

TROISIÈME LEÇON

PLEURÉSIES FÉTIDES, PUTRIDES, GANGRENEUSES

PLEURÉSIES OZÉNEUSES

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Nous allons consacrer deux leçons aux pleurésies *qui sentent mauvais*, pleurésies dont le liquide est puant, nauséabond. Je vous propose de les réunir sous la dénomination générale de *pleurésies ozéneuses* (de οζειν, sentir mauvais). Un des symptômes dominants de ces pleurésies, celui qui attire tout d'abord l'attention, c'est la puanteur du liquide pleural, que ce liquide soit évacué par ponction, par incision, ou qu'il soit rejeté par vomique. Quelques gouttes retirées par ponction exploratrice suffisent souvent à répandre une odeur infecte.

Cette étude a été entreprise à différentes époques : par M. Leriche qui, en 1878, dans sa thèse sur les pleurésies gangreneuses et fétides, a rapporté les deux premiers cas de pleurésies nauséabondes sans gangrène; par M. Bouveret dans son « Traité de l'empyème »; par M. Sépet¹ dans un article publié en 1896; par M. Giraudeau, au sujet d'une gangrène de la main au cours d'une pleurésie putride. Des com-

1. Sépet. Pleurésies fétides. *Marseille médical*, décembre 1896.

munications ont été faites sur le même sujet, ces dernières années, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, et nous en avons observé ici, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, des cas aussi nombreux que variés. Aussi sommes-nous bien outillés pour mettre au point cette grande question des *pleurésies ozéneuses* que je vais diviser en trois groupes : 1° pleurésie fétide; 2° pleurésie putride; 3° pleurésie gangreneuse, classification que j'ai proposée dans un précédent travail¹.

Cette classification n'est pas inutile; elle assigne à chacune de ces pleurésies la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique; elle évite des confusions de langage, la pleurésie fétide étant bien différente de la pleurésie putride, laquelle ne doit pas être confondue avec la pleurésie gangreneuse. N'oubliez pas, je vous prie, ces distinctions; il y a là une question de pronostic qui, vous le verrez, n'est pas à dédaigner. Prenez l'habitude d'être précis dans les termes que vous employez, comme vous devez être précis dans vos diagnostics. Ceci dit, abordons notre sujet.

Des trois variétés de pleurésies ozéneuses, la moins redoutable est la *pleurésie fétide*; c'est par elle que nous allons commencer cette étude. Il faut réserver la dénomination de fétide à la pleurésie dont le liquide est puant, sans que cette puanteur soit due à un processus de putréfaction ou de gangrène. La qualification de fétide suffit à faire comprendre que la pleurésie n'est ni putride ni gangreneuse. Elle n'est pas putride, car elle ne présente aucun signe de putréfaction, elle ne dégage pas de gaz dans la cavité pleurale, aussi le malade n'a-t-il pas de pneumothorax; l'inoculation du liquide pleural à un animal ne produit pas de phlegmon gazeux, et quelques gouttes de liquide mises en culture anaérobie ne déterminent ni fermentation ni bulles de gaz dans le tube à expériences. Cette pleurésie n'est pas gangreneuse, car, à l'opération, on ne trouve ni lambeaux sphacelés dans le liquide, ni trace de gangrène de la plèvre ou du poumon.

Ceci prouve que la puanteur d'un liquide pleural n'est

1. Dieulafoy. *La Semaine médicale*, 31 octobre 1900.

pas, il s'en faut, un indice de putréfaction ou de gangrène, de même que la puanteur de l'haleine et de l'expectoration n'est pas toujours l'indice d'une gangrène du poumon. Cette importante distinction n'avait pas échappé à nos illustres devanciers, Laënnec la signale et mon maître Trousseau y insiste longuement dans ses leçons cliniques.

Les pleurésies purement fétides, sans putréfaction et sans gangrène, sont fréquentes, il m'est facile de vous en citer quelques cas. Le malade qui a fait le principal objet de mes leçons sur la pleurésie interlobaire¹ avait une pleurésie fétide qui n'était ni putride ni gangreneuse; l'expectoration était fétide, l'haleine était fétide, le liquide purulent retiré par l'opération de l'empyème était fétide, mais, si grande que fût la fétidité, il n'y avait ni putréfaction ni dégagement de gaz, et l'opération démontra l'absence de lésions gangreneuses. J'ai également rapporté l'histoire d'une fillette atteinte de pleurésie interlobaire gauche que je voyais avec MM. Potain, J. Simon et Carron de la Carrière. Cette enfant fut prise de vomique; ses crachats et son haleine étaient fétides; l'opération de l'empyème avec résection costale faite par M. Tuffier donna issue à un pus extrêmement fétide; mais, malgré la puanteur du liquide, cette pleurésie n'était ni putride, ni gangreneuse; elle ne donna lieu à aucun dégagement de gaz, et à l'opération on ne trouva nul lambeau sphacélé. Dans les deux cas de pleurésie purulente médiastine que j'ai observés et rapportés dans une leçon sur la pleurésie médiastine², la vomique était fétide et les malades ont guéri sans avoir présenté aucun signe de putréfaction ou de gangrène.

Il est à noter que les pleurésies enkystées sont plus souvent fétides que putrides ou gangreneuses, tandis que la putridité et la gangrène sont surtout l'apanage des pleurésies de la grande cavité pleurale. Néanmoins, on peut observer des pleurésies de la grande cavité pleurale qui ne

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, t. III, p. 26 et 46. Deuxième et troisième leçons.

2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, t. III. Première leçon.

sont que fétides, et l'observation suivante en est un bel exemple. C'est, je crois même, le seul cas de pleurésie fétide qui ait été étudié de près, avec cyto-diagnostic, cultures et expérimentation à l'appui; on a publié bon nombre d'observations de pleurésies putrides, mais l'étude de la pleurésie fétide a jusqu'ici été négligée. Veuillez donc écouter avec attention le fait que voici :

Un homme âgé de vingt-sept ans, plombier de son état, entre, le 10 juillet, salle Saint-Christophe, n° 19, pour une douleur dans le côté droit avec toux opiniâtre, et expectoration *fétide*. Le début de sa maladie remonte à six semaines. Se trouvant à la campagne, il eut, dit-il, chaud et froid, et fut pris de frissons, de fièvre et de vive douleur thoracique droite. Bientôt survinrent des saccades de toux avec expectoration jaunâtre, abondante et jusque-là sans odeur; la douleur s'étendit à tout le côté droit avec un maximum en arrière, sous l'omoplate, et l'expectoration devint fétide. Quand cet homme arrive dans notre service, nous lui trouvons mauvaise mine; la respiration est accélérée, la température est à 38°6. Le crachoir est rempli d'une expectoration jaune grisâtre, diffluite, d'une grande fétidité; elle n'a jamais été sanguinolente. L'haleine est également fétide. Toutefois cette puanteur n'est pas comparable à celle de la gangrène. L'examen des crachats ne déceit ni sang, ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch, mais une grande variété de microbes : filaments, bacilles, cocci, diplocoques, streptocoques; pas de pneumocoques.

La percussion dénote en arrière une matité qui est surtout accusée à la partie moyenne et inférieure du thorax. A l'auscultation on entend, en haut de cette zone, des râles sous-crépitants, et, au niveau du huitième espace intercostal, à 10 centimètres de la ligne médiane, on perçoit un souffle à timbre cavitaire, mais sans gargouillement; ce qui prouve qu'il s'agit là d'une condensation du parenchyme pulmonaire, et non d'une cavité. Au-dessous de cette zone existe, à l'expiration, un souffle à timbre pleurétique.

Une ponction exploratrice permet de retirer du liquide séreux, citrin, sans odeur. Examiné au point de vue du cyto-

diagnostic, ce liquide contient des polynucléaires; on ne constate ni lymphocytose ni placards endothéliaux. L'absence de lymphocytose permet d'exclure l'hypothèse d'une pleurésie tuberculeuse aiguë. L'absence de placards endothéliaux met hors de cause toute pleurésie mécanique. Nous sommes en face d'une pleurésie infectieuse aiguë, consécutive à une lésion pulmonaire de même nature. Néanmoins une chose nous intrigue; la lésion pulmonaire est fétide et la pleurésie ne l'est pas. La lésion pulmonaire ne ressemble ni à la pneumonie ni à la broncho-pneumonie; on dirait une hépatisation du poumon rappelant un peu les infarctus consécutifs aux embolies septiques. Mais nous ne trouvons chez cet homme rien qui puisse faire supposer pareille origine.

Le côté gauche de la poitrine est sain, le cœur est normal, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

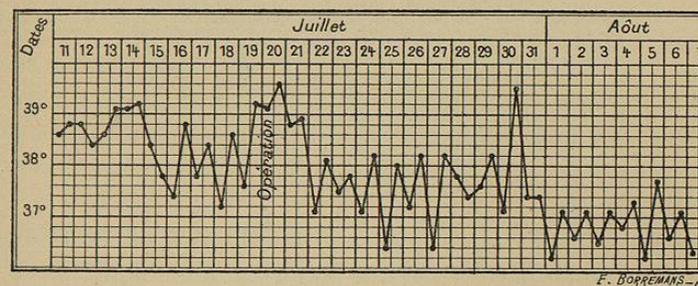
Les jours suivants, la situation se modifie; le malade a mauvaise apparence, il est prostré, abattu, il a le teint terne; le souffle pulmonaire à timbre cavitaire diminue, l'expectoration fétide est moins abondante, mais l'épanchement pleural fait des progrès rapides. Le 19 juillet, la dyspnée augmente, la température dépasse 39 degrés, une ponction exploratrice ramène un liquide trouble comparable à de l'eau sale et d'une horrible fétidité, alors que quelques jours avant il était citrin et sans odeur. L'absence de pneumothorax ne nous permet pas de porter le diagnostic de pleurésie putride. Le liquide est mis en culture et inoculé à un cobaye. Pareille situation réclamait sans tarder l'intervention chirurgicale. Je fais passer le malade en chirurgie, et, le lendemain matin, dans le service de M. Legueu, après rachicocainisation, l'empyème est pratiqué sans résection costale.

L'incision donne issue à deux litres de liquide semblable à de l'eau trouble et d'une très grande fétidité. Il n'y avait pas de gaz. On ne trouva ni membranes ni lambeaux sphacelés. Le doigt introduit dans la plèvre ne put arriver jusqu'au poumon rétracté; il n'y avait pas d'adhérences.

Le résultat de l'opération fut excellent. On dut, tous les

jours, renouveler le pansement et faire des lavages de la cavité pleurale, tant était fétide le liquide qui s'écoulait par la plaie. Un moment on craignit une complication: la température s'éleva au delà de 39 degrés, les lèvres de la plaie se tuméfièrent et se recouvrirent d'une membrane grisâtre de mauvais aspect, sans menace de phlegmon gazeux. On pratiqua des irrigations et des lavages à l'eau oxygénée. L'incident fut de courte durée; dès le lendemain la fièvre était tombée et la température normale; la plaie, qui n'avait été ni saignante ni ulcérée, reprenait bon aspect et la membrane disparaissait, sans tendance à récidiver.

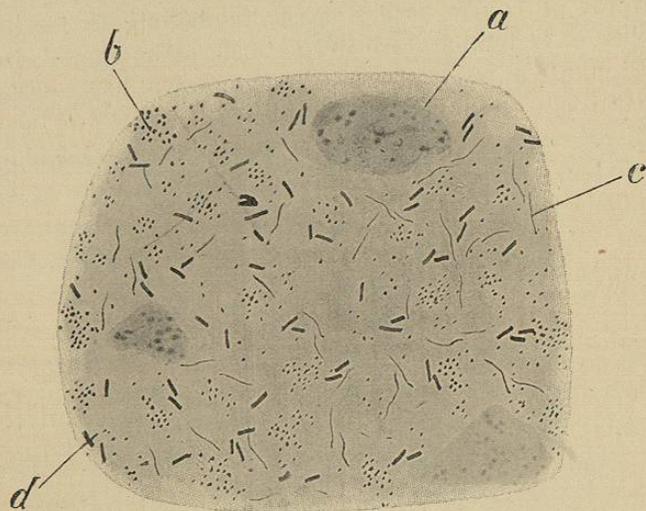
En peu de jours, les crachats devinrent plus rares et perdirent leur odeur fétide; bientôt l'appétit devint excellent, le malade put se lever; il a engraisé, il est aujourd'hui en pleine voie de guérison et l'expectoration a cessé. Ci-joint sa courbe de température.



Revenons sur l'examen du liquide fétide de la deuxième ponction, fait par un de mes chefs de clinique, M. Apert. Ce liquide fétide n'est pas purulent au vrai sens du mot, il est fluide, trouble et analogue à de l'eau sale. Par examen direct au microscope, ce liquide, qui, lors de la première ponction, avant la fétidité, était riche en polynucléaires, ne contient plus maintenant que quelques éléments cellulaires sous forme de masses granuleuses sur lesquelles les matières colorantes se fixent mal sans déceler la présence des noyaux. Ce sont des leucocytes morts, en dégénérescence granuleuse. On trouve en outre dans ce liquide un grand nombre de

microbes variés : longs filaments grêles, bacilles grêles et courts et fins microcoques. Tous ces microbes, sauf quelques microcoques, se décolorent par le Gram.

Ces détails sont précisés sur la planche ci-dessous. On y voit : *a*, cellules en dégénérescence granuleuse ; *b*, amas de cocci ; *c*, filaments ; *d*, bacilles grêles et courts.



Sur cultures aérobies (gélose et bouillon) il ne s'est développé que quelques colonies de staphylocoque blanc.

Sur cultures anaérobies (gélose profonde) il s'est développé des colonies ayant l'aspect de points blancs lenticulaires de quelques millimètres de diamètre. Aucun dégagement de gaz ne s'est produit autour de ces colonies, pas plus sur gélose sucrée que sur gélose ordinaire, et les cultures sont restées inodores. L'examen microscopique de ces colonies a montré qu'elles sont constituées par un fin microcoque disposé en amas, ne prenant pas le Gram, et ressemblant au staphylococcus parvulus de MM. Veillon et Zuber.

Un centimètre cube de liquide pleural fétide, fraîchement extrait, inoculé sous la peau d'un cobaye, n'a déterminé ni

purulence, ni formation gazeuse ; l'animal est resté en bonne santé.

Telle est cette observation ; discutons-la. Notre malade a fait son infection en deux étapes, l'une pulmonaire, l'autre pleurale. Bien que l'expectoration et le liquide pleural aient été fétides, pouvons-nous admettre ici des lésions gangreneuses ? Non, car les crachats de la gangrène pulmonaire sont horriblement fétides, hémoptoïques, sanglants, et riches en fibres élastiques ; ce n'était pas le cas pour les crachats de notre homme ; et, de plus, une gangrène pulmonaire ne se répare pas ainsi en quelques semaines. Ce n'était pas davantage une pleurésie gangreneuse, car il n'y avait, à l'opération, aucun lambeau sphacélé et l'amélioration a été des plus rapides.

S'agissait-il du moins de pleurésie putride ? Au premier abord on aurait pu le penser, étant donné le mauvais état général du malade et l'imminence rapide d'une situation des plus graves. Mais rien ne m'autorise à faire de cette pleurésie une pleurésie putride. Tous les signes de putridité y font défaut : pas de formation gazeuse dans la plèvre, pas de pneumothorax, pas de phlegmon gazeux sur le trajet de l'aiguille aspiratrice, pas de bulles gazeuses dans les tubes à expériences, pas de lésions gazeuses dans les tissus de l'animal inoculé.

Reste la pleurésie fétide. Évidemment, cet homme a eu une pleurésie fétide engendrée par une lésion du poumon droit, de même nature que la pleurésie. Il ne nous a pas été possible de découvrir les causes et l'origine de cette lésion pulmonaire, qui donnait naissance à une expectoration abondante et fétide, à flore microbienne des plus variées ; mais de même qu'il y a des pleurésies fétides et des pleurésies putrides, je pense qu'il y a des infections pulmonaires fétides et putrides, variables suivant la nature des agents pathogènes provocateurs de la lésion ; j'aborderai de nouveau cette question à notre prochaine séance.

Je pense également qu'il est des pleurésies fétides qui peuvent devenir putrides ; c'eût été peut-être le cas pour notre malade s'il n'avait pas été opéré à temps.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Le liquide des pleurésies fétides est séro-purulent, mal lié, parfois semblable à de l'eau sale, comme chez notre malade. On peut y trouver les microbes aérobies ou anaérobies les plus variés. Au milieu de cette flore se trouvent des microbes incapables de déterminer, du moins pour un temps, la putréfaction, mais capables de dégager une odeur infecte¹ (odeur d'*assa foetida*), comme d'autres microbes (chromogènes) produisent des substances colorantes.

Les pleurésies fétides sont les moins graves du groupe des pleurésies ozéneuses; elles ne provoquent pas aussi facilement que les pleurésies putrides et gangreneuses des accidents rapidement mortels (état adynamique, tendance au collapsus et à la syncope); néanmoins, elles peuvent être fort graves, comme chez notre malade, la résorption des produits toxiques peut avoir des conséquences redoutables. Aussi faut-il dépister le plus vite possible les pleurésies fétides en pratiquant une ponction exploratrice, et il est indiqué de les traiter sans retard par l'opération de l'empyème.

La différenciation des pleurésies fétides d'avec les pleurésies putrides et gangreneuses ne s'impose pas toujours du premier coup, le degré de puanteur ne suffit pas pour faire ce diagnostic; les expériences de laboratoire et la démonstration fournie par l'opération sont quelquefois nécessaires pour le confirmer.

Passons maintenant aux pleurésies *putrides*. Ce qui distingue les pleurésies putrides des pleurésies fétides, c'est qu'elles portent en elles tous les caractères de la putréfaction: formation de gaz dans la plèvre, et apparition d'un pneumothorax; formation de bulles gazeuses dans les tubes à expériences, formation de phlegmons gazeux sur le trajet d'une ponction exploratrice à travers les parois du thorax, apparition d'œdème phlegmoneux gazeux dans les tissus d'un animal inoculé, prostration rapide du malade, extrême gravité du mal, accélération et petitesse du pouls, tendance

1. Noica. Fétidité des maladies de l'appareil respiratoire. Thèse de Paris, 1899.

au collapsus et à la syncope. Avant d'entamer la description de cette pleurésie putride, je tiens à vous en présenter quelques cas qui pourront vous donner une idée exacte de son évolution.

Le 24 octobre 1899 entrain dans mon service une femme de trente-deux ans, dans un état alarmant. D'emblée, l'impression était des plus mauvaises: teint blême, forte fièvre, dyspnée violente, abattement profond, collapsus imminent, amaigrissement considérable, tout dénotait, dès le premier abord, une situation extrêmement grave. En s'approchant de la malade, on était frappé de la puanteur de l'haleine; la toux était fréquente et le crachoir contenait une expectoration diffluite, sanieuse, grisâtre, d'une grande fétidité. Ce n'était ni le liquide purulent des vomiques, ni l'expectoration de la bronchectasie. Cet état quasi-adynamique, associé à la fétidité de l'haleine et des crachats, donnait l'idée de la gangrène pulmonaire. Nous allons voir qu'il n'en était rien.

Nous examinons la malade: rien à gauche de la poitrine; nous constatons à droite un épanchement de 500 à 600 grammes, et des râles humides au-dessus de la zone pleurale. Il y avait donc là un épanchement pleurétique et une lésion pulmonaire. Le début de la maladie avait été des plus nets. Le 16 septembre était survenu, brusquement, au côté droit de la poitrine, une très vive douleur avec frissons; c'était l'entrée en scène du mal. A cette époque, cette femme était chez elle, convalescente d'une grande opération faite le 19 août à l'hôpital pour double salpingite et fibrome utérin; utérus et ovaires avaient été enlevés. Le jour de cette opération, la patiente fut prise d'une hémorragie si abondante, qu'un élève de garde n'eut que le temps de pratiquer d'urgence le tamponnement vaginal. La perte de sang provoqua une syncope et, pendant quelques jours, la malade, très affaiblie, put à peine se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle. Les forces revinrent lentement, et, le 10 septembre, la plaie abdominale étant cicatrisée, cette femme quitta l'hôpital et rentra chez elle.

C'est le 16 septembre, six jours après la sortie de l'hôpital

et quatre semaines après l'opération, qu'éclata brusquement l'épisode thoracique dont je viens de parler : frissons, fièvre et vive douleur au côté droit. La toux devint fort pénible, chaque saccade de toux ravivant les douleurs, et quelques jours plus tard apparurent des crachats diffluent et fétides. M. Apert, qui vit la malade chez elle, constata un épanchement de la plèvre droite, et retira un demi-litre de liquide sale et à ce moment-là sans odeur. L'évacuation du liquide ne modifia guère la situation : la fièvre et la dyspnée persistèrent, l'expectoration continua avec sa fétidité, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu. J'ai dit quel était son état à ce moment. Une ponction à la seringue de Pravaz ramena du liquide sanieux, grisâtre, et, cette fois, d'une telle fétidité, qu'à ne tenir compte que de cette puanteur on aurait pu songer à la gangrène.

Malgré ces constatations, le diagnostic n'était pas fort aisé : nous savions que cette femme était atteinte, d'une part, d'une lésion pulmonaire avec expectoration fétide, et, d'autre part, d'épanchement pleural également fétide; nous savions que la lésion pulmonaire avait été la première en date, puisque la fétidité des crachats avait devancé la fétidité de l'épanchement; mais restait à savoir quelle était la nature des lésions, et quelle était leur origine.

Il y avait donc un double diagnostic à faire : diagnostic anatomo-pathologique et diagnostic pathogénique. Le diagnostic anatomo-pathologique consistait à savoir si les lésions étaient ou non gangreneuses; y avait-il gangrène du poumon et de la plèvre, ou bien, sous l'apparence de la gangrène, n'avions-nous pas affaire à une infection putride sans mortification des tissus, ce qui est différent comme pronostic? Et, en tout cas, quelle était la porte d'entrée de cette infection? Avait-elle une origine embolique, ou une origine aérienne? Les germes avaient-ils été véhiculés par le sang ou par l'air? Chacune de ces questions ayant une importance de premier ordre, il fallait essayer d'y répondre.

N'oublions pas que la malade avait subi une grande opération abdominale quatre semaines avant l'apparition des accidents pulmonaires et pleuraux; il était donc permis de

penser à la possibilité d'une infection embolique d'origine abdominale. A cette hypothèse, on pouvait objecter, il est vrai, que l'épisode pulmonaire et pleural était survenu quatre semaines après l'intervention et que, du reste, les suites de celle-ci avaient été assez heureuses pour permettre d'éloigner toute idée d'infection d'origine abdominale. Ces objections ont leur valeur, mais elles ne sont pas suffisantes, car je pourrais citer des exemples d'infection embolique à distance, survenues quelque temps après l'extinction d'un foyer originel infectant; témoin l'appendicite, témoin l'otite.

En effet, l'histoire de l'appendicite nous apprend que des infections à distance, infections du foie, du poumon, etc., peuvent survenir alors que le foyer appendiculaire est éteint, la migration des agents pathogènes s'étant faite en silence pendant la phase active du processus en cavité close. J'ai longuement étudié cette question dans mes leçons sur l'appendicite, et j'ai dit combien est flagrante la disproportion entre ce tout petit foyer appendiculaire parfois peu bruyant, et les lésions, trop souvent mortelles, du foie et d'autres organes. L'histoire de l'otite nous apprend également que des infections à distance, abcès du cerveau et du cervelet, gangrène du poumon, peuvent survenir alors que le foyer otique paraît éteint. Dans une communication à l'Académie de médecine de Paris et dans une de mes leçons cliniques¹, j'ai étudié ces abcès à distance du cervelet consécutifs à des otites mal éteintes.

Dans le même ordre d'idées, ce qui se passe parfois après l'accouchement donne singulièrement à réfléchir. L'accouchement s'est fait dans les meilleures conditions, tout s'est passé à souhait, l'asepsie la plus rigoureuse a été observée, on n'a constaté aucune infection apparente, et cependant des embolies microbiennes peuvent former dans le poumon des infarctus septiques avec ou sans pleurésie purulente. J'insiste donc sur ce fait qu'un foyer infectant mal éteint, appendiculaire, otique, utérin, ou autre, peut être l'origine d'infections redoutables.

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1901, t. IV, huitième leçon.

On pouvait se demander si les lésions pulmonaire et pleurale de notre malade, opérée quatre semaines avant, n'avaient pas pour origine un foyer abdominal. On va voir qu'il n'en était pas ainsi.

Au cours de notre interrogatoire, cette femme avait parlé d'écoulement vaginal fétide qui durait depuis trois semaines, malgré des injections journalières. On pratique le toucher et on sent au fond du vagin comme un gros bourgeon enclavé dans un infundibulum. L'examen au spéculum fait voir une masse grisâtre enchatonnée par la muqueuse œdématisée. Toutes ces parties baignent dans un liquide sanieux d'une horrible fétidité. Après irrigations multiples, on saisit avec des pinces la masse enclavée au fond du vagin et, après quelques tractions, on l'attire au dehors. Quel ne fut pas l'étonnement de voir un paquet de gaze tout entier, qui n'était ni sectionné ni déroulé, et qui était resté enfoui dans le vagin, oublié par mégarde, depuis le tamponnement nécessité par l'hémorragie post-opératoire!

Au moment de l'extraction de cet énorme corps étranger, qui séjournait là depuis longtemps, une odeur infecte se répand, et une cinquantaine de grammes de liquide fétide s'écoulent. Après injections vaginales abondantes, on aperçoit sur la muqueuse du fond du vagin des ulcérations peu profondes à fond sanieux, à bords rouges et non décollés. Ces ulcérations saignent facilement quand on écarte les valves du spéculum pour déplisser l'arrière-fond du vagin.

Cette fois, nous tenions le corps du délit et nous pouvions entrevoir l'enchaînement des accidents. Le fond du vagin avait été transformé en cavité close par le tampon oublié. Dans ce terrain de culture favorable à la virulence microbienne, des ulcérations s'étaient produites; les microbes, sous forme d'embolies septiques, avaient pénétré dans le système sanguin et déterminé un foyer pulmonaire et un foyer pleural.

L'ablation du tampon fut suivie d'un abaissement de la température, ce qui est naturel, puisque nous venions de faire disparaître le foyer où s'élaborait la toxi-infection; mais l'état de la malade resta tout aussi mauvais et la fièvre

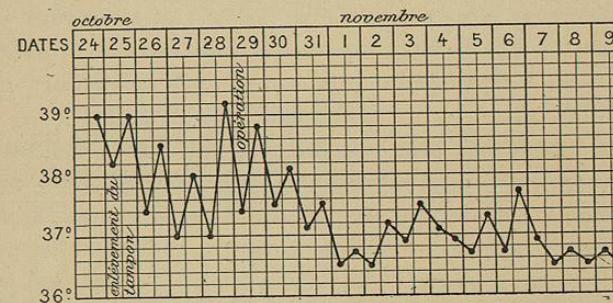
reparut, ce qui s'explique, car les lésions pleuro-pulmonaires continuaient leur évolution.

Ces lésions étaient-elles putrides sans être gangreneuses? avions-nous l'heureuse chance que la mortification des tissus ne fût pas associée à la putréfaction? Cette question devait être élucidée, mais pour le moment l'indication urgente était de supprimer le foyer pleural et de voir ce qu'on pourrait faire pour le foyer pulmonaire.

Je priai mon ancien interne, M. Marion, alors chef de clinique de M. Duplay, de se charger de l'opération. Un demi-litre de liquide extrêmement fétide jaillit par l'incision; ce liquide ne contenait aucun lambeau de sphacèle.

L'absence de tissus sphacelés avait une grande importance: ce fait négatif permettait d'éloigner l'hypothèse de gangrène pleurale, comme l'absence de fibres élastiques et d'éléments sphacelés dans les crachats permettait d'éloigner l'hypothèse de gangrène pulmonaire.

Après l'opération, la fièvre tombe et l'état général s'améliore rapidement. L'expectoration fétide diminue et cesse en dix jours. Trois semaines plus tard, la malade était complètement guérie. Ci-joint sa courbe de température.



Revenons maintenant sur quelques particularités de cette observation. Les recherches bactériologiques faites par M. Apert ont porté sur le liquide fétide du vagin, sur les crachats fétides et sur le liquide putride de la plèvre. Dans ces trois foyers, qui marquent comme les trois étapes