

DISSERTATION

N° 62.

SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 4 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR CASIMIR-JULES-HENRI RENAULT, de Bourgueil,

Département d'Indre-et-Loire ;

Bachelier ès-sciences; ancien Élève de l'École de Perfectionnement
de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 15.

1831.

Dissertation sur La Pleauresie Aigue no.62

1. [Notice](#)

This book was produced in EPUB format by the Internet Archive.

The book pages were scanned and converted to EPUB format automatically. This process relies on optical character recognition, and is somewhat susceptible to errors. The book may not offer the correct reading sequence, and there may be weird characters, non-words, and incorrect guesses at structure. Some page numbers and headers or footers may remain from the scanned page. The process which identifies images might have found stray marks on the page which are not actually images from the book. The hidden page numbering which may be available to your ereader corresponds to the numbered pages in the print edition, but is not an exact match; page numbers will increment at the same rate as the corresponding print edition, but we may have started numbering before the print book's visible page numbers. The Internet Archive is working to improve the scanning process and resulting books, but in the meantime, we hope that this book will be useful to you.

The Internet Archive was founded in 1996 to build an Internet library and to promote universal access to all knowledge. The Archive's purposes include offering permanent access for researchers, historians, scholars, people with disabilities, and the general public to historical collections that exist in digital format. The Internet Archive includes texts, audio, moving images, and software as well as archived web pages, and provides specialized services for information access for the blind and other persons with disabilities.

Created with hocr-to-epub (v.1.0.0)

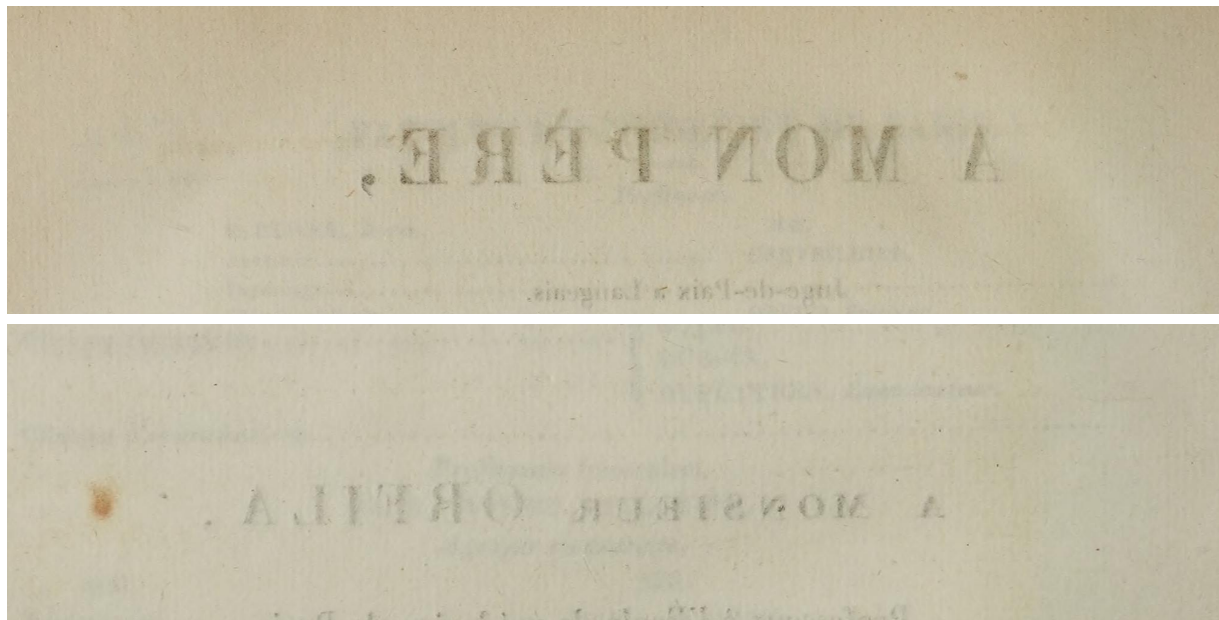
DISSERTATION 7° LA PLEURÉSIE AIGUE; THÈSE Présentée
et soutenue : à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 avril 1831, pour
obtenir le grade de Docteur en médecine ; : Par Casimim-Jures-Henrr
RENAULT, de Bourgueil, Département d'Indre-et-Loire ; Bachelier ès-
sciences; ancien Élève de l'École de Perfectionnement de Paris. 2 > QG 0
VA PARIS, DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE, Imprimeur de la
Faculté de Médecine , rue des Maçons-Sorbonne, n°.1%.: : Tao.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS. | Professeurs. M. DUBOIS, Doyen. Anatomie.erc.osvessossesssoocscs este eh se Physiologie.erosesrvessosssecoessorssecece Chimie médicale Sete eeenehereenesersses Physique médicale, 0.0.0 00e Histoire naturelle médicale. . .4...s.s...ecsee Pharmacie. Hesse ceeneceserelemepPenescesees HYSiGRE ee eee rec chesceven messes Pathologie chirurgicale.,..... 20... Pathologie médicale, 0. 56.010.5.L0set 24e Opérations et appareils. ses... ee sou ee esse secs oo» Thérapeutique et matière médicale.....s.e MEUCIRE OPA Se en eneehienislesleete sels s ee Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés... eos sessseo soso Clinique medicale Re Re Re roreeroecesese Clinique chirurgicale... 5. ose ie seseoce Clinique d'accouchemens., .. s.se.ee.oosesosoe « MM. CRUVEILHIER. ORFILA, Président. PFLLETAN. DEYEUX. DES GENETTES. MARJOLIN. |! ROUX. DUMÉRIL. ANDRAL. RICHERAND, Suppléant. ALIBERT. ADELON. MOREAU, Exœananateur. LEROUX, Eæaminateur. *FOUQUIER. or eee eee see see es esse CHOMEL. BOYER. DUBOIS. : DUPUYTREN, Examinateur. see. Professeurs honoraires. MM. DE JUSSIEU , LALLEMENT. A grégés en-exercice. esse. MM. MM. BAUDELOCQUE.. Duscen, Suppléant. Bavyzs. Dosoiïs, Examinateur Béramp. Graoy, Examinateur.. BLrannix. GiBERT. BouiLLaun. Hamin..... Boovier. LisFRANC. Briquer. Martin Socox. BRONGKIART. Pioneyx. CLOQUET. Rocæoux. CorreReau, SANDBAS. Dance. TRousseAu. à, Devencis. Vecrrau, — + Par délibération du g décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui luiseront présentées doivent être considérées comme propres. à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, niimprobaton..

A MON PÈRE, Juge-de-Paix à Langeais, A MA MÈRE. A
MONSIEUR ORFILA, Professeur à l'École de médecine de Paris C.-J.-H
RENAULT.

The text on this page is estimated to be only 23.04% accurate

SNER COENTOPR ES NAT Te “y «ps T0 7. DÉRRENT TR NÉ
PU TRANS TE mors / v AE AT HAE sy: \$ L TUTO " = CHANT mit à % v
on] | ps PAIE % ig ë ixian EEsteqes F FT " » ; LH DR PRE A AIRE 2 4 »
> | “ A4 % { ä € (AAAE Le “ \$ y | LA PIE, LR PE LA at é at: see EN Me ji
L LA EME 6 RS 2 AE 26 € sn x r HORUP ETETES l'nbrimire,



DISSERTATION LA, PLEURÉSIE:.. ATGU É: Os appelle plèvres,, pleuræ, deux néréteg RRn minces, demi-transparentes, formant chacune un sac, sans ouverture, tapissant intérieurement : cayité thoracique, Ces membranes,recouvrant presque entière: ment les poumons, sans toutefois les contenir, divisent le thorax en deux parties latérales, et s'adossent, médiatement l'une à l'autre, pour former le médiastin. La surface externe des plèvres est.rugueuse, inégale, facile à détacher dans quelques, points, unie d'une, manière assez intime dans d' autres. Leur surface intérieure, partout contigué à elle-même, présente un aspect lisse et pâle,dü: au fluide séreux qu 'elle sécrète. L'inflammation de la plèvre ; pleuritis des Latins et des Grecs, peut se présenter à l'état aigu ou chronique; et, dans ce, dernier. cas, elle peut être chronique dès son début ou le devenir après avoir d'abord été aiguë. Elle peut occuper une seule plèvre, ces deux. membranes à la fois ou une portion seulement de l'une d'elles ; elle peut se compliquer d' autres affections et se montrer,avec des\symptômes variés; enfin elle peut être latente. Notre intention n'est que d'indiquer ces

Ce ilinimnionmmennncnen différentes formes s et nous ne traiterons, ds cette dissertation, que de la en aiguë dans l'état où elle se présente le plus communément à l'observateur. , Le mot pleurésie n'a pas toujours eu l'acception qu'on lui reconnaît aujourd'hui. Hippocrate désignait par le mot *æAewpiri*, dont on a fait pleurésie, toute espèce de douleur de côté avec fièvre. Plus tard, tout en conservant le mot employé par, Hippocrate, on voulut lui donner une signification plus précise et plus restreinte, et on discuta la question de savoir si le siège de cette douleur était dans la plèvre ou dans le poumon. Ces deux opinions furent successivement, et à des époques plus ou moins éldignées, adoptées ou réjetées , suivant qu'ellés étaient défendues ou combattues par des hommes dont le talent reconnu faisait pencher la balance : c'est ainsi qu'Arétée et Paul d'Égine assignèrent à la pleurésie son véritable siège, et que leur opinion prévalut sur celle d'Hippocrate, tandis que, plus tard, on revint à l'opinion du père de la médecine pour l'abandonner encore. Enfin plusieurs auteurs contemporains sont venus, par la publication d'un grand nom. bre d'observations exactes et probantes , jeter le plus grand jour sur cette importante question. 'Grâce aux' travaux de MM. Broussais , Bayle, Laennec et Andral, on sait maintenant distinguer si le siège de la douleur est dans la plèvre où dns le poumon , si la maladie qu'on observe est une pneumonie où une pleurésie. Toutefois il faut dire que, malgré les immenses progrès que les médecins que nous venons de citer 'ont fait faire à la science , malgré la précision que leurs travaux ont apporté dans le diaagglté des maladies de poitrine , on ren-. contre encore quelques cas obscurs dans lesquels il est absolument impossible de décider positivement à quelle maladie on doit attribuer les phénomènes qui se présentent à l'observation. 'Quelques auteurs ont admis des pleurésiés sans épanchement ; M: Andral a donné à ces pleurésies le nom de pleurésies sèches, LaENNEC n'admet pas cette variété de la maladie qui nous occupe, ou'plutôt, tout-en se servant de cette expression , il ne lui reconnaît pasle sens que M: Andral lui donne. Ainsi, Laënnec reconnaît des, pleuRETREL

GR) résies sèches ; mais in 'eniploie, dit-il, cette expression que par opposition et pour distinguer les pleurésies avec épanchement séro- - purulent de celles qui sont suivies seulement de la formation de fausses membranes. Mais il nie qu'il puisse y avoir des inflammations de la plèvre sans épanchement; épanchement qui peut être précédé , accompagné ou suivi de la formation de fausses membranes. Nous nous abstiendrons de faire choix entre ces deux opinions, appuyées par des noms aussi entraînants. Mais, sans entrer dans aucune discussion sur ce sujet, nous distinguerons deux périodes dans la pleurésie aiguë : la première, que l'on pourrait peut-être appeler inflammatoire , période qui serait particulièrement 'caractérisée par la douleur, la toux, là difficulté de respirer, la fièvre, etc. La seconde, qui serait celle de la formation de l'épanchement, nous semble aussi présenter des caractères assez saillants pour motiver la division que nous établissons. Cette seconde période serait spécialement reconnue aux signes fournis par la percussion et l'auscultation. Sans doute les caractères de ces' deux périodes ne sont pas toujours bien tranchés ; quelques-uns des caractères de la première existent encore dans la seconde, tandis que quelques-uns, qui appartiennent à la seconde, existent déjà dans la première. Mais j'ai voulu, en admettant cette division, me faciliter la description d'une maladie bien connue, il est vrai, mais qui présente encore une certaine difficulté de rédaction , par cela même, peut-être, qu'elle a été plus étudiée. D'ailleurs, sans l'avoir positivement adoptée, quelques auteurs ont pour ainsi dire signalé cette division dans leurs écrits: Causes. Les causes communes à toutes les inflammations peuvent donner lieu à la pleurésie, mais on lui en reconnaît d'autres qui lui sont particulières. Pour ne pas multiplier les divisions, nous allons énumérer successivement les causes qui peuvent donner lieu à cette maladie, sans avoir égard à l'ordre suivant lequel on les classe ordinairement. Tous les âges, tous les sexes sont exposés à la pleurésie; mais on a remarqué qu'elle affectait plus sou

(,8.), vent le tempérament, sanguin, l'âge adulte, le sexe masculin. Quel-ques professions paraissent aussi prédisposer : à l'inflammation des, plèvres; celles, par exemple, qui exposent aux coups sur la poi-trine, comme celle de maître d'escrime, porte-*faix*, fort de la halle s militaires, etc.; aux efforts qui suspendent la respiration, tels que Je. cris forcés, les chants, la déclamation, etc., On pense généralement que le froid est une cause ne de cette affection; ainsi le. passage d'un endroit chaud dans un eudroit froid, l'usage de bois- | sons froides ou de bains froids le corps étant en sueur, l'usage de, vêtemens trop légers, le repos dans un endroit très-frais ou dans un courant d'air, l'hiver et le printemps, les saisons et les contrées, froides, les fréquentes vicissitudes que subit la température atmos-*phérique*, le frisson des fièvres intermiitentes, ont été considérés comme pouvant déterminer la pleurésie, Les autres causes les plus. ordinaires sont, les chutes sur le thorax, les contusions, les plaies et, les fractures de cette région. Suivant rade la pleurésie est souvent un effet évident de la présence de tubercules dans le poumon. Enfin. on doit ajouter que souvent, le plus souvent peut-être, la pleurésie se. développe sans cause connue ou appréciable. . Quelquefois après une amputation il se manifeste des accidens qui indiquent d'une manière évidente une inflammation de la plèvre. ou du poumon. M. J. Cloquet a remarqué que.ces symptômes se déclaraient surtout chez les sujets jeunes pléthoriques, que l'on avait amputés pour des accidens graves arrivés depuis peu de temps, surtout quand l'écoulement du sang pendant l'opération avait été considérable. ' | Symptômes généraux. La pleurésie, lorsqu'elle est, provoquée subi-, tement par une cause énergique, débute ordinairement avec vio-. lence par des frissons, des lassitudes spontanées, suivis d'une douleur. | dans un des points ba la, poitrine, ou dans tout un côté, ou; dans. les deux côtés à Ja fois. Dans d' Autres circonstances, J'inflammation de, la plèvre se développe sans cause connue, ou sous l'influence.

(9) d'une cause peu énergique; alors la maladie hésite pour ainsi dire à se déclarer, et. elle est précédée de plusieurs jours de malaise, de dégoût, de sensibilité au froid extérieur, de douleurs vagues dans les membres, de lassitudes générales. Quelle que soit d'ailleurs la rapidité ou la lenteur de l'invasion, la maladie n'en parcourt pas moins ses périodes: et on peut tracer de la pleurésie un tableau qui puisse donner une idée générale de cette inflammation et s'appliquer à la presque totalité des faits qui peuvent se présenter à l'observation. La pleurésie, quelles que soient ses causes et son invasion, débute ordinairement, nous l'avons dit, par un frisson plus ou moins violent suivi de chaleur, auquel succède ordinairement une douleur aiguë, laquelle quelquefois précède le frisson. Cette douleur, augmentant par les efforts respiratoires, est accompagnée de gêne dans la respiration, de toux ordinairement sèche et d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Plus tard, à ces symptômes se joignent ceux fournis par la percussion et l'auscultation, ce sont: l'obscurcissement ou la matité du son dans le côté affecté, l'égophonie, la respiration bronchique, enfin l'absence totale du bruit de la respiration et la dilatation du côté affecté. Ces derniers symptômes ne viennent qu'en second lieu, et appartiennent presque exclusivement à la deuxième période de la pleurésie, je veux dire à la formation de l'épanchement. Nous examinerons séparément ces symptômes.

1°. La douleur est un des symptômes les plus constans dans la pleurésie; aussi les gens du monde ne manquent-ils pas de dire qu'un malade est attaqué de pleurésie toutes les fois qu'il accuse un violent point de côté: toutefois cette douleur varie d'intensité, et donne souvent un aspect particulier à l'attitude du malade. Suivant Laennec, il se couche en général sur le dos ou sur le côté affecté; la suffocation devient imminente lorsqu'il s'appuie sur le côté sain; quelquefois, mais rarement, on remarque le contraire, et le décubitus a lieu sur le côté sain, Suivant MM. Chomel et Andral, au contraire, la douleur pleurétique augmente par le décubitus sur le côté malade. Quoi qu'il 2

(io) en soit, la douleur peut se fixer dans quelque partie que ce soit des parois thoraciques ; mais « elle se fait sentir le plus souvent au-dessous du mamelon ou dans quelque autre partie du côté à la même hauteur. Quelquefois la douleur est diffuse et s'étend à toute une région ou à tout un côté de la poitrine ; cette douleur augmentée par l'inspiration qu'elle tend ; par cela même, à borner ; elle devient excessive par les efforts de la toux. Suivant Laennec, la pression, même dans les espaces intercostaux, ne l'augmente pas. La dyspnée peut exister à des degrés infiniment variables : Lorsqu'elle est médiocre, -elle paraît plutôt due au point de côté, qui devient plus douloureux par le développement des parois thoraciques ; qu'à la compression du poumon par le liquide épanché ; elle peut devenir assez violente pour rendre la suffocation imminente. Sous le rapport de la liberté variable de la respiration , on pourrait diviser en trois classes les malades atteints de pleurésie avec un épanchement ou une inflammation égale : chez les premiers , la dyspnée ne cesse pas, d'être considérable depuis le commencement de l'affection jusqu'à sa terminaison, qui est alors constamment funeste ; chez les seconds, la respiration , d'abord très-gênée, devient ensuite plus libre, et enfin devient libre long-temps avant la résorption de l'épanchement ; dans la troisième classe, enfin , la respiration reste très-libre toute la durée de la pleurésie. || | LOLZ 399 La toux n'a jamais lieu par quintes ; elle est ordinairement rare, faible, et n'est point suivie d'expectoration ; quelquefois cependant le malade rend des crachats formés par des mucosités ordinairement incolores, mêlées parfois de quelques filets de sang dus aux efforts de la toux. Lorsque la pleurésie s'est terminée par épanchement, l'expectoration reste presque constamment celle du catarrhe ; quelquefois cependant, une communication s'établissant entre la cavité des plèvres et les bronches , le liquide épanché s'évacue à travers la trachée-artère , et on le retrouve dans la matière expectorée. On a prétendu que, dans ce cas, la fétidité extrême des crachats , leur odeur alliée pouvaient indiquer d'une manière certaine qu'ils venaient d'un épan=

(a) chement pleurétique; mais M. Andral nie que ce caractère soit certain, ayant trouvé une odeur semblable dans les crachats d'individus : atteints de bronchite chronique. :: : 9 | * Un:appareil fébrile , dont l'intensité est ordinairement en rapport avec l'état d'inflammation de la plèvre , accompagne ces phénomènes locaux et vient ajouter un:nouveau caractère à ceux déjà indiqués : la face est rouge, la langue blanche ou rougeâtre, l'appétit nul, la soif vive ; le pouls est agité , il est dur et développé, ou petit et concentré, suivant que la douleur est forte ou faible; la peau est chaude , sèche ou humide ; les urines sont rouges et peu abondantes ; enfin l'état général du malade est en rapport avec la gravité'que pré: sentent tous ces symptômes réunis : le sommeil est nul ou agité; etc. Tels sont les symptômes que présente , dans le commencement, la maladie dont nous nous occupons. La pleurésie étant arrivée à cette époque, qui est pour ainsi dire le point de réunion des deux périodes que nous avons indiquées , il peut se présenter trois cas : 1°: ou les symptômes diminuant rapidement ou par gradation , le malade entre en convalescence; 2°. ou les symptômes augmentant progressivement d'intensité, arrivent à leur apogée et peuvent enlever rapidement:le malade; 3°. ou bien enfin ils restent un instant stationnaire, et l'épanchement se forme et se reconnaît aux caractères que nous allons indiquer dans un instant. Ce dernier état, la formation de l'épanchement , constituera, nous l'avons dit , la seconde période de la maladie. Nous ne nous arrêterons pas aux deux premières hypothèses que nous venons d'indiquer ; car, dans la première |; le malade éntant en convalescence, on ne remarque que la cessation graduelle des accidents qui s'étaient manifestés, Dans la seconde, ou le malade mourra, ou il ne mourra pas : s'il meurt, l'ouverture seule du corps nous présentera de l'émulsière , et nous l'examinerons dans l'anatomie pathologique de la pleurésie; si, au contraire, il ne meurt pas; les symptômes finiront par se calmer et se termineront par l'épanchement , et ce cas ne s'écartera pas beaucoup de l'état que présentera celui prévu par notre troisième hypothèse, qui, nous l'avons dit plus

(12) haut , constitue précisément la seconde période que nous avons assignée à la pleurésie. Nous allons la décrire. : rro #' Jin +. Dès que l'épanchement est formé, la résonnance de la poitrine manque là où existe l'épanchement : d'où l'on doit conclure que l'on peut juger de l'étendue de l'épanchement par celle où l'on reconnaît la matité. La percussion seule ne peut pas toujours faire établir le diagnostic : d'ailleurs ce n'est jamais sur un seul signe que l'on doit prononcer un jugement sur une maladie quelconque. Lorsque l'épanchement commence à diminuer ; la résonnance reparaît petit à petit, mais lentement : dans quelques cas même elle n'est pas aussi claire qu'avant la maladie. L'auscultation présente des caractères encore plus certains que la percussion. Ces caractères se trouvent : 1°. en explorant la poitrine à l'aide du stéthoscope ou à l'oreille nue , dans le bruit respiratoire; 2°. en soumettant à la même épreuve la toux et la voix. Le bruit respiratoire est diminué ou nul : il n'est que diminué lorsque l'épanchement est peu considérable et ne fait que se former ; il est nul lorsque l'épanchement occupe une grande étendue : donc, plus l'épanchement sera considérable, plus l'absence du bruit respiratoire sera prononcée. Le liquide épanché est ordinairement très considérable dès les premiers instants de sa formation : ce caractère sera excellent pour empêcher de confondre la maladie que nous traitons avec la pneumonie dans laquelle l'absence de la respiration est graduelle. Lorsque l'épanchement n'est pas aussi promptement abondant , la respiration ne diminue que petit à petit, et alors ce caractère se rapproche de celui que présente la pneumonie; mais le râle crépitant précède dans la pneumonie l'absence de la respiration pendant vingt-quatre ou trente-six heures, ce qui n'a pas lieu dans la pleurésie. Lorsque l'épanchement pleurétique est un peu considérable dans un des côtés de la poitrine , la respiration devient quelquefois puérile dans le côté sain : et dans ce cas elle est d'autant plus intense que, parti du côté affecté, on s'approche davantage du côté sain.

(15) Quelque considérable que soit le liquide épanché, on entend presque toujours encore ,. mais légèrement , la respiration le long de la colonne vertébrale dans: une largeur d'environ trois doigts. Lorsque, par l'absorption , l'épanchement devient moins considérable ; on s'en aperçoit au retour de la respiration, qui, deven nt d'abord plus intense dans les parties où elle n'avait jamais cessé, complètement , revient ensuite par degrés à la partie supérieure et antérieure de la poitrine , sur le sommet de l'épaule, sous l'omoplate , enfin dans le côté et les parties inférieure; antérieure.et postérieure-inférieure de la poitrine. 5398" 7 On peut quelquefois réboinalies la quantité de: Énnid épanéhé à à la seule inspection de la poitrine : en faisant déshabiller le malade ; on reconnaît facilement , surtout quand l'épanchement est considérable , que le côté affecté est plus dilaté que celui qui est resté sain. Mais ce caractère est moins constant, moins sensible et moins. sûr que ceux fournis par la percussione et l'auscultation. Nous ne parlerons pas de la succussion, employée et conseillée par Hippocrate, non plus que de la: pression abdominale, conseillée par Bichat : ces deux moyens d'exploration ne nous paraissent pas présenter des garanties suffisantes pour devoir être traitées longuement. À tous les signes que nous venons d'indiquer il faut joindre l'égophonie, qui indique toujours un épanchement médiocre; elle n'existe, pas encore dans la première période, et finit avant l'entière terminaison de la maladie. Nous avons dit plus haut que la respiration s dans la pleurésie, diminuait par gradation et finissait par cesser complètement; nous ajouterons maintenant que l'égophonie semble lui, succéder, et presque toujours cette dernière se fait déjà entendre que l'autre n'a pas encore entièrement disparu. Mais il arrive, une. époque où la respiration est presque imperceptible; et plus elle diminue, plus l'égophonie devient manifeste, en même temps que le son est plus ou moins mat ; mais l'épanchement augmentant de plus en plus, il arrive un moment où l'égophonie, après avoir augmenté progressivement d'intensité, finit par disparaître petit à petit, et cesse enfin,

(14) complètement: de:se faire entendre ; alors le 'son 'est. complètement mat, la respiration nulle, et; l'on peut affirmer, que: l'épanchement existe et qu'il est: très-considérable.! Enfin l'épanchement diminue par l'absorption, l'égophonie réparaît et augmente d'abord, pour diminuer ensuite et cesser tout à fait : disons que la :sonorité et la respiration reparaissent aussi graduellement-et succèdent à l'égophonie.: Presque tous les malades qui présentent l'égophonie:offrent aussi la respiration bronchique, phénomène aussi constant:et d'une importance égale. Ces deux signes; ainsi que l'absence du bruit respiratoire et de la sonorité sont caractéristiques et ne manquent presque jamais , aussi peut-on, dans leur réunion bien reconnue ; trouver une certitude de diagnostic suffisante pour btp affirmer qu'il existe un épanchement. #4 :: L è À in Ê 44; Diagnostic différentiel. Ta pleurésie ,; ne présentant pas toujours des caractères bien tranchés;; peut , dans quelques cas, être confondue avec d'autres maladies dont les symptômes ont quelque analogie avec ceux qu'elle présente elle-même. Nous avons déjà donné, en passant , quelques-uns des signes qui peuvent la faire distinguer de la pneumonie; nous revenons à la comparaison des phénomènes que présentent ces deux maladies, et nous essaierons de faire ressortir la différence qu'on y trouve en général : nous parlerons ensuite de la pleurodynie, que l'on a aussi confondue quelquefois avec la maladie qui nous occupe. Dans la pneumonie , le malade se couche sur le côté affecté; la douleur est très-profonde ; n'augmentant nullement par la pression : chez les pleurétiques , au contraire ; la douleur est moins profonde ;: elle augmente par l'inspiration et par la pression , 'surtout quand on l'exerce entre deux côtes : quelques auteurs nient cependant 'que: la pression puisse augmenter cette douleur. Dans la pneumonie, la toux. est suivie de l'expectoration de 'crachats visqueux ; adhérens au vase, d'une couleur qui varie depuis le jaune plus ou moins foncé jusqu'au rouge, imais qui sont en général rouillés : dans la pleurésie, au €on

(15) traire, la toux est sèche, et ne donne lieu qu'à l'expectoration d'un mucus filant et incolore. Dans ces deux maladies, la percussion donne un son mat qui augmente avec les autres symptômes ; mais dans la pneumonie il ne devient mat que graduellement, tandis que, dans la pleurésie ; il le devient presque tout à coup. Enfin l'auscultation donne les caractères 'suivants': dans la pleurésie, la respiration ne s'entend que dans les premiers jours ; et devient nulle presque subitement : à l'absence ! plus ou moins manifeste du bruit respiratoire se joint, lorsque l'épanchement commence à se former ; l'égophonie, qui, d'abord : faible, augmente petit à petit | 'cessé pour quelque temps } reparaît ensuite, d'abord peu prononcée, 'puis plus forte, et diminué de nouveau pour disparaître enfin pour toujours. Nous avons dit plus haut les phénomènes de la respiration dans la pleurésie, HOUS n'y reviendrons pas. Dans la pneumonie, la respiration diminue | peu à peu ; devient nulle, puis reparaît, d'abord faiblement, puis devient de plus en plus notable. L'absence du bruit respiratoire a été précédée de l'existence du râle crépitant, qui cesse dans le second degré, reparaît ensuite, et disparaît enfin tout à fait. Ces caractères ne sont pas toujours suffisants pour différencier la pleurésie et la pneumonie. M. Andral établit les deux propositions suivantes : si, en même temps que le son est mat et qu'il y a égophonie, on entend le bruit d'expansion pulmonaire sans mélange de râle crépitant, mais seulement plus faible que dans le côté sain, on peut être certain qu'il y a épanchement et non pneumonie. Si, au contraire, avec un son très-mat et une résonnance de la voix qui se rapproche plus ou moins du Chevrotement, on n'entend aucun bruit respiratoire, ou bien s'il a été remplacé par la respiration bronchique, il est impossible, 'suivant l'auteur que nous citons, bi HECTARES S 1] y : épan} : : 15 Fr ñ chement ou hépatisation. - M. Reynaud a proposé un nouveau moyen pour aider le diagnostic. Selon cet observateur, l'absence plus ou moins complète des vibrations thoraciques perçues par la main appliquée contre elles pendant que le malade parle est un signe 'certain ; quand elle n'existe que

(: 16.) | d'un côté, qu'un épanchement pleurétique plus ou moins considérable, existe dans ce côté. La _pleurodynie * -que nous avons indiquée comme De ads se confondre avec la pleurésie, présente aussi des caractères qui ne permettent guère de confondre ces deux maladies. Il me suffira , je crois, pour le prouver, d' indiquer les PFIEIPARE symptômes de la pleurodynie, ceux de la pleurésie ayant déjà été indiqués. Ainsi, dans la pleurodynie , la douleur , seul phénomène peut-être qui lui soit commuu avec la pleurésie, est superficielle ; elle augmente par une légère pression , par les mouvemens du bras correspondant ; quelquefois, lorsqu'elle est intense , elle augmente aussi par les efforts de la toux et par les longues inspirations : la difficulté de respirer est moins grande que dans la pleurésie; il n'existe pas de toux, et surtout on ne remarque pas de phénomènes de réaction, ni les signes fournis, dans le cas d'épanchement, par la percussion et l'auscultation, : La pleurésie qui occupe toute une plèvre est la plus commune, et nous avons Cru devoir la choisir pour tracer une description de cette inaladie. Toutefois, nous devons dire que la pleurésie peut être double, c'est à dire occuper les deux plèvres ; qu'elle peut être partielle, c'est à dire n' occuper qu'une; partie d'une plèvre : nous ne ferons qu'indiquer ces deux modifications, leur histoire nous entraînerait trop loin. Complications, Toutes les maladies aiguës ou chroniques peuvent compliquer la pleurésie et lui comm uniqueur ou en recevoir des, caractères particuliers, Nous. indiquerons seulement sa complication avec la fièvre bilieuse et avec la pneumonie, La première est cette variété de pleurésie signalée par Stoll, qui la décrit ainsi : perte d'appétit après un catarrhe ; bouche sans goût, amère ou collante ; sueur la nuit; frissons , froid sur tout le corps; chaleur, oppression de poitrine : 2 douleur vive dans la poitrine , succédant au froid ; cette douleur occupait tout le. thorax, et augmentait rarement par la respiration et la toux: les hypochondres étaient tendus: et douloureux à le

(17) pression ; douleur au cardia et au-dessous ; rapports amers, ventre resserré ou selles très-liquides et bilieuses ; face d'un vert pâle, yeux tristes ;! soif nulle ou moindre que dans les maladies aiguës; goût anér, d'une douceur nauséabonde , on acide et austère ; langue blanche et pâteuse, plus souvent couverte d'une humeur jaune-verdâtre ,et comme hérissée de petites éminences teintées d'une matière jaune et verte; dents sales ; gonflement de l'estomac , sentiment de plénitude ; crachats gluans, épais, ténaces, blancs chez quelquesuns, verdâtres.chez d'autres ; urines safranées. . L'inflammation aiguë du parenchyme du poumon complique souvent celle de la plèvre : toutefois il n'est pas rare de trouver à l'ouverture du corps des indices évidents de pleurésie sans pneumonie ; mais il l'est beaucoup plus de rencontrer l'inverse. Il est impossible de distinguer, si, inflammation de la plèvre précède ou suit celle du poumon ; mais cette affection présente cela de remarquable, qu'il se forme rarement un épanchement dans la pleuro-pneumonie. Quelle qu'ait été la marche de la pleurésie, quelle qu'ait été la quantité de l'épanchement et la durée de la maladie , ou le malade a guéri ou il : a ,succombé, Dans le premier cas, la durée de la maladie a dû varier suivant une foule de circonstances qu'il est inutile d'enumerer. Du reste, la terminaison n'a jamais lieu, comme dans les autres inflammations | par résolution, par gangrène, etc. La terminaison est toujours la même, : épanchement de sérosité ou de pus, formation de fausses membranes. : . à | Si la mort a eu lieu, l'ouverture du cadavre présentera des caractères anatomiques importants, et: qui doivent être étudiés. La plèvre, dans l'état d'inflammation aiguë, présente une rougeur ponctuée; sa surface offre une infinité de petites taches de sang trèsirrégulières et très-rapprochées ; qui semblent avoir été. faites avec un pinceau. Des vaisseaux nombreux plus où moins remplis de sang rampent à la surface de ces, membranes; ces vaisseaux sont tantôt très-multipliés, et laissant entr'eux de'grands intervalles , troublent 3

(18) à peine la transparence de la plèvre ; tantôt ils se présentent en grand nombre, se réunissent et s'anastomosent de mille façons pour former de simples points, de larges plaques, de longs filets, des bandes de forme diverse, enfin une teinte rouge uniforme dans une rs: : plus ou moins grande. | Quelle que soit la couleur et la disposition inflammatoire que présente la plèvre, il arrive très-rarement que cette membrane soit véritablement épaissie. Outre ces altérations de tissu, la plèvre présente encore , dans la maladie que nous étudions, des altérations de sécrétion. Le liquide séreux de la plèvre se trouve modifié , dans l'état pathologique, sous le rapport de sa quantité et de sa qualité. Sa quantité peut varier depuis une once jusqu'à plusieurs livres. Lorsque sa quantité est considérable les poumons sont comprimés, le diaphragme fortement refoulé en bas, d'où résulte la saillie plus notable des viscères abdominaux , et surtout du foie et de la rate. Dans ce cas aussi les côtes sont écartéesfhartant, les espaces intercostaux augmentés ét fortement bombés. Enfin , lorsque l'épanchement a lieu à gauche , le cœur peut être déprimé et déplacé: Ses qualités peuvent présenter une foule de variétés ; il peut être formé seulement de liquide, ou de liquide mêlé de fausses membranes , ou seulement de fausses membranes de consistance et 'de couleur variables. ; La sérosité épanchée dans la plèvre est, dans certains cas , inodore, incolore ou citrine, parfaitement transparente. D'autres fois, et c'est la variété la plus commune, des flocons alburhineux nagent dans un liquide transparent ; mais ces flocons tendant à' se dissoudre dans la sérosité en troublent bientôt la transparence. Dans d'autrés cas, on trouve un liquide louche, de couleur jaune pâle, jaune plus foncé, vert, grisâtre ou brun. Ce liquide est quelquefois très-épais, et peut devenir très-fétide, s'il existe une solution de continuité des' 'parois thoraciqués ou une fistule pulmonaire qui ait fait communiquer la cavité de la plèvre avec l'extérieur. Enfin le liquide épanché peut offrir

(19) la consistance et l'aspect du pus, et même, mais plus rarement , se présenter sous la forme d'un liquide particulier qui peut ressembler . à de la gelée de viande demi-liquéfiée ou à du miel. Les fausses membranes: sont formées par une matière d'un blanc Jaune, opaque ou demi-transparente, dont la consistance peut varier depuis celle du pus jusqu'à celle du blanc d'œuf cuit, ou de la couenne inflammatoire du sang. Ces fausses membranes varient en quantité , suivant que l'inflammation est plus ou moins étendue. En effet, elles viennent s'étendre en forme de nappe sur toutes les parties qui étaient le siège de l'inflammation. L'épaisseur des fausses membranes varie depuis une demi-ligne jusqu'à deux lignes ; elles présentent quelquefois des épaississements partiels répandus çà et là sous la forme de lignes qui peuvent former, par leur entrelacement, une espèce de réseau irrégulier, ou se présenter sous la forme de petites tubérosités irrégulières qui donnent à la fausse membrane un aspect granulé. Suivant Laennec, il existe une pleurésie qui produit un épanchement de sang ou de sérosité sanguinolente dans la plèvre , et c'est exclusivement dans cette variété que se forment ces fausses membranes épaisses qui ont la consistance des fibro - cartilages: Les adhérences nouvelles se déchirent facilement , présentent un aspect albumineux, et tendent à se transformer tôt ou tard en un véritable tissu cellulaire qui établit une union intime entre les deux surfaces de la plèvre. M. Andral a vu des tubercules développés dans les fausses membranes : ils sont quelquefois très-nombreux et semblent souvent se multiplier avec une grande rapidité. Cet auteur a trouvé des fausses membranes déjà remplies de tubercules . chez des individus qui avaient succombé à des pleurésies dont la durée n'avait pas dépassé quinze jours. Traitement. Nous établissons aussi deux divisions dans le traitement , suivant la période de la maladie que l'on voudra combattre :

(20) en. d'autres termes, le traitement variera suivant que l'épanchement sera ou ne sera pas formé. PART ae Dans les premiers jours , le malade doit être soumis à une diète absolue, à moins que;cene soit un enfant ; mais au bout de trois ou quatre jours, si on voit diminuer les accidens , il est bon de donner quelques alimens liquides , on évitera par là des convalescences longues et pénibles, par suite du passage de la maladie à l'état chronique. On devra aussi faire lever le malade, et le tenir même quelques heures: hors du lit, si cela est possible. Les topiques ne paraissant pas avoir d'action bien prononcée, on ne devra donc les ordonner qu'avec discrétion. De tous les moyens employés, le meilleur , sans contredit, est la saignée. Les meilleurs praticiens de tous les temps et de tous lieux l'ont constamment conseillée , surtout lorsque le sujet est pléthorique. Les émissions sanguines'générales et locales sont employées ensemble ou séparément, suivant les indications. La saignée générale se pratique au bras ou au pied , mais celle du bras est plus généralement indiquée : toutefois celle du pied serait plus convenable chez les femmes à l'approche de leurs règles. Les saignées locales se font au moyen des sangsues ou des ventouses : l'un et l'autre de ces deux moyens est employé indistinctement par certains praticiens, le premier ou le second, exclusivement par d'autres. Les saignées générales sont indiquées dès le début de la maladie, et doivent être répétées , en général, deux ou trois fois daas les vingtquatre heures, jusqu'à ce que les symptômes aient diminué ou cessé ; ces, évacuations devront , toutefois, être subordonnées à l'état du malade. C'est principalement dans la pleurésie que le sang tiré de la veine fournit la couenne inflammatoire, appelée aussi, pour cela, couenne pleurétique. En général, la saignée doit être faite largement, attendu que le but étant d'agir énergiquement , on remplit d'autant mieux ce but que la veine est plus largement ouverte ; car il est reconnu que les effets de la phlébotomie sont d'autant plus marqués que le sang coule, par un jet plus volumineux. On devra aussi employer la saignée locale concurremment avec la .Saignée générale,

(21) toutes les fois, surtout, que le point de côté sera très-douloureux ; on couvrira alors la partie douloureuse de vingt ou trente sangsues, et l'on favorisera l'écoulement du sang pendant quelques heures : on pourrait même appliquer des ventouses sur les piqûres , et revénir à cette évacuation locale si la persistance où la réapparition de la douleur l'exigeait. Il est impossible de préciser rigoureusement le nombre de saignées qu'on devra pratiquer ni la quantité de sang que l'on devra tirer au malade : c'est au médecin à juger combien de fois il devra répéter ces évacuations et quand il devra les suspendre. * On devra aider l'usage des saignées locales et générales de quelques précautions hygiéniques. Le malade restera , tant que les accidents continueront, constamment au lit, la poitrine élevée ; on lui recommandera de ne point parler, et d'éviter, autant que possible, de tousser, de se remuer ; on lui ordonnera une infusion de fleurs de mauve, de bouillon-blanc , de violettes, une décoction légère de dattes, de jujubes ou d'orge, du gruau, de l'eau de gomme ou quelque boisson analogue édulcorée avec un sirop quelconque. On aura soin de conserver à la chambre qu'il habite une température égale et douce; le malade sera assez couvert pour ne pas être exposé à l'impression du froid. Il est presque inutile d'ajouter que l'on devra retrancher de ces précautions à mesure que la maladie diminuera ; que l'on ne devra lui permettre de manger que lorsque les accidents auront complètement disparu, et que l'on ne devra plus craindre de récurrence. Si la douleur de côté dominait tous les autres symptômes, si elle était très-considérable, on devrait employer l'opium , comme le conseillent Sarcone, Sydenham, Huxham. Ce médicament réussit surtout lorsque la pleurésie est accompagnée de délire et autres troubles nerveux. Les symptômes d'embarras gastrique qui se remarquent quelquefois dans la pleurésie ont été combattus par l'émétique. Laennec a surtout préconisé ce moyen; toutefois il observe que ce média

| (22) ment perd son efficacité si on l'emploie après la période aiguë : ce médecin a aussi employé le kermès ; il vante encore le calomel uni: à l'opium, préconisé par Robert Amilton; mais il préfère les frictions mercurielles à haute dose. Il est évident pour lui que les préparations mercurielles favorisent la résolution dans les inflammations aiguës et même chroniques, et il les a trouvées très-utiles pour favoriser l'absorption à la suite de la pleurésie. Sous l'influence du traitement que nous venons d'indiquer, la maladie offre quelquefois, au bout de quelques jours; un décroissement marqué; les symptômes diminuent , et finissent par se dissiper complètement. Le malade entre en convalescence, et ne réclame plus les soins du médecin. Dans d'autres cas, soit que les moyens curatifs aient été mal choisis ou mal administrés, soit que la maladie ait été au-dessus des ressources de l'art, l'état du malade s'aggrave de jour en jour; or, celui-ci peut se trouver dans un état de faiblesse qui s'oppose à de nouvelles émissions sanguines. ou bien, l'état pathologique étant changé, ce n'est plus l'inflammation de la plèvre qu'il faut combattre, mais bien l'épanchement qui lui succède qu'il faut essayer de modérer et de faire cesser. Quoi qu'il en soit on devra employer d'autres moyens que ceux que nous avons indiqués jusqu'à présent; on devra prévenir l'épanchement, ou du moins empêcher son trop grand développement, s'il n'est pas encore formé; ou bien on devra en paralyser les effets et en déterminer la résorption, si on n'a pu s'opposer à sa formation. En général , la présence de la fièvre ou sa cessation indique le moment où finit la première période et celui où commence la seconde; aussi reconnaîtra-t-on à ce signe à quel traitement on devra avoir recours, à celui de la première ou à celui de la seconde période. Pour arriver à ces indications, on emploie des moyens généraux et des moyens locaux. On a conseillé l'acétate de potasse ou le nitrate de potasse, dont on augmente successivement la dose, que l'on peut porter jusqu'à

(23) deux ônces dans les vingt-quatre heures pour-le premier et de trois où quatre gros pour le second. On peut aussi essayer de la poudre ou de l'extrait de scille, l'infusion de poudre de digitale ; on a aussi conseillé, comme nous l'avons déjà dit , les frictions mercurielles et l'émétique à haute dose. Mais de tous les moyens propres à Lis l'absorption, le meilleur est, sans contredit, l'emploi des révulsifs. On doit donc appliquer un large vésicatoire sur le côté affecté : ce vésicatoire devra être d'une largeur proportionnée à la quantité de liquide épanché. Mais un seul vésicatoire volant ne suffit pas en général, et alors on peut en appliquer un ou plusieurs autres, suivant les cas, ou entretenir le premier qu'on aura posé. Si le premier effet amène une amélioration évidente, et qu'après quelques jours la maladie revienne stationnaire , on donnera la préférence aux vésicatoires volans : on fera le contraire si l'amélioration ne se fait sentir qu'après quatre ou cinq jours. (Les moyens diurétiques et diaphorétiques , que l'on emploie avec avantage lorsque l'épanchement n'est plus nuisible que comme corps étranger , doivent être ordonnés avec ménagement. On mesurera leur action de manière à ce qu'ils ne deviennent pas des stimulans qui pourraient faire reparaître l'inflammation. On fera aussi observer une grande sévérité de régime , et on éloignera soigneusement toutes les causes d'irritation. * Enfin, dans les Cas où tous les moyens que nous venons d'indiquer n'ont pas réussi à déterminer la résorption, il reste une dernière ressource, C'est l'opération de l'empyème. Mais cette opération a été, que je sache, rarement suivie de succès , et ne me semble pas devoir être pratiquée, à moins que la suffocation ne soit imminente et que le malade ne paraisse sans ressource. M. Davies, médecin du London hôpital , pratique souvent l'opération de l'empyème , et prétend avoir réussi dans un grand nombre de cas. Pour s'assurer de l'existence et de la nature de l'épanchement , il a imaginé un nouveau moyen d'exploration : c'est une aiguille aplatie et creusée sur une de ses faces d'une rainure qui en parcourt toute la longueur. Cette

(24) aiguille est montée comme une lancette; sa pointe est taillée à trois faces et trois angles, comme un trois-quarts. M. Davies introduit cet instrument dans les parois thoraciques. S'il n'y a pas de liquide épanché dans la poitrine , l'instrument perce le poumon, et le mal n'en est pas augmenté. Si , au contraire, il y a un liquide, l'aiguille | dont nous parlons peut en faire reconnaître la nature. Si le liquide est séreux , il coule le long de l'instrument , et s'échappe au dehors: s'il est purulent , il s'en loge une certaine quantité dans la rainure que nous avons dit exister sur une des faces de l'instrument inventé par le médecin anglais que nous citons. Si l'opération est jugée nécessaire , l'existence du liquide ayant été reconnue , elle se fait avec un trois-quarts, dans le lieu ordinaire. Après l'écoulement d'une petite quantité de liquide, on remplace la canule par un petit mandrin : de sonde glissé dans la cavité de la canule ; à la place de ce mandrin,. on met un petit morceau de sonde en gomme élastique, qu'on laisse en place .en le bouchant : tous les jours on fait écouler une petite portion de liquide. M. Davies donne issue au liquide de très-bonne. heure; et c'est à cette pratique qu'il attribue les succès qu'il obtient. M. Monod , auquel je dois ces détails, pense qu'une aiguille à acuponcture serait préférable à l'instrument inventé par M. Davies. L'aiguille à acuponcture, introduite dans le lieu où on soupçonne un épanchement , n'éprouve aucune résistance, et se promène librement entre les plèvres et le poumon , quand il y a un liquide épanché : si, au contraire, il n'y a pas d'épanchement , l'aiguille éprouve une résistance appréciable , et ne peut pas, comme dans l'autre cas, obéir aux mouvemens que la main lui imprime. FIN.

(25) HIPPOCRATIS APHORISMI. L Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. Sect. 2, aph. 4. IL. In acutis morbis extremarum partium frigus, malum. Sect. 7, aph. 1. III. Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. Sect. 2, aph. 3. LV Cū morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. Sect. 1, aph. 8. Y. Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. Sect. 5, aph. 33. VI. Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet, quæ vero brevi, celeriter. Sect. 1, aph. 18.

The text on this page is estimated to be only 18.83% accurate

Da p 1e adtiue étés sf A ë de ai He ahésl à sub A8 ns As: à

HIPPOCRATIS APHORISM.

I.

non satietas, non lassitas, neque alius quicquam bonum est, quod
nature modum excedat. Sect. 2, aph. 4.

III.

In acutis morbis extremam partem frigoris, maxime. Sect. 2.

V.

Altera ex his difficultas, a parva sanguinis fluxu.

VI.

Quia longo tempore respirantur corpora, bene reflecte oportet.

Quia vero bene colorat. Sect. 2, aph. 12.

DISSERTATION

N° 62.

SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 4 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR CASIMIR-JULES-HENRI RENAULT, de Bourgueil,

Département d'Indre-et-Loire ;

Bachelier ès-sciences; ancien Élève de l'École de Perfectionnement
de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 15.

1831.