

caractères d'un liquide séreux. Mais les pleurésies franchement hémorragiques deviennent rarement purulentes.

Diagnostic. — Affirmer la nature hémorragique d'un épanchement avant la ponction, exploratrice ou évacuatrice, est chose impossible. On est tout au plus autorisé à la soupçonner dans les cas spéciaux où la pleurésie survient chez un individu manifestement cancéreux ou bien au cours d'une fièvre ayant déjà pris la forme hémorragique. Dans les autres conditions, l'existence de la pleurésie hémorragique est une surprise de la thoracentèse.

La nature hémorragique d'un épanchement étant reconnue, il faut en trouver la cause. Si cette cause n'est pas évidente, on aura le plus souvent à se prononcer entre une pleurésie cancéreuse, une pleurésie tuberculeuse et un hématome.

Certains signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic lorsque la pleurésie constitue à elle seule presque toute la symptomatologie du cancer. Les douleurs sont fréquentes; vives et persistantes, elles irradiant au cou, aux épaules, aux bras, aux poignets. La dyspnée, continue ou paroxystique, est peu soulagée par la thoracentèse. En cas de pleurésie gauche, le cœur subit une déviation considérable et permanente; ses battements s'entendent dans toute la poitrine; souvent le pouls est fortement accéléré, peut-être par action du cancer sur le pneumogastrique. Le liquide, brunâtre ou noirâtre, n'est que peu ou pas fibrineux; il a tendance à persister ou à se reproduire rapidement après la ponction (voir le *Cancer du poumon*).

Si la pleurésie n'est pas cancéreuse, le diagnostic devra être fait entre la tuberculose et l'hématome. A part les cas où le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire ou les phénomènes généraux d'une tuberculose aiguë, la distinction est presque impossible. Sans doute l'absence d'antécédents héréditaires, l'abondance de l'épanchement, sa teinte franchement rouge, son peu de tendance à la reproduction, l'amélioration rapide qui suit son évacuation sont en faveur d'un hématome; mais aucun de ces éléments n'a de valeur absolue, et l'apparition plus ou moins tardive de signes non douteux de tuberculose pulmonaire est venue plusieurs fois infirmer un diagnostic trop hâtif de pachypleurite.

Dans ces cas, l'inoculation du liquide aux animaux sera d'un grand secours, quand les résultats en seront positifs. Les recherches bactériologiques seront d'ailleurs indispensables dans tous les cas douteux, puisqu'on peut y rencontrer un microbe inattendu, tel que le bacille d'Eberth.

Pronostic. — Toute pleurésie hémorragique, quelle qu'en soit la cause, est curable en tant que pleurésie. La nature hémorragique d'un épanchement n'a d'autre valeur pronostique que celle de la

lésion productrice. Absolument grave s'il s'agit de cancer ou de tuberculose, le pronostic est ordinairement favorable dans les cas d'hématome.

M. BOULAY et H. BOURGES.

PLEURÉSIES PURULENTES

Historique. — On a toujours prétendu que les médecins de l'antiquité avaient parfaitement connu la pleurésie purulente, et qu'Hippocrate, par exemple, l'avait bien observée. Cette assertion n'est exacte qu'en partie. Les anciens avaient admirablement compris que la seule manière de considérer la pleurésie purulente était de l'envisager comme un abcès ordinaire dont le siège déterminait les caractères particuliers; mais on ne saurait affirmer qu'ils aient vu plus loin, et c'est seulement en un temps très rapproché de nous que la pleurésie fut nettement différenciée. Hippocrate indiqua mieux les règles du traitement, car il décrivit le premier et presque complètement l'opération de l'empyème. On ne peut donc faire remonter l'histoire de la pleurésie purulente avant le commencement de notre siècle.

Pinel (*Nosographie philosophique*, 1798) confondait la pleurésie et la pneumonie; les abcès de la plèvre étaient communément pris pour des abcès du poumon; la pleurésie purulente n'était pas séparée des cavernes pulmonaires, des dilatations bronchiques et autres lésions cavitaires. Or cette confusion qui existe dans l'œuvre de Pinel, se retrouve chez tous ses prédécesseurs. C'est seulement en 1810 que Bayle établit à part l'histoire de cette maladie, et ses enseignements n'eurent d'abord que bien peu d'adeptes. Joseph Franck, par exemple, resta complètement attaché aux opinions anciennes. Mais, après les travaux de Laennec, il ne fut plus possible de confondre sous un même nom et dans une même description toutes les maladies de poitrine, et la pleurésie purulente, définitivement constituée, eut son existence à part¹.

Les œuvres qui, depuis Bayle et Laennec, ont enrichi sur ce sujet la littérature sont innombrables; mais, grâce aux recherches

1. Les véritables pleurésies purulentes se trouvent décrites par Laennec dans ses articles sur les pleurésies chroniques, les pleurésies partielles et les pleurésies latentes.

bactériologiques récentes, un grand progrès est né en ces dernières années.

La constatation de micro-organismes différents dans le pus des épanchements pleuraux, la présence nécessaire de ces agents pathogènes dans le liquide pleural, firent prévoir combien devaient être variables les formes de l'empyème, et pourquoi il fallait décrire des *pleurésies purulentes*, aussi distinctes dans leurs causes que dissemblables dans leur évolution et leur pronostic, et soumises chacune à une intervention spéciale. Les premiers travaux parus en France à ce point de vue sont ceux de M. Netter.

Division. — Anatomiquement et cliniquement, la pleurésie purulente doit être étudiée à deux points de vue distincts, en deux grands chapitres différents. Il existe, en effet, des phénomènes anatomo-pathologiques et cliniques communs à toute pleurésie purulente, et des phénomènes anatomo-pathologiques et cliniques spéciaux à chacune des formes de la maladie.

Les caractères anatomiques communs ont trait à la quantité du liquide, à son aspect général, aux modifications qu'il apporte dans la situation réciproque des organes thoraciques. A ces lésions correspondent des symptômes généraux, purement mécaniques, qui dépendent de la quantité plus ou moins considérable de l'épanchement. Ce sont les mêmes pour toute collection liquide pleurale, quelle que soit sa nature; ils consistent, avec seulement des différences en plus ou en moins, en : dilatation des espaces intercostaux, refoulement du cœur et du foie, dyspnée, accompagnés de leurs signes stéthoscopiques ordinaires : matité, abolition des vibrations thoraciques, égophonie.

Mais, à côté de ces lésions générales, d'autres existent qui sont spéciales à chaque variété d'empyème, et dépendent des caractères biologiques des microbes considérés comme agents producteurs de l'épanchement. A ces altérations correspondent des phénomènes infectieux, variables avec chaque espèce microbienne, et qui sont marqués par les caractères de la fièvre, l'état général du malade, la reproduction plus ou moins rapide du liquide, etc.

Il faut donc scinder en deux parties la description de la maladie, d'après la division ci-dessus indiquée.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

Étiologie. — Les microbes sont les agents producteurs directs de toute pleurésie purulente. Ils pénètrent dans la cavité pleurale, soit à la faveur d'une lésion locale, — le mécanisme en est simple,

car la porte d'entrée est connue, — soit au cours ou à la suite d'une infection générale, — il s'agit alors d'une sorte d'abcès métastatique de la plèvre.

L'énumération de ces divers micro-organismes devant être faite plus loin, il importe seulement de signaler ici les principales raisons de leur pénétration. Ce sont les causes de l'empyème.

Quelques-unes sont prédisposantes. A cet égard, l'âge a une grande importance. Les enfants paraissent surtout atteints, car, dans le chiffre des pleurésies infantiles, les purulentes entrent pour un septième ou un huitième. L'empyème frappe aussi plus souvent le sexe masculin.

Les causes déterminantes sont extrêmement nombreuses :

1° *Traumatismes* (contusions du thorax, plaies de poitrine), qu'il y ait plaie pénétrante, fracture de côtes, plaie du poumon, ou pénétration dans la plèvre de corps étrangers plus ou moins septiques (projectiles ou débris de vêtements).

2° *Affections de la paroi thoracique.* — Il faut signaler, parmi les plus fréquentes, les abcès et phlegmons du sein (la pleurésie se produisant soit par propagation, soit par contact direct), cancers du sein, abcès de l'aisselle.

Les abcès chroniques de la paroi thoracique (abcès froid ordinaire, abcès froid périostique, abcès ossifluent) se compliquent souvent de pleurésie purulente.

3° *Affections de la plèvre et du médiastin.* — Corps étrangers, cancer pleuro-pulmonaire, hydatides de la plèvre ou des poumons (rare en nos climats). — Abcès du médiastin, lesquels sont presque toujours d'origine osseuse et consécutifs à une lésion du sternum, des côtes ou de la colonne vertébrale. — Rétrécissements cicatriciels ou cancéreux de l'œsophage (l'introduction maladroite d'une sonde amenant souvent la perforation du conduit). — Anévrysme de l'aorte thoracique.

4° *Affections du poumon.* — Corps étrangers, probablement suivis d'une broncho-pneumonie suppurative, laquelle est le point de départ de l'empyème. — Broncho-pneumonie : cette affection est souvent l'origine commune des empyèmes de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche; la broncho-pneumonie sert en quelque sorte d'intermédiaire entre l'infection générale et la détermination pleurale. — Pneumonie : la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie est une des plus importantes; son étude sera faite ultérieurement. — Tuberculose pulmonaire : on peut rencontrer toutes les variétés cliniques de l'empyème, aiguës, subaiguës et chroniques, et aussi l'épanchement graisseux; chacune de ces formes s'explique par un envahissement microbien spécial. — Gangrène

pulmonaire : la pleurésie gangréneuse est intimement liée à la gangrène du poumon ou à celle des extrémités bronchiques.

5° *Affections de l'abdomen.* — Péritonites généralisées : la pleurésie accompagne souvent les péritonites puerpérales ; la propagation de l'infection se fait par l'intermédiaire des lymphatiques du diaphragme. — Péritonites sous-diaphragmatiques (foie, rate, estomac, intestin). — Phlegmons sous-péritonéaux : périnéphrites, péri-appendicites. — Abscesses et kystes du foie.

6° *Maladies infectieuses.* — L'inflammation de la plèvre peut être directement provoquée par l'agent infectieux, sans l'intermédiaire d'une lésion du poumon. Mais le plus souvent, il existe une complication pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie ou gangrène.

Les maladies infectieuses qui se compliquent le plus fréquemment de pleurésie purulente sont : la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale épidémique, la dysenterie, la septicémie puerpérale, la pyohémie.

Anatomie pathologique. — Il convient d'étudier séparément : 1° le liquide ; 2° les lésions de la plèvre ; 3° les altérations des autres organes ; 4° l'évolution et la terminaison anatomique de l'empyème.

1° *Exsudat purulent.* — Le liquide purulent est plus ou moins dense. Il peut n'être que louche, mais de cet état jusqu'au liquide le plus épais, jusqu'au pus phlegmoneux pur, on peut trouver tous les intermédiaires¹.

Très souvent le liquide est purulent d'emblée (pleurésies purulentes aiguës), d'autres fois, séreux d'abord, il passe lentement à la purulence (pleurésie purulente tuberculeuse chronique) et sans qu'on puisse en aucune façon incriminer la thoracentèse.

La coloration du pus est variable : jaune, verdâtre, vert pistache, parfois brunâtre, lorsque du sang vient à le colorer. Il peut être homogène, bien lié, de consistance crémeuse, ou floconneux et chargé de grumeaux. Il est parfois d'aspect graisseux : cet aspect particulier correspondant à une des variétés de la maladie.

Souvent, il est sans odeur ; quelquefois il présente une odeur fade ou forte et alliécée, ou encore gangréneuse et fétide. Sa quantité varie et il est difficile d'en donner la mesure moyenne. On peut

1. D'après M. Dieulafoy, la pleurésie purulente commence par être une pleurésie histologiquement hémorragique, c'est-à-dire que tout épanchement aigu qui ne contient pas au delà de 3000 globules rouges par millimètre cube est une pleurésie simple, qui n'a aucune tendance à la suppuration, tandis que les chiffres qui dépassent 5000 globules rouges par millimètre cube indiquent souvent la future purulence du liquide pleural.

admettre qu'elle oscille entre 1 litre et 5 litres ; on l'a vue atteindre jusqu'à 9 litres (Debove).

Dans ce liquide, on voit souvent des fausses membranes ; les unes restent adhérentes à la paroi pleurale, d'autres sont libres et nagent dans l'épanchement. Ces dernières semblent parfois des flocons tenus, mais elles peuvent aussi prendre une épaisseur considérable.

Le liquide contient parfois des poches hydatiques et des hydatides plus ou moins altérées, ou même des débris de plèvre ou de poumon sphacelés.

Lorsqu'une fistule pleuro-bronchique s'est faite, on trouve de l'air mélangé au pus. On a admis, peut-être un peu théoriquement, que des gaz pouvaient se développer spontanément dans la plèvre. Des auteurs ont soutenu ce fait, ayant reconnu l'existence de gaz fétides sans qu'il leur fût possible de trouver la moindre trace de fistule ou de perforation. Mais on peut opposer à cette assertion la difficulté toujours grande de retrouver les fistules pleurales, alors même que l'on est sûr de leur existence. Au microscope, le liquide contient, outre les leucocytes, les globules rouges et la fibrine, des microbes pyogènes qui seront énumérés ultérieurement.

2° *Plèvre.* — La pleurésie purulente est généralisée ou partielle. Sa tendance à l'enkystement est un des points les plus intéressants de son histoire, car l'intervention thérapeutique découle forcément de la limitation ou de la généralisation des lésions pleurales. Lorsque l'empyème est total, les lésions de la plèvre varient suivant l'évolution aiguë ou chronique de la maladie.

Parfois les lésions existent à peine, la mort étant venue trop vite (pleurésies consécutives à la pyohémie ou à la fièvre puerpérale). Il faut cependant ajouter que, dans ces cas, on a plus affaire à une infection purulente à localisation pleurale qu'à une véritable pleurésie.

Presque toujours, la séreuse est profondément altérée. Elle apparaît injectée, vascularisée, recouverte de fausses membranes, lesquelles forment souvent une poche sans ouverture, incluse dans la cavité normale (*kyste pseudo-pleural*). Grâce à cette couche, quelquefois très épaisse, de produits membraneux, la plèvre est souvent extraordinairement épaissie et, si les lésions sont très anciennes, elle peut acquérir une consistance cartilagineuse et s'incruster de sels calcaires. Ces altérations peuvent être limitées en certains points, que l'inflammation soit localisée d'emblée, ou que des adhérences antérieures forment une barrière qui protège le reste de la cavité séreuse. On a alors affaire à des *pleurésies enkystées*. Les principales localisations sont les suivantes : *enkystement interlobaire* (siégeant plus souvent à droite qu'à gauche, et entre les lobes supérieur et moyen, au

voisinage du hile); *enkystement diaphragmatique, de la plèvre médiastine, costo-pulmonaire, du sommet, multiloculaire.*

3° *Lésions des autres organes.* — Les altérations du poumon sont presque constantes. Si la pleurésie évolue d'une façon aiguë, le poumon est libre d'adhérences et sa disposition est la même que dans la pleurésie séro-fibrineuse. Lorsque la maladie va moins vite, le parenchyme pulmonaire est lésé et deux ordres d'altérations s'y rencontrent: mécaniques et inflammatoires.

Le poumon, refoulé par le liquide, s'aplatit; des adhérences l'appliquent soit au rachis, soit à la paroi costale ou au médiastin. Il peut arriver à être tout à fait en dehors du kyste pleural. A côté de ces lésions purement mécaniques, il faut signaler celles qui affectent le parenchyme lui-même. Si le processus est aigu, le poumon peut être souple, peu altéré, surnager sur l'eau. Si l'évolution est chronique, on le trouve atelectasié, souvent sclérosé (pneumonie chronique pleurogène). Les lésions tuberculeuses y sont fréquentes.

Parmi les complications les plus importantes, il faut signaler la *péricardite*, rencontrée souvent au cours de l'empyème, et la *dégénérescence amyloïde*, qui suit communément les suppurations prolongées.

En même temps, on peut rencontrer des altérations des parois thoraciques: abcès des parties molles, atrophie et dégénérescence graisseuse des muscles intercostaux; ostéo-périostite végétante avec formation d'ostéophytes costaux; rétraction progressive de la paroi thoracique du côté malade.

4° *Évolution anatomique des pleurésies purulentes.* — Le pus a une tendance spontanée à sortir de la cavité pleurale: la plèvre est perforée et le liquide se porte, soit vers la peau (abcès thoracique ou *empyème de nécessité*), soit vers les bronches (fistules pleuro-bronchiques), soit vers des organes éloignés (migrations insolites); dans ce dernier cas, le pus fuse à la manière des abcès ossifluents pour s'ouvrir dans un organe ou une cavité naturelle voisine de la plèvre.

a. *Fistules pleuro-bronchiques.* — La forme et la direction du trajet fistuleux sont très variables. La perforation peut porter sur un point quelconque de la surface du poumon, plus souvent sur les lobes moyen et supérieur. La fistule est large ou petite, établissant ainsi entre l'empyème et les voies aériennes une communication plus ou moins large. Le pneumothorax n'existe cependant pas nécessairement dans ce cas, car le pus peut bien passer de la plèvre dans les bronches, sans que l'air pénètre dans la plèvre, les débris des fausses membranes oblitérant l'orifice à la manière d'une valvule.

b. *Fistules pleuro-cutanées.* — Le pus peut ulcérer de proche en

proche la plèvre pariétale, s'insinuer au milieu des parties molles de l'espace intercostal dont il suit la direction, puis arriver dans le tissu cellulaire sous-cutané où il forme une tumeur extérieure. Ce cheminement sinueux du pus à travers les diverses couches de l'espace intercostal fait que les deux orifices pleural et cutané ne se correspondent pas toujours. L'abcès vient généralement se former et s'ouvrir au niveau du cinquième espace intercostal; mais il peut exister plusieurs fistules. Il est plus rare d'observer à la fois une fistule thoracique et une fistule pleuro-pulmonaire.

c. *Migrations insolites.* — Le pus de l'empyème peut fuser au loin (Bouveret). Dans un premier groupe de faits, on peut ranger les ouvertures dans une cavité viscérale voisine de la plèvre: œsophage, estomac, péricarde, péritoine. Dans un autre groupe, le pus se porte vers la paroi abdominale postérieure, vers les régions lombaire, fessière, vers le pli de l'aîne.

Symptomatologie. — Mis à part les signes classiques qui caractérisent toute collection liquide de la cavité pleurale (matité, abolition des vibrations, etc.), il paraît exister dans la pleurésie purulente quelques symptômes assez fréquents pour que leur réunion permette de diagnostiquer la présence du pus dans la poitrine. Il faut cependant insister dès l'abord sur ce fait, qu'aucun de ces signes n'est à lui seul pathognomonique et que très souvent le diagnostic certain de la nature de l'épanchement ne peut être fait qu'à l'aide d'une ponction exploratrice.

Symptômes locaux. — Dans l'empyème, les dilatations partielles de la paroi thoracique sont plus communes que dans la pleurésie séreuse. La poitrine présente souvent à sa base une saillie due au refoulement excentrique des côtes, et au niveau de laquelle la main perçoit un brusque ressaut. En somme, cette dilatation partielle est caractéristique d'un épanchement emprisonné par des adhérences et qui, ne pouvant s'étendre en hauteur, refoule la paroi costale en dehors, le diaphragme en bas, en se creusant une loge dans le poumon qu'il comprime. C'est un signe de pleurésie enkystée et, par conséquent, un signe de présomption seulement en faveur d'une pleurésie suppurée, étant donnée la plus grande fréquence de l'enkystement dans ce cas. On a noté aussi l'apparence lisse de la paroi thoracique du côté affecté, attribuée par Marsch, qui considérait ce signe comme pathognomonique, à la paralysie des muscles intercostaux.

L'œdème de la paroi thoracique du côté malade est un indice de plus grande valeur, quoiqu'il ne faille pas le considérer comme caractéristique. Généralement, il est localisé soit au-dessous du creux de l'aisselle, soit plus en arrière, sur le prolongement de la ligne

axillaire postérieure. Ce symptôme, disent les auteurs, « est presque pathognomonique ; seulement, on ne l'observe que tardivement, alors que le pus commence à faire saillie derrière les couches musculaires » : ce qui diminue singulièrement sa valeur clinique, car une pleurésie purulente diagnostiquée et traitée seulement à ce moment comporterait, à n'en pas douter, un pronostic très grave. L'œdème de la paroi est, en outre, souvent dû, non à la présence du pus, mais à l'application intempestive de moyens thérapeutiques inutiles ou insuffisants (vésicatoires, cautères). Enfin il semble qu'il puisse exister dans un certain nombre de pleurésies séreuses, du côté du décubitus, chez des sujets cachectiques. Il y a donc loin de ce phénomène à un symptôme pathognomonique.

On observe souvent sur le thorax le développement d'un réseau veineux supplémentaire.

La réunion seule de ces symptômes constitue un ensemble de présomptions en faveur de la purulence.

La mensuration et la percussion ne donnent aucune indication spéciale, non plus que l'auscultation. Toutefois les bruits cavitaires sont plus fréquents dans la pleurésie purulente (souffle amphorique et gargouillement). Par contre l'égophonie y est plus rare ; si le liquide est très épais, la voix ne retentit plus, et, si on la perçoit encore, elle paraît sourde et éloignée. L'absence de la pectoriloquie aphone, indiquée par Bacelli, n'a pas une valeur pathognomonique.

Parfois, mais presque exclusivement dans les pleurésies purulentes du côté gauche, la poitrine est animée de battements, de pulsations isochrones à la systole cardiaque. Ce phénomène caractérise l'*empyème pulsatile*. Il en existe deux formes principales.

1° Dans la première, l'épanchement reste enfermé dans le thorax ; il n'y a pas de tumeur extérieure, et les pulsations sont perçues sur une étendue variable de la paroi thoracique (*empyème intrapleural pulsatile*). Il existe un véritable soulèvement qui peut occuper une certaine étendue de la paroi thoracique et même le côté gauche du thorax tout entier (Stokes). Le plus souvent, la zone pulsatile est limitée en un point de la paroi ; à ce niveau, la voussure est plus prononcée, les espaces intercostaux apparaissent bombés, élargis. Les pulsations sont synchrones aux battements du cœur. L'évacuation spontanée ou opérée par la thoracentèse diminue leur amplitude, et même, si elle est poussée assez loin, peut les faire disparaître. La reproduction du liquide provoque leur retour.

2° Si le pus a perforé l'espace intercostal, un empyème de nécessité se produit et la collection purulente extérieure est animée de véritables pulsations (*empyème de nécessité pulsatile*). L'abcès siège d'ordinaire dans une région comprise entre le sternum et la ligne

axillaire, au niveau des espaces intercostaux moyens ; il est le siège d'un véritable mouvement d'expansion absolument comparable à la pulsation d'une poche anévrysmale. Les battements peuvent être parfois perçus au delà des limites de la tumeur extérieure, de sorte que la pleurésie présente à la fois l'expansion de l'empyème de nécessité et le soulèvement de l'empyème intra-pleural.

Il n'existe pas de symptômes certains des pleurésies enkystées, au moins jusqu'à l'apparition d'une vomique ; avant cela elles sont presque toujours méconnues.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux sont presque toujours graves, et ils ont une grande importance pour le diagnostic de la nature de l'épanchement. Eux seuls souvent permettent de reconnaître la pleurésie purulente.

La fièvre existe dans tous les empyèmes aigus ; elle est variable suivant la variété bactériologique. Elle est souvent très élevée au début et persiste telle pendant quelques jours, avec de faibles rémissions matinales ; elle est souvent rémittente, et parfois présente les grandes et irrégulières oscillations des fièvres pyohémiques. Elle s'accompagne communément de sueurs abondantes et de frissons répétés. Dans certains cas d'empyème chronique (*pleurésies purulentes latentes*) la fièvre peut manquer pendant un certain temps.

Le facies du patient est altéré, il est pâle, terreux ; puis, survient toute une série de troubles digestifs graves : anorexie, vomissements, diarrhée, qui entraînent rapidement un amaigrissement considérable. Les troubles urinaires sont fréquents : qu'ils soient dus à une simple irritation du rein, à une néphrite infectieuse, ou à la dégénérescence amyloïde. A une certaine période, en effet, l'albuminurie est la règle.

Peu à peu, et surtout si l'intervention est nulle ou insuffisante, le malade perd ses forces, s'amaigrit ; des œdèmes partiels, des eschares, la pâleur de la peau, la faiblesse du pouls, l'affaiblissement progressif des battements cardiaques témoignent du trouble profond de la nutrition et des progrès constants de la cachexie suppurative.

Marche. Durée. Terminaisons. — La marche et la durée de la pleurésie purulente ne peuvent guère être étudiées à un point de vue général, car ces deux éléments varient avec la nature bactériologique de la maladie ; ils seront d'ailleurs étudiés ultérieurement.

On peut dire cependant que, dans ses grandes lignes, l'évolution de la pleurésie purulente est soit aiguë, soit subaiguë, soit chronique.

La chronicité elle-même est due à différentes causes, ou bien l'empyème est chronique d'emblée, ce qui tient à la nature du microbe et à la forme des lésions pleurales qu'il engendre (pleurésie tuberculeuse vraie, phtisie pleurale). Dans ce groupe rentrent les