

constituent un puissant moyen de résolution dans la pneumonie, quel que soit d'ailleurs l'âge des malades. Les vésicatoires conviennent, en effet, aussi bien chez les enfants que chez les adultes; chez les premiers je les applique même un peu plus tôt que chez les seconds.

Parmi les complications de la pneumonie que nous avons étudiées précédemment, le délire est à peu près la seule qui exige quelquefois une médication spéciale. Si le trouble des facultés intellectuelles se rattache à une phlegmasie des méninges, ou si, survenu dès le début, il dépend de l'intensité de la fièvre, c'est une raison de plus pour insister sur les antiphlogistiques. Mais si le délire s'accompagne de cette série d'accidents qui caractérisent la forme ataxique, on devra, à l'exemple de Récamier, donner le musc en pilules et mieux encore en potion; les doses de 50 à 75 centigrammes sont généralement insuffisantes; même chez les enfants, le musc pour agir doit être donné à la dose de 2 ou 3 grammes; on obtiendra quelquefois par lui une sédation prompte du système nerveux. Si l'excitation est vive, le délire bruyant, je lui associe parfois un peu d'opium (5 à 10 centigrammes), mais celui-ci est surtout efficace contre le délire ébrié qui vient si souvent compliquer la pneumonie parvenue au huitième ou dixième jour. On donnera en même temps au malade une petite quantité de vin, quel que soit d'ailleurs l'état général. Comme cette forme de délire est née par suite de la suppression brusque des alcooliques chez des sujets qui en font habituellement abus, il est de règle, pour en prévenir l'explosion, de permettre l'usage du vin dès le début de la maladie, et concurremment avec les émissions sanguines dont il faut pourtant être un peu moins prodigue chez les sujets dont je parle.

Ce n'est pas uniquement dans les conditions dont il s'agit ici que l'opium est utile; il l'est, en outre, à toutes les périodes de la maladie, pour diminuer une douleur trop vive ou pour procurer le sommeil. Cependant quelques médecins sont encore assez timorés pour proscrire tout à fait ce remède, craignant, en l'employant, ou d'exciter la fièvre, ou de favoriser la suppuration. Ces appréhensions ne sont nullement fondées.

Il est un autre moyen adjuvant que la plupart redoutent, et qui pourtant peut rendre quelques services: je veux parler du bain tiède, recommandé par Hippocrate dans son *Traité du régime dans les maladies aiguës*. Employé par Chomel, j'ai eu à m'en louer bien souvent et je ne l'ai jamais vu nuisible; il doit être donné dans ces pneumonies stationnaires qui s'accompagnent d'une chaleur vive et sèche de la peau. Un bain tiède pris dans ces conditions assouplit la peau, provoque la sueur, et favorise ainsi le travail de résolution. Pour éviter toute espèce de refroidissement, le bain sera donné à côté même du lit du patient, dans une chambre bien chauffée et à l'abri de tout courant d'air; l'eau sera maintenue à la même température; le malade sera retiré du bain très-promptement, enveloppé aussitôt dans du linge très-chaud, puis couché dans un lit bien bassiné: avec ces précautions, le bain ne présente aucun inconvénient.

La forme que la pneumonie revêt doit modifier le traitement. Dans les pneumonies bilieuses, il y a un élément nouveau qu'il faut combattre par les évacuants; mais tous les moments ne sont pas également opportuns pour obéir à cette indication. Lorsque cet état coexiste avec une vive réaction fébrile, avec un pouls fort, développé, il faut le négliger pour ne s'occuper que de l'élément inflammatoire, et il arrive souvent alors que les antiphlogistiques triomphent à la fois et de la fièvre et de la complication bilieuse. Si, au contraire, l'état bilieux prédomine, si le pouls est faible, mou, il faut commencer par donner un éméto-cathartique. L'emploi des évacuants dans la pneumonie doit être res-

treint aux cas où il y a une indication positive. On ne saurait, par conséquent, en faire une méthode générale.

Le traitement des pneumonies typhoïdes est bien plus difficile, car aucune méthode n'est applicable à tous les cas; il faut même varier la médication suivant la période de la maladie. Ainsi, au début, il y a souvent nécessité de tirer du sang; mais il faut le faire toujours avec prudence; si plus tard la faiblesse est grande, si les fonctions cérébrales sont perverties, il faut oublier la nature inflammatoire de la maladie pour ne s'occuper que de l'indication vitale, c'est-à-dire administrer le quinquina et le vin: c'est, en effet, ce qui a souvent lieu chez les vieillards. Dans les formes intermittentes et rémittentes, on doit donner le sulfate de quinine le plus tôt possible; mais si l'on n'est appelé qu'au moment de l'accès, on devra, s'il y a beaucoup de douleur et d'oppression, recourir préalablement à une émission sanguine. Enfin, le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. En règle générale, il convient de n'employer les débilitants qu'avec la plus grande circonspection, et de choisir ceux qui prostrant le moins et qui soulagent le plus vite: à ce double titre, l'émétique à haute dose sera souvent préféré. Je ne prétends pas dire pourtant qu'il ne faut pas saigner; mais je veux seulement qu'on réserve la saignée pour quelques cas, et qu'on n'en use jamais qu'avec modération. En raison de l'état des forces, les saignées locales, surtout à l'aide des ventouses, seront souvent les seules possibles; mais en pareil cas on trouvera un utile auxiliaire dans les larges vésicatoires, qu'on devra même renouveler une ou plusieurs fois.

Les révulsifs énergiques, tels que sétons, cautères ou moxas, l'emploi à l'intérieur d'agents dits *altérants*, tels que l'iodure de potassium, le calomel à doses fractionnées, le bicarbonate de soude, les eaux naturelles de Vichy, sont les principaux moyens à opposer aux indurations chroniques des poumons.

DE LA PLEURÉSIE

Le mot *pleurésie*, qui a longtemps signifié toute douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine, est aujourd'hui exclusivement consacré pour désigner l'inflammation de la plèvre.

Divisions. — La pleurésie est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. On la divise aussi en *générale* et en *partielle*, suivant que la phlegmasie occupe la plèvre dans toute son étendue, ou suivant qu'elle est limitée à un espace plus ou moins circonscrit. C'est ainsi que la pleurésie est dite *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine*, *interlobaire*, suivant que l'inflammation est bornée à la plèvre qui recouvre les côtes et la face correspondante des poumons, ou à celle qui tapisse le diaphragme, le médiastin ou la scissure interlobaire.

Historique. — La pleurésie est mentionnée depuis un temps immémorial; néanmoins les médecins ont eu pendant longtemps sur elle des idées peu précises. Confondue pendant des siècles avec la pneumonie, décrite comme affection distincte par Boerhaave et par de Haen, confondue de nouveau par Haller, par Tissot, par Cullen et par Portal, elle a été définitivement séparée par Pinel; enfin Laënnec, en apprenant à la reconnaître sur le vivant et à la distinguer de la pneumonie, chose difficile avant lui, a mis fin à toutes les disputes. Cette maladie a été l'objet de quelques travaux de la part de plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels je citerai après Laënnec, MM. Cruveilhier (1), Andral (2),

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. PLEURÉSIE.

(2) *Clinique médicale*, t. IV.

Chomel (1), Hirtz (2), Heyfelder (3), Damoiseau (4), Oulmont (5) et Baron (6). Ce dernier a étudié la pleurésie du jeune âge.

De la pleurésie aiguë.

Anatomie pathologique. — Dans la pleurésie, la plèvre paraît rouge, injectée; mais nous avons vu précédemment que cette injection pénétrait rarement la membrane elle-même, et qu'elle existait seulement dans le tissu cellulaire subjacent. La plèvre d'ailleurs n'a subi aucune altération appréciable de nutrition. Dans quelques cas seulement elle nous a paru se détacher plus facilement, ce qui peut tenir bien moins à une lésion propre qu'à une altération du tissu cellulaire, qui est le siège de l'injection phlegmasique. Cependant la pleurésie compte à peine quelques jours et parfois quelques heures de durée, que déjà on constate dans la cavité pleurale un épanchement dont la quantité varie depuis quelques grammes jusqu'à 6 ou 8 litres. Il est communément séro-albumineux, de couleur citrine, plus souvent louche, opaque, quelquefois jaune verdâtre, complètement purulent, beaucoup plus rarement il est rougeâtre et formé par du sang plus ou moins pur : la pleurésie, dans ce dernier cas, est nommée *hémorrhagique*. Des concrétions albumineuses et membraniformes existent toujours en quantité plus ou moins considérable dans le fluide épanché; parfois il n'y a que quelques flocons rares et grisâtres; le plus souvent l'exsudation albumineuse forme le quart ou le tiers de l'épanchement. Quelquefois même il n'existe pas ou à peine de sérosité, mais la plus grande partie de la cavité pleurale est remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, opaque ou demi-transparente, parfois semi-fluide comme de la crème, ayant le plus souvent la consistance de l'albumine cuite ou de la couenne inflammatoire. Elle est épanchée en masse vers les gouttières vertébrales et sur le diaphragme; ou bien elle tapisse les surfaces pariétale et viscérale de la plèvre, qu'elle fait adhérer immédiatement, ou par des lames plus ou moins allongées. Les concrétions sont disposées tantôt uniformément, tantôt sous forme de granulations plus ou moins confluentes, ou bien par plaques irrégulières, d'une épaisseur qui varie entre 1 et 6 millimètres. Lorsqu'on les détache, on trouve au-dessous d'elles la membrane séreuse avec sa transparence, son poli, son épaisseur, sa consistance, et souvent avec sa couleur normale. Lorsque les fausses membranes existent seules et sans aucun épanchement liquide, on dit que *la pleurésie est sèche*. Enfin, des fluides aériformes se rencontrent quelquefois dans la plèvre enflammée; leur présence indique presque toujours une perforation pulmonaire ou bien une gangrène de la plèvre. Cette dernière altération est d'ailleurs excessivement rare. En même temps que ces lésions existent, on constate divers changements dépendants de l'épanchement lui-même. Celui-ci est-il considérable, le côté correspondant de la poitrine est dilaté; les espaces intercostaux sont élargis; le diaphragme est refoulé vers le ventre; le médiastin et le cœur sont déviés vers le côté sain; mais les principaux effets de compression se remarquent vers le poumon, qui est ordinairement refoulé dans la gouttière vertébrale; son tissu est flasque, grisâtre, exsangue et vide d'air. Les expériences de M. Oulmont tendent à prouver que quelques heures de compression suffisent

(1) *Dictionnaire de médecine*, 1^{re} et 2^e édition, art. PLEURÉSIE.

(2) *Archives*, 2^e série, t. XIII, p. 172.

(3) Extrait dans *Archives*, 3^e série, t. V, p. 59.

(4) *Archives*, année 1843, et Thèse de Paris, 1845.

(5) Thèse de Paris, 1844.

(6) Thèse de Paris, 1841.

pour que l'organe ne puisse reprendre, par l'insufflation la plus forte, son volume primitif; c'est à peine même si l'on peut, par ce moyen, le soulever et le distendre un peu.

Lorsque la mort arrive à une époque éloignée, on trouve la partie liquide de l'épanchement diminuée ou même tout à fait résorbée; le poumon, moins comprimé, se développe et n'est plus séparé des parois thoraciques que par l'exsudation albumineuse qui tend à s'organiser. Il suffit de quelques jours pour que l'on voie souvent, dans l'épaisseur des fausses membranes, des lignes rougeâtres s'anastomosant à la manière des vaisseaux; cependant, dans la plupart des cas, on ne reconnaît pas cette disposition vasculaire; mais on voit les concrétions membraneuses, molles, albumineuses d'abord, se rapprocher d'autant plus de l'organisation du tissu cellulaire qu'on les examine à une époque plus éloignée. Enfin, au bout d'un temps variable, et qui rarement est moindre de quelques mois, la transformation celluleuse est complète. On voit alors des lames plus ou moins étroites, qui font adhérer l'une à l'autre les plèvres costale et pulmonaire dans une partie ou dans la totalité de leur étendue. C'est exclusivement à une pleurésie antérieure qu'il faut rapporter les adhérences partielles ou générales des plèvres qu'on rencontre chez un très-grand nombre d'adultes et de vieillards. Ces adhérences elles-mêmes peuvent devenir consécutivement le siège de toutes les altérations et transformations propres au tissu cellulaire: c'est ainsi qu'on les a vues s'enflammer, se transformer en tissu fibreux, s'incruster d'une matière cartilagineuse ou osseuse; s'infiltrer de sang, ou devenir le siège de produits hétérologues. Les adhérences peuvent être générales ou partielles. Dans ce dernier cas, elles peuvent circonscrire des espaces plus ou moins considérables dans lesquels la plèvre est intacte; si celle-ci vient à s'enflammer plus tard, l'épanchement qui se produira sera comme enkysté: la pleurésie sera dite alors *partielle* ou *circonscrite*. Cette variété peut exister dans tous les points de la plèvre; mais on la trouve spécialement dans la scissure interlobaire, à la face convexe du diaphragme et à la partie postérieure, inférieure ou latérale de la poitrine. Dans ces espèces de pleurésies, l'épanchement, pour peu qu'il soit abondant, a pour effet constant de refouler fortement le tissu pulmonaire et de s'y creuser une cavité: aussi a-t-on souvent cru alors à l'existence d'un abcès du poumon. Il est pourtant facile d'éviter l'erreur: car si l'on évacue le liquide et si l'on détache la fausse membrane, on reconnaît que la plèvre est intacte au-dessous d'elle, et que le tissu pulmonaire n'a pas été érodé, mais seulement déprimé. Ces pleurésies partielles coexistent souvent avec des tubercules dans les poumons; elles sont peut-être plus souvent chroniques qu'elles ne sont aiguës.

M. Beau a dit (1) que, dans les pleurésies simples comme dans les pleuro-pneumonies, la phlegmasie se propageait constamment aux nerfs intercostaux qui sont en contact presque immédiat avec la plèvre malade, et cela dans le tiers postérieur de leur trajet, c'est-à-dire jusqu'à l'angle des côtes. Cette lésion consisterait en une injection souvent vive du cordon nerveux; celui-ci serait augmenté de volume, mais sans modification dans la consistance du tissu. Il n'est personne, je crois, qui ait vérifié les faits avancés par M. Beau. Dans quelques cas, j'ai trouvé comme lui le névralgisme rouge, mais il n'y avait en même temps aucune altération dans le volume ni dans la consistance du cordon nerveux, et je me suis demandé s'il n'y avait pas seulement alors une de ces rougeurs par imbibition si fréquentes au pourtour des parties enflammées.

(1) *Archives générales de médecine*, année 1847.