

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 11 avril 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR A. BUSSY,

Professeur de chimie à l'École de Pharmacie de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

Essai sur La Pleuresie: no.66

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)

ESSAT: N° 66. D nn. SUR LA PLEURÉSIE: THÈSE Présentée.
et. soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 avril 1832, pour
obtenir le grade de Docteur. en médecine ; Par À. BUSSY, Professeur de
chimie à l'École de Pharmacie de Paris. ED) Ne DO — A PARIS, DE
L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE, Imprimeur de la Faculté de
Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 15. 10992.

The text on this page is estimated to be only 14.00% accurate

HE-9l: miooSM of: fuel 6 ot

CHAP. II. DE LA MÉTHODE.

A MONSIEUR

ORFILA.

Docteur de la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LA PLEURÉSIE. LA pleurésie , ou inflammation de la plèvre, est une maladie fréquente , et qui se montre sous des formes variées, qu'on peut cependant rattacher à des types principaux en rapprochant les nuances intermédiaires. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Elle peut affecter à la fois les deux plèvres, se borner à une seule, quelquefois même à une portion plus ou moins étendue d'une plèvre. Enfin elle peut être simple, ou compliquée d'autres affections ; elle peut être latente. Parmi les causes assignées à la pleurésie, les unes sont générales, appartiennent à toutes les inflammations; les autres sont spéciales à la pleurésie. La jeunesse, le tempérament sanguin, le sexe masculin, une vie active, ont été considérés comme prédisposant à cette maladie, On l'observe plus fréquemment pendant l'hiver, au printemps, que dans les autres saisons de l'année. Les changemens subits de température, les variations atmosphériques, sont très-favorables au développement de cette inflammation; le refroidissement subit , le corps

(6) étant en sueur ; l'ingestion de boissons froides dans l'estomac ; l'immersion des membres, surtout des supérieurs, dans l'eau froide, ont souvent donné lieu au développement de la pleurésie. On l'a encore observée à la suite de la suppression d'hémorrhagies habituelles, après la répercussion de certaines phlegmasies cutanées, etc., etc. Les contusions , les plaies de la poitrine, peuvent la déterminer d'une manière directe. Enfin certaines affections déterminent , pour ainsi dire, mécaniquement la pleurésie, des tubercules, par exemple, qui viennent à s'ouvrir dans l'intérieur de la plèvre, ou s'enflammer à sa surface. Il y a encore une coïncidence remarquable entre certaines éruptions cutanées, la rougeole, la scarlatine , la variole même, et les phlegmasies séreuses, mais spécialement la pleurésie ; elle affecte alors souvent la forme qu'on a désignée sous le nom de pleurésie latente. On observe encore des épanchemens séro-purulens dans les plèvres , à la suite de quelques plaies ou de grandes opérations chirurgicales. Ordinairement, dans ces circonstances , on trouve encore ailleurs des foyers purulens , et l'épanchement pleurétique ne me semble guère être qu'un symptôme grave d'une affection plus grave encore. Je ne chercherai pas -du reste, à déterminer si, comme le pensait JÉE Petit, le pus a été pris à la surface des plaies et transporté par les veines dans les organes, ou bien si, comme quelques pathologistes modernes l'ont pensé, l'inflammation s'est transmise par continuité de tissu dans le système veineux ; ces recherches sont d'ailleurs étrangères à mon sujet. La pleurésie débute ordinairement sous l'influence d'une des causes que j'ai énumérées, par un frisson violent, bientôt suivi d'une douleur vive, pongitive, dans un des côtés du thorax. Cette douleur augmente au moindre mouvement , par la parole et par le toucher; elle se fait sentir quelquefois tout autour de la poitrine, plus communément près du sein , rarement à la colonne vertébrale. La toux est douloureuse , la respiration fréquente, peu profonde ; les mouvemens de ce côté de la poitrine sont des mouvemens en masse, plus que dans la pneumonie ; les côtes de la partie enflammée sont immobiles; le Las

(87) décubitus se fait ordinairement sur le côté malade. La dyspnée est plus ou moins forte, la parole est courte et entrecoupée; la gêne de la respiration peut, dans quelques cas, devenir telle, que le malade ne peut respirer qu''étant assis. Lorsque l'inflammation de la plèvre est étendue à la portion de cette membrane séreuse qui re-couvre le diaphragme, elle donne lieu à quelques accidens particuliers et à une anxiété qui permettent quelquefois de la confondre avec la péricardite. Le malade est dans une agitation continuelle, jette ses bras en haut et en arrière; ses souffrances sont en général beaucoup plus vives, la respiration plus anxieuse et plus difficile que dans les pleurésies ordinaires : cette variété est heureusement très-rare. La toux a dans la pleurésie un caractère particulier; elle est sèche, courte; le malade la redoute, il cherche à l'éviter, parce qu'elle est douloureuse ; si elle s'accompagne d'expectoration, ce sont quelques mucosités transparentes. Si on percute la poitrine d'un pleurétique, le son qu'on en obtient est ordinairement mât, se rapprochant plus ou moins du son qu'on obtient en percutant l'os de la cuisse ou toute autre partie charnue du corps. Cette absence de sonorité de la partie percütée paraît être due à l'épanchement dans la cavité de la plèvre d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide séro-albumineux, interposé entre le poumon et les parois du thorax. L'exhalation de ce liquide paraît se faire , d'après Laennec , dès le commencement de la pleurésie. La matité du côté de la poitrine n'est pas le seul phénomène auquel sa présence donne lieu; si on y applique l'oreille à nu ou armée du stéthoscope, on s'aperçoit, ou bien que l'intensité du bruit respiratoire a diminué, ou que ce bruit a tout à fait disparu, suivant qu'une couche plus ou moins épaisse de liquide a seulement éloigné le poumon ou l'a tout à fait rendu inaccessible à l'investigation de votre oreille, suivant qu'elle a par sa quantité rendu la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires difficile ou tout à fait impossible. Si, pendant que l'oreille est appliquée, on fait parler le malade, on entend une résonnance particulière de la voix , qui accompagne ou suit l'articulation des mots, à laquelle Laennec a donné le nom d'égophony

(8) || phonie , ou résonnance chevrotante. Ce phénomène de la voix n'existe pas dans toutes les pleurésies; pour qu'il soit produit, il faut qu'il y ait une certaine quantité du liquide dans la plèvre ; il faut aussi que cette quantité ne soit pas trop considérable ; il faut du reste être très exercé pour ne pas confondre ce signe avec la bronchophonie, autre phénomène de la voix qu'on observe dans l'hépatisation du poumon. L'égophonie , à cause de sa rareté et de la possibilité de la confondre avec d'autres phénomènes, n'en semble pas un signe diagnostique d'une grande valeur dans la pleurésie. À ces signes locaux et tirés des fonctions de l'organe affecté, il faut en joindre d'autres, qui sont généraux ou sympathiques, sur les organes éloignés. Les mouvemens du cœur sont accélérés; le pouls est vif, serré, souvent inégal; la peau est chaude, ordinairement sèche; souvent la pommette du côté malade est d'un rouge vif, sympathie remarquable, mais difficile à expliquer ; l'estomac n'est pas toujours irrité, mais il l'est quelquefois; la langue est rouge à sa pointe, couverte d'un enduit jaunâtre ; la soif est vive, et si l'irritation se propage du côté du duodénum, la pleurésie prend le caractère désigné sous le nom de pleurésie bilieuse. D'après les signes que j'ai indiqués, il paraît difficile de confondre la pleurésie simple et aiguë avec d'autres affections. Je dois faire observer qu'elle se complique souvent avec la pneumonie, mais alors: on a les signes propres à cette dernière affection ; avec de l'attention, on ne devra pas la confondre avec la duodénite, avec l'inflammation superficielle ou de l'enveloppe du foie. La douleur rhumatismale des parois du thorax (pleurodynie), à cause de sa position plus superficielle, de la douleur, qui existe dans le système musculaire lui-même, à cause de l'absence des signes fournis par la percussion et l'auscultation, ne devra pas non plus être confondue avec la pleurésie. ¶ La résolution est une terminaison fréquente de la pleurésie ; elle se fait par la résorption de la partie la plus séreuse du liquide épanché, et par l'organisation en fausses membranes de la portion fibrineuse; d'où résultent, à une époque plus ou moins éloignée, des adhé-

(9) rences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, et l'oblitération complète, ou quelquefois très-partielle, par des brides seulement, de la cavité de la plèvre qui a été affectée. Il faut, pour que cette terminaison ait lieu, que la quantité de l'épanchement ne soit pas trop considérable; il faut que le poumon refoulé puisse de nouveau se dilater, et diminuer ainsi l'espace qui le sépare des côtes : ces conditions se rencontrent surtout dans les pleurésies aiguës, qui ont duré peu long-temps. Nous verrons que des circonstances inverses se rencontrent dans les pleurésies chroniques. La mort peut terminer la pleurésie aiguë, par excès d'inflammation, par hémorrhagie dans la cavité de la plèvre, par gangrène, ce qui est rare. Le pus peut se faire jour par les voies aériennes, et le malade est asphyxié pendant sa sortie, à l'instant où il touchait à la guérison; ou bien, si l'ouverture est étroite, elle reste fistuleuse. D'autres fois, le pus peut s'ouvrir un passage au dehors, et le malade guérir par une opération d'empyème, œuvre de la nature. Après la guérison, qui se fait long-temps attendre, le côté de la poitrine est constamment rétréci. Lorsque la pleurésie aiguë se termine d'une manière favorable, ce qui peut arriver du premier au vingtième jour, la douleur s'émousse, le malade la perçoit dans une plus grande étendue; bientôt elle disparaît complètement. Les mouvemens de la poitrine se font plus facilement, la respiration est moins diaphragmatique, la toux moins douloureuse; le poulx s'élargit, devient plus souple; les sueurs sont plus uniformes; les extrémités se réchauffent, la coloration des pommettes est moins circonscrite; le malade a un sentiment de mieux-être, une tendance au sommeil; l'urine est plus abondante et dépose un sédiment muqueux. Lorsque la mort a lieu, et c'est par étouffement, le malade a plus d'angoisse, il parle par mots entrecoupés; il ne peut plus avaler un verre entier de boisson; après s'être levé pour respirer, il se laisse tomber ordinairement sur le dos; les sueurs sur la tête, le-cou, la poitrine, sont très-abondantes; la respiration est ex| 2

(10) trémement courte, la face livide; les facultés intellectuelles s altèrent; il expire par suffocation. Enfin, la pleurésie peut passer à l'état chronique, et cet état, qui peut aussi être primitif, affecte deux formes distinctes , 1°. la chronicité avec fièvre; 2°. la chronicité apyrétique. Dans le premier cas, la maladie fait peu de progrès; après trente ou quarante jours, l'appétit revient; les malades conservent de la fièvre, de la chaleur à la paume des mains; des exacerbations, des redoublemens , des frissons vers le soir ; le teint est pâle ; il y a tendance à l'œdématisation des paupières et de la face , quelquefois des extrémités inférieures. Dans l'état chronique apyrétique, quelquefois le malade conserve une douleur pleurétique, cependant le plus ordinairement elle cesse; la dyspnée est peu considérable , les malades peuvent dormir. Cependant , si on les observe attentivement, on voit que le teint est jaune, que la poitrine, percutée, rend un son mat, qu'elle est plus volumineuse que dans l'état naturel, que les espaces intercostaux sont élargis et bombés; le pouls devient très-fréquent lorsque le malade marche; les mouvemens, l'action de monter un escalier surtout, le mettent hors d'haleine; la respiration est nulle dans le côté malade ; le plus souvent, dans ces cas d'épanchemens considérables, l'égophonie n'existe pas. Il est un phénomène rare, observé une fois dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu en 1828. Voici en abrégé le fait tel qu'il m'a été rapporté par l'interne de la salle dans laquelle il fut observé. Une jeune fille, malade depuis plusieurs mois, fut prise tout à coup, après s'être exposée à un courant d'air, des signes d'une pleurésie très-aiguë; elle fut traitée aussi très-activement par les moyens antiphlogistiques ordinaires et par les révulsifs; la maladie sembla s'amender, mais ne céda pas; et, quoi qu'on pût faire, on la vit passer à l'état chronique avec un peu de fièvre le soir. Le côté de la poitrine affecté s'accrut insensiblement, et, bien que la malade prit quelques alimens , elle tomba dans un état de maigreur très-considérable

(an) ble. Plusieurs mois s'écoulèrent pendant lesquels la maladie fit des progrès; la dyspnée augmenta ; des sueurs nocturnes, un peu de dévoiement diminuaient chaque jour les forces, déjà très-affaiblies. Pour conserver l'existence, on songea à pratiquer l'opération de l'empyème. A l'instant où le chirurgien déprimait les parois de la poitrine dans un espace intercostal pour inciser les tégumens, il fut très-surpris de sentir sous son doigt des pulsations semblables à celles que pourrait donner une poche anévrysmale de formation récente : chacun put s'assurer de la vérité du fait; l'explication ne fut pas la même pour tout le monde : le chirurgien différa l'opération, craignant la possibilité d'un anévrysme de l'aorte pectorale. Cependant l'oreille fut appliquée sur la poitrine, et les pulsations sensibles au doigt, visibles à l'œil sur les parois de la poitrine, très-minces, ne faisaient entendre aucun bruit; loin de là, les battemens du cœur, très-faibles, étaient perçus comme dans le lointain à travers une couche profonde de liquide. L'opération ne fut pas faite; une ouverture fistuleuse s'établit, la malade succomba après quelques mois. L'autopsie cadavérique démontra qu'il n'existait qu'une pleurésie chronique avec fausses membranes et épanchement. Un fait semblable avait été observé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de Béchard. La pleurésie chronique peut se terminer par résorption du liquide, adhérence et guérison. Lorsque la résorption a lieu, la respiration reparaît graduellement : c'est la terminaison la plus avantageuse. Des inflammations aiguës peuvent venir s'ajouter sur l'inflammation chronique, et la mort en est le plus ordinairement le résultat. Elle peut aussi se terminer par une hydropisie générale : il semble que le défaut d'absorption se soit sympathiquement transmis de la plèvre aux autres membranes séreuses. Cette tendance à l'hydropisie est peut-être due plutôt encore à la gêne de la circulation et de la respiration qu'à la sympathie. Enfin une dernière et fatale terminaison est le développement d'inflammation chronique dans le parenchyme du poumon. Les autopsies cadavériques des individus qui ont succombé dé

(12) montrent, dans l'état aigu, de la rougeur, des épanchemens séropurulens, quelquefois des granulations rouges (pleurésie sèche), assez souvent des fausses membranes sans sérosité. Dans l'état chronique, on trouve de l'épaississement au lieu de rougeur; la plèvre est blanche, ordinairement recouverte de débris de fausses membranes, en partie dissoutes dans le liquide, qui est trouble, floconneux. Quelquefois on trouve du sang, des tubercules dans l'épaisseur de la plèvre; on en trouve aussi alors dans d'autres organes. Le poumon est affaissé, refoulé vers la colonne vertébrale et la clavicule, quelquefois maintenu dans cette position par des brides membraneuses. La pleurésie offre beaucoup de variétés, soit dans sa marche, soit dans son type, soit enfin dans son siège. Nous allons indiquer brièvement les plus importantes à connaître sous le rapport du diagnostic et du traitement. 1°. Variété dans la marche. Outre les deux états bien distincts, aigu et chronique, que nous avons mentionnés dans notre description générale, la pleurésie, dans quelques cas rares chez les adultes, mais communs chez les vieillards et chez les enfans, ne se manifeste point d'abord par des phénomènes d'inflammation généraux et locaux ordinaires; elle est, comme on le dit, latente dès son début, et continue à l'être à son plus haut degré, et même jusqu'à sa terminaison. Cette variété est une des plus redoutables, parce qu'on la méconnaît longtemps; elle est presque toujours mortelle, parce que, pouvant durer des années sans être soupçonnée, elle amène des altérations organiques très-profondes et très-nombreuses. Mais, il faut le dire, cette variété est moins souvent observée aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois; la percussion et l'auscultation médiate ayant dans ces derniers temps donné au diagnostic de la pleurésie un grand degré de certitude, un médecin serait coupable si, voyant un dépérissement notable chez un malade, il n'employait ces deux moyens pour arriver à la connaissance de la maladie; la percussion donne alors le son mat,

(13) et le cylindre révèle l'égophonie, l'obscurité du bruit respiratoire dans le côté malade, et la respiration puérile du côté opposé. 2°. Variété relative au type. On trouve dans des auteurs très-recommandables des observations nombreuses de pleurésie intermittente ; Sauvages, Torti, Senac et Arloing sont de ce nombre. IL est cependant difficile, de concevoir que l'inflammation d'une membrane comme la plèvre, qui, dès son début, et quelque légère qu'elle soit, a toujours pour résultat une modification profonde de sa sécrétion normale (la production du liquide séreux , séro - sanguin ou séropurulent), que cette inflammation, dis-je, puisse disparaître instantanément après les accès, et surtout qu'elle puisse , en disparaissant , emporter avec elle le produit de sa sécrétion morbide. En lisant avec attention les observations rapportées par les auteurs cités, on ne peut mettre en doute l'existence du type intermittent qu'ils ont décrit ; mais je crois qu'on peut contester qu'il tint à la pleurésie. Ne peut-on pas, en effet, concevoir qu'il y avait en même temps fièvre intermittente et pleurésie latente , et que cette dernière maladie, exaspérée pendant l'accès de la fièvre, se traduisait alors par des symptômes A plus apparens qu'à l'ordinaire, et qu'elle redevenait latente après l'accès ? 3°. Variétés relatives au siège. Elles sont nombreuses : car l'inflammation peut être circonscrite et occuper certains points isolés de la cavité thoracique ; c'est ce qui s'observe surtout dans les cas de pleurésies traumatiques , au moins à leur début. Mais la pleurésie déterminée par une cause interne offre quelquefois aussi cette particularité : elle peut être alors bornée à la portion de plèvre qui recouvre la face supérieure du diaphragme , elle est dite alors diaphragmatique, ou bien à celle qui forme le médiastin , elle est dite alors médiastine, ou bien encore à celle qui s'interpose entre les lobes du poumon, cas dans lequel on dit qu'elle est inter-lobaire. Mais on conçoit qu'elle peut se fixer sur beaucoup d'autres points plus ou moins circonscrits

(14) de la plèvre pulmonaire ou costale, par exemple sous la marge du poumon , comme On l'observe dans les collections purulentes de ces organes , suites de phlébite, ou bien sur le sommet même des poumons en même temps que sur le sirus que cette membrane forme sous la première côte, comme on l'observe souvent dans le cas de : phthisie pulmonaire avec caverne dans ce point. Ces variétés de siège sont importantes à noter, parce que les symptômes de la maladie sont différens. suivant les divers points, et parce que sa terminaison est différente. Dans la pleurésie diaphragmatique , la douleur se fait surtout sentir le long du bord cartilagineux des fausses côtes, s'étend dans les hypochondres et quelquefois jusque dans le flanc, et elle augmente par la pression , l'inspiration , le mouvement du tronc et tous les efforts; il y a immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration, une difficulté de respirer accompagnée de l'inclinaison du tronc en avant, une grande anxiété, quelquefois des hoquets , des nausées et des vomissemens. Dans la pleurésie médiastine, la douleur se fait sentir surtout dans le dos, et s'accompagne de troubles plus ou moins grands des fonctions du cœur. Ici comme dans le cas précédent, l'égophonie manque ; quant à la pleurésie inter-lobaire , elle détermine des fausses membranes circonscrites, et donne lieu à des collections séro-purulentes, qui compriment partiellement le poumon, et ressemblent à des vomiques. La pleurésie du sommet du poumon est accompagnée quelquefois, dit-on, d'une douleur vive qui se propage dans tout le membre thoracique, et qu'on explique par l'inflammation du plexus axillaire , voisin du point de la plèvre sur lequel siège la maladie. Que peut-on dire de plus général pour ces sortes de pleurésies circonscrites sous le rapport de leur terminaison? C'est que quand elles guérissent elles sont presque toujours suivies de la formation de fausses membranes plus ou moins longues , plus ou moins grêles, et qui persistent long-temps , peut-être pendant toute la vie , comme on l'observe chez les individus qui ont eu des plaies de poitrine faites par des instrumens tranchans; et quand elles passent à l'état chronique, ces pleurésies sont, plus sou

(5) vent que les pleurésies générales, les causes d'empyèmes circonscrits aus s, et souvent curables par une opération. D'après ce que je viens d'exposer , il est difficile d'établir d'une manière générale le pronostic : on peut cependant dire que la pleurésie est une maladie grave. Je sais que des auteurs ni modernes, et qui méritent la plus grande considération, Laennec et M. Louis, l'ont, au contraire, regardée comme peu grave ; le premier, se fondant sur ce que la mortalité est et doit être moins grande depuis l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement des phlegmasies pleuro-pneumoniques , le second établissant son jugement sur un certain nombre de malades tous ou presque tous guéris. Cette manière de juger nous paraît très-rationnelle et propre à fournir les véritables bases de la plupart des questions médicales ; mais un seul praticien ne peut faire un pareil travail ; il ne doit pas le faire pour une seule saison, pour une seule année, pour un seul pays, autrement la conclusion serait loin d'être incontestable. Au reste, quoi qu'il en soit de l'opinion de ces deux médecins , les ouvertures de cadavres, les sujets soumis aux dissections dans nos amphithéâtres, viennent attester tous les jours que la pleurésie aiguë ou chronique est une maladie trop souvent mortelle. La gravité du pronostic est en général proportionnée à l'étendue de la pleurésie : plus elle est grande, plus on a à craindre; la pleurésie chronique très-étendue atrophie promptement le poumon ; la compression du cœur et des gros vaisseaux ajoute à la couleur livide, et facilite l'hydropisie générale. Plusieurs méthodes ont été usitées dans le traitement de la pleurésie: les sudorifiques, les excitans de la peau, employés par Fanhelmont, le froid et la glace sur la poitrine , l'ont été par Brown; ces méthodes, qui ont pu compter quelques succès , sont aujourd'hui, je crois, abandonnées avec raison. Deux seules sont en vigueur : celle de Rasori et la méthode antiphlogistique. Le tartre stibié, l'oxyde blanc d'antimoine , donnés à hautes doses , me paraissent avoir moins de chances de succès dans la pleurésie que dans la pneumonie ; du moins c'est l'opinion d'un grand nombre de praticiens. Cette méthode aurait du

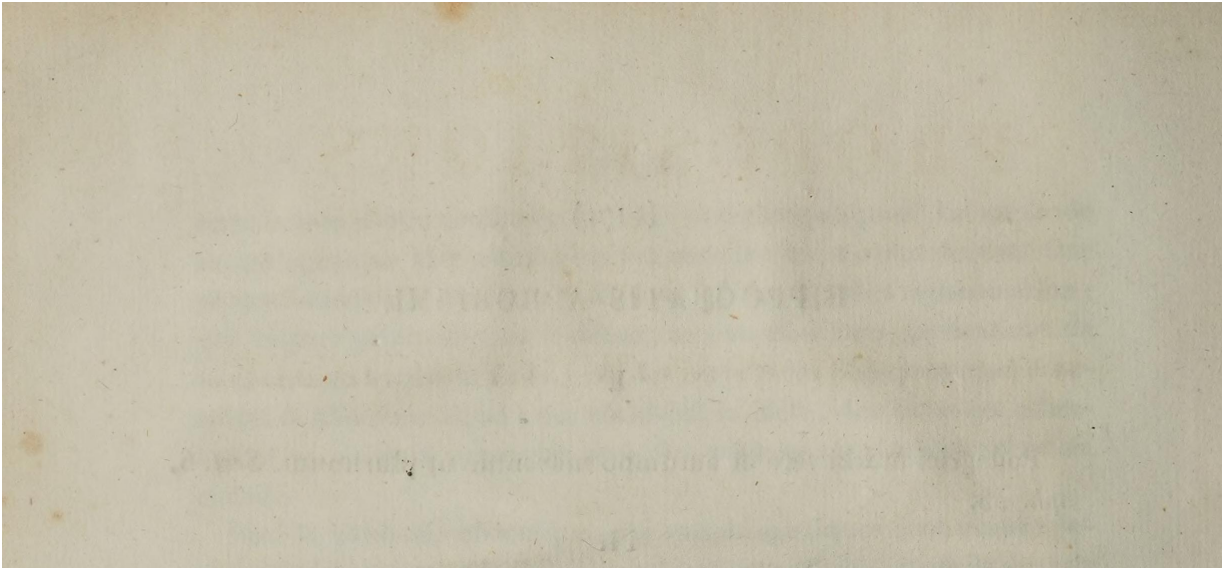
9 | (16) reste besoin d'être combinée avec les antiphlogistiques. La méthode antiphlogistique me paraît plus rationnelle : les moyens doivent être proportionnés à la force des malades, à l'étendue de l'inflammation ; une saignée générale dans le début, une ou plusieurs applications de sangsues sur de côté malade, sont les moyens les plus propres à combattre la pleurésie aiguë : des révulsifs, la diète , des boissons adoucissantes, doivent concourir avec les saignées au rétablissement du malade. Dans la pleurésie chronique, les antiphlogistiques sont encore recommandables quand le malade n'est pas trop affaibli ; mais ils sont de peu de secours et peuvent être nuisibles quand il est faible; le sang doit être épargné ; il faut alors avoir recours aux exutoires : le séton, les moxas ou de très-larges vésicatoires produisent des résultats avantageux. || Enfin , lorsque l'épanchement est très-considérable , que la dyspnée va croissant, que les diurétiques, les diaphorétiques et quelques autres moyens généraux ont été tentés inutilement, il ne reste que l'opération de l'empyème, ou mieux la ponction du thorax : préconisée par les uns, proscrite par les autres, ses résultats me semblent trèschanceux : je crois qu'elle peut être tentée toutes les fois qu'on présume que le poumon n'est pas retenu par des adhérences et qu'il n'est pas tuberculeux. La ponction, du reste, me semble préférable à l'incision des parois de la poitrine; je crois aussi qu'il est plus convenable d'évacuer graduellement le liquide que de lui donner issue d'une seule fois : le poumon revient plus facilement sur lui-même. Il ne faut pas oublier que l'opération de l'empyème pratiquée dans ces circonstances, même avec succès, est souvent suivie _ fistule, et toujours du rétrécissement du côté

naid8 FIN.

(a49:) HIPPOCRATIS APHORISMI, 1 È Podagrici morbi vere et autumno moventur ut plurimum. Sect. 6, aph. 55. T1. Apoplectici autem fiunt maximé ætate ab anno quadragésimo usque sexagesimurm. Zbid. , aph. 57. AbE Qui naturà valdè crassi sunt, magis subito moriuntur, quàm qui graciles. Sect. 2, aph. 44. j I V. Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. Sect. 2, aph. 46. Y. In temporibus, quandè eâdem die, modà calor , modo frigus fit, autumnales morbosexpectare oportet. Sect. 3, aph. 4. VL Quando æstas veri similis est, sudores in febribus multos exspectare oportet. Jbid. , aph. 6.

The text on this page is estimated to be only 24.78% accurate

EL at : mr : & É : 4 Ep à j'ai À de 1 + "sf PL CT » Er nie ù 1 . F î
+ FN al À "p 4 f : Le a' 24 r. Cr AE RUES CL ÉTAT - PA MES OU MIT 0
a US NET EPS UN CHERE F À À | à \ FUN VER ADN TU, né PES
DUPONT OURS Etre rh aie bn VAE AUTO UE PET APT OR pe LA | e / «
| : fi f? # Met FA ù pe , UNION Nr ETAT PO AE GNOME à HEAR 'à é:
SR CE ANS ÉCIETNE 13 FES i : ee 4 (a St ATP R 2 “ jrs Fr e RE | j ' ie dr
a Et wo Lo à à M r ; 1 , PA à 4 doi nil sstobite : 322 Ne 7 à | ai ; LA ATEN
ré M7 : '14 ï É : 1971 ' F : : Le ! > (we L } FR ; MES ll ar + ; . FA] PA nu
er



ESSAI

N° 66.

SUR

LA PLEURÉSIE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 11 avril 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR A. BUSSY,

Professeur de chimie à l'École de Pharmacie de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.