. Si, au bout d'un certain temps, l'épanchement ne diminue pas, on pourra essayer de changer le mode d'irritation de la peau. On séchera le vésicatoire de la poitrine, et on en appliquera d'autres aux extrémités inférieures. On remplacera le vésicatoire du thorax, soit par un séton, dont on entretiendra pendant long-temps la suppuration, soit par un moxa, qui sera transformé en un profond cautère.

Il arrive une époque où il n'existe plus réellement d'inflammation, et où l'épanchement n'est plus nuisible qu'à la manière d'un corps étranger qui comprime le poumon. Il est alors douteux que les moyens révulsifs dont nous venons de

parler soient encore de quelque utilité. A cette époque, différents moyens diurétiques et diaphorétiques peuvent être employés avec avantage, pourvu toutefois qu'on mesure bien leur action, et que ces remèdes ne deviennent pas des stimulants qui, portés dans le torrent circulatoire, aillent réveiller l'inflammation de la plèvre. Mais, ce qui doit être surtout recommandé à cette époque, ce qui doit particulièrement favoriser la guérison, c'est la grande sévérité du régime, c'est l'éloignement de toute les causes qui peuvent irriter la plèvre. En suivant ces préceptes avec persévérance, on ramène peu à peu la plèvre à son état physiologique, et on la place dans les conditions les plus favorables pour que la résorption de l'épanchement puisse s'opérer.

Lorsque, malgré tous les moyens mis en usage, l'épanchement persiste, faut-il avoir recours à l'opération de l'empyème? Cette opération a été surtout pratiquée jusqu'à présent dans le cas où l'épanchement était le résultat d'une plaie pénétrante de la poitrine ; elle a spécialement réussi, lorsque cet épanchement était formé par du sang. L'inflammation est alors nulle ou très-secondaire, et aucun obstacle n'empêche le poumon de se dilater et de reprendre son volume accoutumé, aussitôt que le liquide accidentellement épanché a été évacué. Les circonstances sont loin d'être les mêmes dans le cas où l'épanchement est le résultat d'une véritable inflammation de la plèvre. Deux cas peuvent alors se présenter : dans un premier cas, l'on pratique l'opération, lorsque l'inflammation persiste encore, et elle est alors inutile ; car on ne détruit pas la cause, et à peine le liquide est-il évacué qu'il doit tendre à se reproduire. Dans un second cas, on tente l'opération lorsqu'il n'y a plus proprement d'inflammation, et que le liquide amassé dans la cavité de la plèvre n'est plus qu'un corps étranger dont la présence seule est un obstacle à la guérison. Nous

avons cité plus d'un cas de ce genre. Mais ici de nouvelles circonstances peuvent s'opposer au succès de l'opération. Des fausses membranes denses et solides recouvrent souvent le poumon, le maintiennent fortement appliqué sur les parties latérales de la colonne vertébrale; et, comme une sorte de barrière, ne lui permettent point de se rapprocher des côtes. L'opération de l'empyème peut d'ailleurs, chez les sujets irritables, rallumer une inflammation mal éteinte, de même que chez les ascitiques l'opération de la paracentèse a plus d'une fois produit des péritonites.

Enfin la difficulté de distinguer d'une manière sûre, dans tous les cas, s'il y a épanchement pleurétique ou hépatisation du poumon, est une des causes qui doit s'opposer à ce que l'on pratique fréquemment l'opération de l'empyème. Des nuances si délicates, et souvent si peu tranchées, séparent l'égophonie, signe d'un épanchement, d'avec le retentissement particulier de la voix, signe d'une hépatisation pulmonaire, que, selon nous, il ne serait point prudent de se décider à pratiquer l'opération de l'empyème, par cela seul qu'on aurait constaté l'existence de l'égophonie (1). Cette opération ne nous semble devoir être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanchement, il y a dilatation non douteuse du thorax, et fluctuation manifeste à travers les espaces intercostaux qui, rejetés en dehors, dépassent le niveau des côtes.

Je crois devoir consigner ici les deux observations suivantes (2) relatives à deux individus qui, atteints d'un épanchement pleurétique, ont subi dans mon service l'opération de l'empyème.

(1) Voyez, pag. 571, ce que nous avons dit sur le diagnostic différentiel de la pleurésie avec épanchement, et de la pneumonie.

(2) Ces deux observations ont été rédigées par M. Fournet, qui était alors mon interne, auquel j'ai confié l'opération.

I^{re} OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-deux ans, constitution assez forte, système musculaire et osseux médiocrement développé, formes arrondies (peau fine, blanche), système pileux châtain, toutes les sections du corps bien proportionnées entre elles, système nerveux médiocrement développé, fut pris, vers le 16 avril 1837, sans aucune circonstance appréciable, d'un point de côté, dont il indiqua le siège à la région du flanc droit; puis la douleur abandonna ce siège, remonta et s'étendit dans les parois supérieures de la poitrine et de là à l'épaule; enfin elle se localisa dans la région sous-mammaire droite, y resta pendant une quinzaine de jours, et disparut au bout de ces quinze jours sans jamais reparaitre. Toutefois il continua à travailler et à manger pendant la première quinzaine; il fut obligé au bout de ces quinze jours d'interrompre son travail, de cesser les aliments, et de rester couché presque toute la journée. Ainsi se passa le mois compris entre l'invasion de son point de côté et son entrée à l'hôpital; pendant ce temps-là il ne fit aucun traitement.

Du moment de son entrée à l'hôpital, on constata tous les signes d'un épanchement très-considérable dans le côté droit de la poitrine, avec une dilatation de ce côté de la poitrine exprimée par les chiffres de neuf lignes à deux pouces au-dessus du mammelon, quatre lignes au niveau du mammelon, deux lignes au-dessous.

Les jours suivants: affaiblissement graduel du malade; augmentation successive de l'oppression; récrudescence fébrile très-marquée chaque soir; mouvement fébrile devenant plus continu; état absolument stationnaire. La mensuration précé-