

Enfin, les chirurgiens qui adoptent les théories formulées par les Allemands pensent que l'hygiène bien entendue des blessés diminue les chances d'apparition de la fièvre traumatique.

BIBLIOGRAPHIE. — Hévin, *Traité de pathologie*, t. II, p. 47, 1793. — J. Hunter, *Œuvres complètes* (traduc. Richelot), t. I, p. 371, Paris, 1843. — Dumas, *Mém. sur la nat. et le trait. des fièvres, etc.*, in *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, an VIII, t. IV, p. 1. — Fournier et Vaidy, *Fièvre traumatique*, in *Dict. en 60 vol.*, t. XV, p. 424, 1816. — Ristelhueber, *Sur la fièvre qui survient à l'occasion d'une plaie, etc.*, in *Rec. de méd. et de chir. milit.*, 1<sup>re</sup> série, t. III, p. 288, 1817. — Blandin, *Amputation*, in *Dict. en 15 vol.*, t. II, p. 170, 1835. — J. L. Sanson, *Plaie*, in *Dict. en 15 vol.*, t. XIII, p. 114, 1835. — E. Estor, *Appl. de l'analyse clin. à la pathol. chirg.*, t. II, p. 1175, Montpellier, 1856. — Th. Billroth, *Beobacht. Studien ü. Wund fieber ü. accidentelle Wundkrankheiten*, in *Langenbeck's Arch. für Klin. Chir.*, 1862, Bd. II, 2, s. 325. — Ibid., *Zweite abhandlung*, in *ibid.* Bd. VI, s. 372, 1865. — Ibid., *Dritte abhandlung*, in *ibid.* Bd. IX, s. 52, 1868. — Billroth, *Études expér. sur la f. traum.* (trad. abrégée de Culman), in *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. VI, p. 547 et 644, 1865, et t. VII, p. 55, 1866. — Maisonneuve, *Mém. sur les intoxications chirurgicales*, Paris, 1867 (lu à l'Acad. des sciences le 10 décembre 1866). — J. Breuer et R. Chrobak, *Zur Lehre vom Wund fieber*, in *Med. Jahrb.*, Bd. XIV, s. 3, Wien, 1867. — A. A. Beal, *Étude crit. sur la fièvre traum., etc.*, thèse de Paris, 1868 n° 102. — J. B. M. Chauvin, *Essai sur l'intox. chirurg.*, *ibid.*, n° 294, 1868. — Hénocque, *Étude critique sur la fièvre traum.*, in *Arch. de physiol.*, n° 1, p. 191, 208, 1868. — A. Blum, *Étude sur la fièvre traum. primitive*, in *Arch. gén. de méd.*, 1869, vol. I, p. 414. — L. Trouessart, *De la fièvre traum., etc.*, thèse de Paris, 1870, n° 264. — Vidal, *Essai sur la prophyl. des f. chirurg.*, *etc.*, *ibid.*, 1872, n° 148. — Billroth, *Neue Beob. ü Wund fieber*, in *Arch. für Ki. chir.*, 1872, Bd. XIII, ab. 3, s. 579. — Just Lucas Championnière, *De la fièvre traumatique*, thèse de concours d'agrég. en chir., Paris, 1872 (Bibliographie). — P. E. Chauffard, *De la fièvre traumatique, etc.*, Paris, 1873.

### § 9. — Septicémie chirurgicale.

Nous étudierons sous ce nom un ensemble d'accidents généraux succédant au traumatisme et offrant de nombreuses analogies avec ceux qui caractérisent certaines formes de la fièvre typhoïde, en particulier la forme dite ataxo-adynamique.

La septicémie chirurgicale peut être divisée en *septicémie aiguë* et en *septicémie chronique*. Cette dernière est bien mieux connue sous le nom d'*infection putride*.

#### A. — Septicémie traumatique aiguë.

Les chirurgiens sont assez peu d'accord sur ce qu'on doit entendre par *septicémie aiguë*. Pour le professeur Gosselin, ce n'est autre chose qu'une fièvre traumatique grave; il l'appelle encore *septicémie primitive essentiellement maligne*. Cette opinion est en partie partagée par le professeur A. Verneuil, qui, nous l'avons déjà vu, rapporte la fièvre traumatique à une septicémie bénigne.

La fièvre traumatique vient-elle à se compliquer, dit Billroth, il se produit deux affections également graves, la *septicémie* et la *pyohémie* ou *infection purulente*. Pour lui, et cette opinion paraît vérifiée par l'expérimentation (Davaine), la *fièvre septicémique* ou septicémie, presque toujours aiguë, résulte d'une intoxication du sang par des matières putrides agissant à la manière des ferments.

Ces matières putrides, agissant sur le blessé, résulteraient de l'action même du traumatisme (*septicémie autochthone*), ou bien seraient répandues dans le milieu ambiant (*septicémie hétérochthone*).

*Symptomatologie.* — Les débuts de la septicémie aiguë seraient ceux de la fièvre traumatique ordinaire pour beaucoup d'auteurs. D'autres la font commencer plus tard, du 4<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour après la blessure, voire même à une époque plus éloignée.

Toujours est-il qu'au lieu de décroître, la fièvre traumatique continue et même augmente d'intensité; le pouls, dur, atteint 100 et plus; la température monte jusqu'à 40 et 41°, avec rémission matinale, et elle ne s'abaisse guère que vers l'issue funeste de l'affection générale. Quoi qu'en dise Billroth, il ne paraît pas y avoir de type bien net de la courbe thermométrique de cette redoutable complication des plaies.

Au début, de grands frissons ont été signalés, mais d'ordinaire ceux-ci sont passagers et rarement aussi violents que dans la *pyohémie* (voyez plus loin); il n'y aurait jamais de frissons intercurrents (Billroth) (?)

La bouche est sèche, la langue fendillée, dure, les dents fuligineuses; l'appétit nul, la soif vive; ordinairement on note de la constipation, excepté à la fin de la maladie où il apparaît de la diarrhée. Les vomissements, le hoquet, ne sont pas rares.

La peau, baignée de sueurs au début (Billroth), devient sèche, offre une teinte subictérique et donne au toucher une sensation de chaleur sèche, mordicante.

Les urines sont rares, contiennent beaucoup d'urates. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas d'albumine? Billroth assure en avoir rencontré.



Il y aurait des signes de congestions du côté du foie, de la rate et des poumons, d'où une dyspnée assez marquée.

Les symptômes cérébraux se caractérisent par de l'hébétément, la voix tremblée, la lenteur de la parole, souvent du subdélirium, surtout dans les dernières périodes, enfin plus rarement par un délire nocturne. Pour résumer cet ensemble symptomatologique en deux mots, on peut dire que le blessé offre un aspect *typhoïde* très-accusé.

Cet état dure 12 à 15 jours, la prostration augmente, des hémorrhagies se font par les muqueuses, le malade tombe dans le coma et meurt avec une assez longue agonie. Cette issue fatale est-elle constante? Nous ne le croyons pas, ou du moins cela n'est pas probable (Blum).

Du côté de la plaie, il se produit un certain nombre de phénomènes qu'il nous faut signaler. La solution de continuité devient blafarde, elle est le siège d'un écoulement sanieux et fétide, il y a peu de douleur locale; enfin on a signalé des complications graves, comme des hémorrhagies en nappe, des lymphangites, le phlegmon diffus suraigu (*œdème purulent aigu* de Pirogloff), etc. Billroth insiste sur une teinte brune de la peau avoisinant la blessure. Ce doit être là l'*érysipèle bronzé* décrit par Velpeau (?) (Verneuil).

Maisonneuve et Chassaignac ont signalé une forme *foudroyante* de la septicémie traumatique, forme caractérisée par des phénomènes généraux immédiats, de l'algidité, de l'agitation ou du coma, une anesthésie presque complète. Ce sont, en partie, les phénomènes qui succèdent au choc traumatique récemment étudié par Redard (1).

A l'abaissement primitif de la température peut succéder une brusque élévation de la chaleur (40°), qui ne tarde pas elle-même à diminuer, et le blessé meurt rapidement dans l'adynamie et la prostration.

*Diagnostic.* — Dès le premier jour du traumatisme, la septicémie aiguë pourrait être confondue avec la fièvre émotive, le delirium tremens ou la pyohémie; toutefois la septicémie apparaissant aussi vite, est tout à fait exceptionnelle, sauf les cas où elle est foudroyante.

Au bout de 24 heures ou 36 heures, la septicémie aiguë se confond avec la fièvre traumatique; mais celle-ci diminue très-vite, tandis que dans la fièvre septicémique la température reste élevée.

(1) Arch. génér. de méd. loc. cit.

Il ne faudrait pas croire à l'existence d'une septicémie alors qu'il naît des complications inflammatoires du côté de la plaie (*fièvre inflammatoire secondaire*, *nach fieber* des Allemands); cette fièvre a été considérée à tort, selon nous, comme une sorte d'intermédiaire entre la fièvre traumatique et la septicémie grave. Il faudra donc toujours examiner la plaie, et s'assurer de la non-existence de complications, comme la rétention du pus, la formation d'un abcès, d'une fusée purulente, l'élimination d'un séquestre, d'une eschare, etc.

Le phlegmon diffus, l'angioleucite, l'érysipèle, la phlébite, etc., se traduisent aussi par des phénomènes généraux souvent septicémiques, mais nous croyons qu'il n'est pas possible de les considérer toujours comme le résultat de l'*intoxication traumatique* (Maisonneuve). D'ailleurs, ces lésions offrent des signes tout à fait spéciaux et faciles à reconnaître au moins au bout de quelques jours.

Les affections inflammatoires viscérales (pleurésie, pneumonie, angine) pourraient donner le change et faire croire à une septicémie commençante. On a signalé des accès intermittents dus à l'intoxication paludéenne (Verneuil).

Reste enfin un diagnostic très-difficile, au début surtout, c'est de différencier la septicémie aiguë de la pyohémie. (Voyez la *Pyohémie*.)

*Pronostic.* — Il est très-grave, puisque, d'après la plupart des chirurgiens, la septicémie aiguë se terminerait presque fatalement par la mort; nous croyons cependant avec Blum qu'on a très-probablement exagéré cette gravité du pronostic, et que des blessés ont pu guérir après avoir présenté des phénomènes de septicémie.

*Anatomie pathologique.* — Les cadavres des blessés morts de septicémie aiguë, et particulièrement de septicémie foudroyante, se décomposent avec une grande rapidité. Dans quelques cas même ces signes de putridité apparaîtraient avant la mort.

Le sang est noir, parfois verdâtre, il est fluide, poisseux, offrant l'aspect du goudron (Billroth); le cœur et les gros vaisseaux, les veines provenant des tissus lésés peuvent contenir des gaz (Maisonneuve et Verneuil).

L'analyse et l'histologie du sang sont encore à faire, on a signalé l'existence de globules crânelés, celle de globulins ressemblant aux granulations graisseuses, celle de bactéries ou de bactériidies. Ces dernières altérations seraient constantes dans les affections dites septicémiques (Davaine) (?)

La rate, le foie, les reins, les centres nerveux, les poumons, sont



congestionnés; ces derniers, imperméables à l'air, ont un aspect noir et offrent l'altération dite *splénisation* du poumon.

La rate, dure et volumineuse, ne tarde pas à se ramollir. On a signalé des injections vasculaires de l'estomac et de l'intestin grêle au niveau des plaques de Peyer ou des follicules isolés, surtout s'il y a eu de la diarrhée (Billroth).

Dans la septicémie ordinaire, les lésions viscérales sont bien moins accusées, et les poumons peuvent être sains (Billroth), cependant la pneumonie hypostatique ne serait pas rare (Verneuil). Les reins sont irrégulièrement congestionnés, et offrent souvent une dégénérescence de l'épithélium des *tubuli*, d'où l'albuminurie (Verneuil).

Le foie présenterait les lésions de la stéatose aiguë, surtout dans la septicémie grave (Verneuil); on y trouve des points suppurés (Hayem); mais ces lésions n'appartenaient-elles pas à l'infection purulente consécutive? Certains auteurs ont, en effet, mentionné comme altération de la septicémie: des abcès ichoreux, des infarctus emboliques (Billroth) (?)

On a aussi signalé des traces de péricardite (Billroth), et plus souvent des pleurésies diffuses modérées (Blum). Les séreuses auraient-elles une affinité élective pour les matières putrides qu'elles exhaleraient à leur surface (Vulpian)?

*Étiologie et Pathogénie.* — Parmi les lésions traumatiques qui donnent plus souvent naissance à la septicémie *autochtone* il faut citer en première ligne les altérations des os (fractures, contusions, ostéomyélite, périostite); puis en seconde ligne les plaies contuses, les brûlures, qui s'accompagnent de gangrène, les plaies d'armes à feu.

Maisonneuve (1) a décrit une gangrène *foudroyante* résultant du traumatisme (voyez *Gangrène traumatique*), qui s'accompagne de septicémie suraiguë, comme nous l'avons déjà dit.

Dans quelques cas, la septicémie résulterait d'un véritable empoisonnement par les voies digestives et respiratoires, par exemple lors de fracture du maxillaire inférieur (Riche), et en général dans la plupart des altérations des mâchoires, donnant lieu à une supuration fétide (Chassaignac).

Enfin, dans la septicémie *hétérochthone*, les miasmes putrides seraient absorbés par la muqueuse pulmonaire et par la plaie (A. Guérin).

(1) Mém. lu à l'Ac. des sciences en 1853.

La pathogénie de la septicémie paraît assez nette pour la plupart des chirurgiens, presque tous admettent qu'il y a une véritable intoxication, résultant de l'absorption des matériaux septiques exhalés par le foyer traumatique. Des expériences nombreuses, entreprises à l'imitation de celles de Gaspard, tendent en effet à prouver ce mode de développement de la septicémie aiguë. Quant à la nature même du poison, elle est indéterminée jusqu'ici, malgré les recherches de Panum et Bergmann; il en est d'ailleurs de même de son mode d'absorption, qui pour quelques-uns aurait exclusivement lieu par les lymphatiques (Billroth).

Un fait important à noter, c'est que ce sont les lésions traumatiques ou inflammatoires des os, et en particulier de la substance médullaire, qui déterminent le plus souvent la septicémie (Gosselin). La graisse contenue dans la moelle, s'altérant facilement, donne-t-elle naissance à des matériaux septiques, absorbés rapidement, vu la texture même du tissu osseux (1)? Telle est l'opinion du professeur Gosselin. Faut-il faire intervenir ici l'existence d'embolies graisseuses (Virchow, Cohn, Panum, Zenker) pouvant donner naissance à des ecchymoses et à des hémorrhagies (Bush), voire même à des abcès métastatiques (Wagner)? Nous croyons qu'il est actuellement impossible de résoudre cette question encore à l'étude (2).

Dans un seul cas, selon nous, la pathogénie de la septicémie est indiscutable; c'est lorsqu'elle succède aux piqûres anatomiques, aux blessures faites par des instruments salis par des matières en putréfaction. Les accidents qui se développent alors sont tout à fait comparables à ceux qu'on provoque expérimentalement, depuis Gaspard, en inoculant aux animaux des matériaux septiques plus ou moins dilués. Rien ne s'oppose ici à admettre qu'une très-petite quantité de matière septique peut jouer vis-à-vis des liquides de l'organisme le rôle encore assez obscur d'un ferment.

*Traitement.* — Il n'est guère que prophylactique, et, en tenant compte des théories généralement adoptées, il doit avoir pour but: 1° d'agir sur le malade en l'empêchant d'absorber des matériaux putrides qui l'entourent et le menacent constamment; 2° de modifier l'état de la plaie et d'empêcher l'accumulation des matières septiques à sa surface. De là des indications d'hygiène générale, de nourriture, d'aération, combinées à l'intervention de pansements

(1) Demarquay, *Rech. sur la perméabilité des os, etc.*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1871, t. XXXVI, p. 877.

(2) A. Mulet, *D'une compl. des fractures*, th. de Strasbourg, 1869, 3<sup>e</sup> série, n° 207.



méthodiques, antiseptiques et autres (1); il est certain que pour prévenir la septicémie trochthone, l'un des meilleurs modes de pansement sera le pansement ouaté de A. Guérin (2).

Les accidents septicémiques développés, le traitement curatif nous paraît encore à trouver; toutefois il sera bon d'insister sur les toniques, les antiseptiques comme le sulfate de quinine, et peut-être l'acide phénique.

B. — Septicémie chronique. — Infection putride.

Cet état morbide « paraît résulter de l'absorption des principes solubles d'un pus vicié et fétide » (Follin).

En effet, d'après les recherches modernes, les éléments figurés joueraient un très-grand rôle dans la production des maladies dites septiques et virulentes (Chauveau, etc.). Aussi semble-t-il au moins logique d'admettre que les principes solubles des humeurs altérées, peuvent donner naissance à une affection distincte de la septicémie chirurgicale ou non.

Confondue longtemps avec l'infection purulente, l'infection putride en a été séparée pour la première fois par Bérard (3), et depuis cet auteur elle a toujours été décrite à part dans les traités classiques.

*Symptomatologie.* — L'infection putride se traduit à l'observateur par des symptômes généraux et locaux. Chez un sujet offrant une plaie plus ou moins étendue, avec des clapiers anfractueux et profonds, on constate d'abord une altération fétide du pus exhalé par la surface en suppuration; parfois la quantité du liquide purulent diminue, la surface granuleuse devient sèche et pâlit. En même temps survient une fièvre continue avec exacerbation le soir; la peau est chaude, sèche; l'appétit disparaît peu à peu, la soif augmente. Il ne tarde pas à se produire un amaigrissement considérable et une faiblesse très-grande. Le sommeil se trouble, il y a des rêveries, la diarrhée apparaît, les selles sont liquides et infectes, des sueurs profuses et fétides épuisent le malade qui tombe dans le marasme et meurt.

S'il est apporté remède à la putréfaction du pus, on voit bientôt les phénomènes généraux s'amender et disparaître au bout d'un temps relativement court; quelquefois, dit-on, après de véritables diarrhées critiques.

(1) *Manuel de petite chirurgie*. 5<sup>e</sup> éd., p. 525, etc., 1873.

(2) *Ibid.*, p. 525 et suivantes.

(3) Article pus, in *Dict.* en 30 volumes.

La durée de la septicémie chronique est, en général, assez longue, surtout si on la compare à celle de la septicémie aiguë ou de l'infection purulente.

*Diagnostic.* — Les conditions spéciales dans lesquelles se développent les accidents de l'infection putride semblent devoir en faciliter le diagnostic; toutefois, dans certains cas, on pourra penser, au moins au début, soit à une septicémie aiguë, soit à la pyohémie. La marche lente de l'affection, l'absence de frissons, la fétidité toute spéciale du pus exhalé par la plaie pourront bientôt mettre sur la voie du diagnostic.

Y a-t-il, comme on l'a dit, des signes capables de faire distinguer la septicémie chronique de la *fièvre hectique* qui survient chez les sujets épuisés par la suppuration? Nous n'oserions l'affirmer, et le seul phénomène de la putridité du pus (Follin) peut très-certainement être contesté. Il en résulte que certains chirurgiens rejettent l'infection putride de la classe des septicémies et la regardent comme caractérisant l'hecticité.

*Prognostic.* — Il est grave; toutefois, un traitement local antiseptique peut améliorer très-rapidement l'état général des malades.

*Anatomie pathologique.* — Les individus qui succombent à l'infection putride n'offriraient aucune lésion cadavérique (Follin); cependant, Bérard a cru pouvoir assurer que le sang des veines revenant des parties malades présentait une odeur fétide. Cette assertion, basée sur des faits observés pendant la vie (lors d'amputation des membres lésés), ne paraît pas avoir été vérifiée.

Dans ces cas, la stéatose viscérale est la règle, les organes sont exsangues et gras; les poumons n'offrent ni congestion, ni dégénérescence grasseuse; ils présentent souvent les lésions de la tuberculose aiguë ou *granulie* (Verneuil).

*Étiologie, Pathogénie.* — Les vastes plaies avec clapiers plus ou moins anfractueux, les plaies cavitaires, entraînant plus facilement la rétention du pus et son altération, prédisposent aux accidents d'infection putride. Cette affection se rencontre encore comme complication des abcès froids ouverts à l'extérieur, soit spontanément, soit par le chirurgien.

Le pus séjournant dans la plaie ou dans la cavité de l'abcès se décompose au contact de l'air, il se produit de l'ammoniaque, du sulfhydrate d'ammoniaque et d'autres éléments encore inconnus. Ces substances solubles exhalent une odeur infecte, sont absor-



bées et intoxiquent l'économie, d'où l'infection ou l'intoxication putride, bien différente de l'infection purulente avec laquelle on l'a si longtemps confondue.

*Traitement.* — Le traitement, essentiellement préventif, consiste :

1° A éviter l'entrée de l'air dans le foyer purulent lorsqu'il s'agit d'un abcès froid, d'où l'indication des ponctions sous-cutanées et capillaires ;

2° A empêcher le pus de séjourner dans le foyer, dans les clipiers, et pour cela il faut pratiquer des contre-ouvertures et utiliser le drainage (1) ;

3° A prévenir, par un pansement convenable, la décomposition du pus, c'est-à-dire utiliser les antiseptiques et en particulier les injections chlorurées, phéniquées et iodurées (2).

L'infection putride existe-t-elle, il faut se hâter de modifier l'état du pus par les antiseptiques et chercher à relever les forces du malade par les toniques amers et antifebriles, par une alimentation et une aération méthodiques.

Enfin, il peut être quelquefois utile de sacrifier un membre alors que le foyer septique ne peut-être modifié et détergé par les moyens indiqués ci-dessus. Mais c'est là un fait tout à fait exceptionnel.

**BIBLIOGRAPHIE.** — W. Röser, *Zur Lehre von der Septischen Vergiftung des Blutes*, in *Arch. der Heilkunde*, Bd. IV, S. 136 et 233, 1863, et *ibid.* Bd. VII, S. 253 et 330, 1866, Leipzig. — E. Wagner, *Sur l'embolie graisseuse des capill. des poumons*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1866, p. 221, ext. des *Arch. der Heilkunde*, Bd. III, S. 221, 1862, et Bd. VI, S. 146, 1865. — O. Weber, *Ueber Fettembolie*, in *Handbuch der allg. u. spec. Chir.* de Pitha et Billroth, Bd. I, H. I, S. 84, 1865. — F. Busch, *Ueber Fettembolie*, in *Virchow's Arch.*, Bd. XXXV, S. 321, 1866. — Bergmann, *Das putride Gift*, Dorpat, 1868. — Verneuil, *Mém. lu au congrès scient. de Paris*, 1867. — A. Blum, *Embolies graisseuses*, in *Arch. g. de méd.*, 1870, vol. I, p. 736. — Id., *De la septicémie chir. aiguë*, th. de Strasbourg, 1870, n° 286 (Bibliographie). — G. Richelot, *Etude clinique sur la septicémie*, in *Union méd.*, 1871, 8<sup>e</sup> série, t. II, p. 181. — Id., *Des rapports qui unissent la septicémie et la pyohémie*, in *ibid.* p. 208, 217. — M. Perrin, *Mém. sur l'inf. putride aiguë*, lu à l'Acad. de méd. le 29 oct. 1872, in *Gaz. des hôp.*, p. 1019, 1872. — Davaine, H. Bouley, *Exp. sur la septicémie*, in *Gaz. des hôp.*, 1872, p. 893, 939 et 964 (Ac. de médecine). — Chassaignac, H. Bouley, Béhier, Onimus, Vulpian, Piorry, Davaine, *Discussion sur la septicémie*, in *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 46, 70, 116, 236, 308, 272 et 396 (Acad. de méd.).

Voir encore la bibliographie de l'infection purulente.

(1) *Manuel de petite chirurgie*, 5<sup>e</sup> éd., p. 530, 1873.

(2) *Ibid.*, p. 382 et 570.

#### § 10. — Infection purulente, ou Pyohémie.

On peut la définir une affection produite par une altération du sang et caractérisée par des lésions diverses, dont le dernier terme est la formation d'abcès multiples dits encore *abcès métastatiques*.

Selon les doctrines médicales cette complication terrible des lésions traumatiques a reçu les noms divers de *Fièvre purulente*, *Diathèse purulente* (Gerdy, Nélaton), *Phlébite purulente*, *Absorption*, *Résorption purulente*.

*Symptomatologie.* — L'opéré ou le blessé, jusque-là bien portant ou ayant eu une fièvre traumatique légère, a tout à coup, et sans cause appréciable, un grand frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes. En général, ce frisson n'apparaît guère que vers le quinzième jour, toutefois il peut se manifester bien plus tôt, presque immédiatement après la blessure (Verneuil), ou à la fin de la fièvre traumatique. Dans d'autres cas, la plaie est presque guérie lorsque survient le frisson, et ce peut être le vingtième ou le trentième jour.

Ce frisson, symptôme fréquent des maladies infectieuses, ressemble singulièrement au frisson initial d'un accès de fièvre intermittente, d'autant qu'il se renouvelle avec une apparence de régularité, d'où le nom de *fièvre rémittente* des opérés et des blessés, donné par Dumas de Montpellier à la pyohémie (Verneuil). La fièvre qui apparaît avec le frisson est toujours très-intense, le pouls est vite, petit, la température élevée (40°, 41°). Ce qui caractérise le tracé thermométrique de la pyohémie, ce sont d'énormes oscillations dans la température, qui normale le matin, par exemple, sera à 39 ou 40° quelques heures après. Ajoutons que ce tracé n'a d'ailleurs pas de type bien déterminé (Verneuil).

Après les premiers frissons, le malade est d'abord sans soif, sans grand appétit, mais continue à manger, et, à part quelques rêvasseries nocturnes, il ne paraît pas très-gravement atteint. Toutefois ses traits sont altérés et son amaigrissement est manifeste ; en outre, il se préoccupe beaucoup de son état et se croit perdu ; cet état d'inquiétude fait fréquemment place à un grand affaissement et à une tranquillité anormale.

La plaie devient blafarde, luisante, se sèche (*dessèchement des plaies* de J. L. Petit) ; d'autres fois elle prend un mauvais caractère, et il s'y développe des complications (érysipèle, phlegmon diffus, etc.) ; le pus serait verdâtre (Braidwood) (?).