

pas de bâtonnets de bactéries dans les liquides sécrétés par les plaies traitées antiseptiquement, mais qu'on y trouvait souvent des micrococci. Il considère la présence des bactéries comme causant la pyohémie, tandis qu'il regarde les micrococci comme inoffensifs.

La commission de la Société pathologique de Londres a trouvé que les organismes étaient tantôt présents dans le sang, tantôt absents. Les bâtonnets ont été constatés d'une façon plus constante et, outre ceux-ci, on a trouvé des corps ovoïdes mesurant 3 à 8 millimètres de diamètre, d'autres plus grands, granuleux, parfois agglomérés et réunis en forme d'haltères. L'examen nécroscopique des organes et des tissus a fait constater souvent des micrococci, surtout dans la glande thyroïde, le cœur, les poumons, le foie, les reins, les capsules surrénales, la rate, les ganglions lymphatiques et les caillots sanguins. Il y en avait presque toujours dans les vaisseaux sanguins et dans les capillaires.

Les résultats des examens faits sur le corps humain sont que dans les plaies on trouve des bâtonnets et des micrococci, mais qu'on ignore lequel des deux est actif ou si tous les deux le sont; dans le sang on a trouvé des micrococci et des bâtonnets, mais plus souvent ces derniers. Dans les tissus, on rencontre plus souvent des micrococci et rarement des bâtonnets.

2° *Expérimentations sur les animaux.* — Elles ont consisté surtout à inoculer aux animaux le pus de pyohémiques, ainsi que des liquides putrides de diverse origine, surtout du sang.

L'inoculation du pus provenant de plaies d'individus pyohémiques est d'habitude fatale aux animaux; quelquefois sans qu'il y ait de lésions, d'autres fois on trouve des inflammations métastatiques (Birsh-Hirschfeld).

L'inoculation de sang putréfié ou d'autres liquides agit de trois façons. Les fortes doses tuent l'animal en peu de temps; de faibles doses ne produisent que des symptômes passagers ou nuls ou bien au bout de quelques heures l'animal s'affaiblit, s'émacie, perd ses forces et meurt. Les liquides putrides contenaient toujours des bactéries et plusieurs observateurs prétendent que si l'on avait fait disparaître les bactéries, les liquides auraient été inoffensifs. Mais Panum a montré que le liquide pouvait être toxique après la disparition des bactéries; et Hiller a fait voir que les bactéries, isolées du liquide putride, pouvaient être inoffensives. Davaine a montré que chez les animaux septicémiques qu'on inoculait successivement des uns

et des autres, le sang devenait toujours un poison, de plus en plus virulent. Burdon Sanderson a fait voir que, si l'on développait artificiellement une péritonite à l'aide d'un irritant chimique quelconque, le liquide sécrété par cette inflammation deviendra, à la suite d'inoculations successives, de plus en plus virulent et contiendra des bactéries.

Il y a eu une divergence très grande dans les opinions, relativement à la présence des organismes dans le sang des animaux ainsi inoculés. Koch, dans ses expériences sur des rats, a trouvé dans le sang de ceux qui mouraient à la suite d'injections copieuses de sang putride, quelques bâtonnets de différentes dimensions et des micrococci; mais si les animaux avaient été inoculés avec une petite quantité de liquide septique, c'est qu'il y avait de petits bâtonnets en grand nombre. Porteni a essayé d'isoler les micro-organismes propres à la pyohémie par des cultures successives. Il est arrivé à ces conclusions qu'il y a des bactéries se présentant sous une forme de bâtonnets particulière à la pyohémie; que ces organismes ne se développent pas par le contact de l'air, mais au contraire sont tués par lui (anaérobie); que les micrococci dérivent de ces bâtonnets, non affectés par l'air, qui dans des conditions favorables peuvent se transformer en bâtonnets; qu'il y a une autre forme de bactérie-bâtonnet qui produit la suppuration localisée.

D'après ces différentes expériences, il y a donc de fortes raisons pour admettre que les liquides putrides injectés sous la peau ou dans les veines des animaux produisent des symptômes graves ou la mort. Ces liquides putrides contiennent invariablement des bactéries. Si l'on détruit les bactéries par l'ébullition, la filtration, etc., le liquide est encore toxique (Panum). Si les bactéries enlevées par la filtration sont injectées, elles sont également toxiques, mais si elles ont été lavées à plusieurs reprises, elles sont inoffensives. D'autre part, des cultures successives d'une sorte particulière de bactéries, dans des liquides neutres, donnent naissance à des organismes qui sont toujours toxiques (Pasteur).

Ces liquides putrides semblent agir de deux façons: 1° comme un poison lent, à petite dose. Chez les animaux tués par des doses élevées, on ne trouve que peu ou point de bactéries dans le sang et ce sang n'est pas toxique pour les autres animaux. Chez les animaux tués lentement par de petites doses, on trouve des bactéries dans le sang et leur sang frais est toxique pour les autres animaux. On ne voit pas encore

au juste si les symptômes et les lésions produits chez les animaux par ces injections de liquides putrides, sont identiques avec les symptômes et les lésions de la pyohémie chez l'homme.

Symptômes et lésions de la pyohémie.

Il est impossible de décrire les symptômes et les lésions de la pyohémie comme on le ferait pour une maladie définie. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'énumérer les différents états que l'on désigne d'habitude sous le nom de pyohémie et de décrire les symptômes et les lésions que l'on rencontre dans chacun d'eux.

I. Il y a un certain nombre de plaies et de traumatismes qui sont caractérisés par la présence d'un mouvement fébrile, sans aucun autre symptôme. La plaie a un bon aspect, l'état général du patient est bon, le mouvement fébrile présente une intensité modérée, dure quelques jours, puis disparaît et le patient guérit. C'est ce que l'on observe dans les cas de plaies laissées à découvert ou traitées antiseptiquement et dans les fractures simples surtout celles de la cuisse (Volkman). Dans ces cas, il ne semble pas se produire une infection venant du dehors, ni développement d'organismes, ni formation de poison chimique. Ce qui paraît probable c'est que le mouvement fébrile est dû à la résorption des portions de tissu mortes, mais non putréfiées. Dans ces plaies et fractures, le traumatisme est souvent suffisant pour détruire la vitalité de quelque partie de tissu. Ces parties ne se putréfient pas, mais subissent des modifications nécrobiotiques. La résorption de ces tissus mortifiés peut produire un mouvement fébrile chez des personnes susceptibles.

II. Il y a des cas où, dans une partie du corps, une portion de tissu est non seulement mortifiée, mais subit la dégénérescence putride. Pendant que ce processus de putréfaction se produit, le malade éprouve des frissons, de la fièvre, des troubles gastriques, une grande prostration et même il peut mourir, mais si l'on arrête ce processus à temps, tous ces symptômes disparaissent tout d'un coup et le malade recouvre la santé. C'est surtout après l'accouchement qu'on a des exemples les plus frappants de cet état. Après un travail normal, une femme va parfaitement bien jusqu'au quatrième jour où elle est prise de frissons, fièvre et vomissements. La température s'élève à 40°, la prostration est extrême, la malade paraît très mal. Elle reste dans cet état pendant quarante-huit heures, puis, après des injections répétées,

un petit lambeau de membrane putréfiée est évacué de l'utérus. Une demi-heure après, la température revient à la normale et on n'observe pas d'autres symptômes. Cela peut même être plus grave: Mattheus Duncan rapporte le cas suivant:

A. E. avait accouché normalement de son second enfant le 8 juin. Au bout de sept jours, les lochies devinrent fétides. Le huitième jour, elle eut des frissons qui se renouvelèrent tous les jours. On l'apporta à l'hôpital le dixième jour; elle était délirante. Le onzième jour, elle ne se plaignit d'aucune douleur, elle était pâle, avait des vomissements fréquents, de la diarrhée, l'utérus était sensible; respiration 44, pouls 146, température 40°; lochies fétides, abondantes. On retira du vagin un morceau de placenta. La main fut alors introduite dans l'utérus d'où l'on retira des masses de placenta adhérent et l'on fit des irrigations d'eau phéniquée. La nuit, le délire cessa, la température tomba à 38°,5. La guérison survint rapidement.

On observe des symptômes analogues chez des blessés.

Un homme de 19 ans reçut une balle dans le creux poplité. On extraya le projectile le même jour et l'on fit un pansement antiseptique. La plaie laissait écouler si abondamment un liquide séro-sanguinolent et séropurulent que le pansement fut renouvelé les six premiers jours. Le second jour, la température du soir était de 37°,7. Le quatrième jour, au soir, elle était de 38°,3, le sixième jour, 38°,9. En dehors du mouvement fébrile, le patient se sentait bien. Le septième jour, en renouvelant le pansement on trouva les bords de la plaie noirs, gangrenés; le treizième jour, l'écoulement sanguin était si abondant qu'on fut obligé de lier la poplité: température 36°,5 à 38°,6. Même état les jours suivants avec frissons et sueurs. A partir du vingt-cinquième jour l'état s'améliora, les frissons et les sueurs cessèrent graduellement. Le quarante-sixième jour la plaie était cicatrisée et le malade se portait bien.

Dans ce cas, malgré les pansements antiseptiques, la plaie prit un mauvais aspect et renferma des tissus et des liquides putréfiés. Pendant tout le temps que la plaie fut dans cet état, il y eut un mouvement fébrile d'une intensité modérée et un amaigrissement graduel. Quand la plaie présenta un bon aspect et que les matières putrides eurent disparu, les symptômes cessèrent et le malade guérit.

Si la quantité de tissu putréfié est assez grande et s'il n'est pas enlevé, les symptômes d'intoxication continuent et le malade meurt.

Un homme de 38 ans, qui avait eu, il y a quelques

années, une affection du genou, subit la résection de cette articulation. Le lendemain de cette opération, il y eut un peu de fièvre. La plaie ne fut pas pansée antiseptiquement et donna issue à un liquide sanieux. Il y eut de la fièvre et, le neuvième jour, du délire. Le quinzième jour, survinrent des frissons inquiétants, la fièvre et le délire continuèrent, le patient s'affaiblit graduellement et mourut le dix-neuvième jour après l'opération. A l'autopsie, on trouva les bords de la plaie granuleux et sa cavité remplie de pus sanieux. Pas de thrombus veineux ni de lésions viscérales.

Dans ces cas, il semble évident que la cause qui produit les symptômes est l'état de la plaie et qu'en retour cet état semble dû à la putréfaction. Il n'y a que deux façons possibles d'expliquer la manière dont l'état de la plaie peut produire des symptômes généraux : Soit que quelque produit morbide est résorbé et empoisonne l'organisme ou bien qu'il suffit de la seule présence d'une plaie de mauvaise nature. Il semble que s'il y a un poison absorbé, ce poison ne doit pas se multiplier après l'absorption, car les symptômes persistent tant que la plaie reste de mauvaise nature et la gravité des symptômes est proportionnelle à la quantité de tissu putréfié. Si le patient meurt on ne trouve pas de lésions, excepté la plaie, et peut-être des thrombus dans les veines.

Au point de vue du traitement, l'indication capitale paraît être d'enlever les tissus putréfiés ou si cela est impossible de chercher par un traitement local à arrêter le processus de putréfaction.

III. Il y a des cas où la plaie est très petite, mais où, malgré cela, il semble s'être introduit quelque corps étranger qui agit comme un poison. Les exemples les plus frappants de ces cas sont les piqûres anatomiques.

On sait depuis longtemps que les pires des piqûres anatomiques sont celles que l'on se fait en examinant un sujet non en décomposition et surtout ceux morts de péritonite aiguë. On sait aussi qu'il suffit d'une petite piqûre ou d'une simple écorchure.

Les symptômes ne se montrent que quelques heures après la piqûre. Ils consistent en frissons, mouvement fébrile et prostration générale marquée. Il y a de la rougeur tout autour de la plaie et la lymphangite s'étend jusqu'au bras. Il en résulte un phlegmon du bras, un état typhoïde et la mort dans l'espace de dix à vingt jours.

On a observé des cas analogues où l'on ne put découvrir la source de l'infection.

Un homme de 26 ans, portefaix, se fit une légère

déchirure au doigt neuf jours avant de mourir. Six jours avant sa mort, la main gauche, le bras, l'avant-bras, gonflèrent; il y eut de la fièvre et une prostration marquée; des vomissements constants, un état typhoïde et la mort arriva. A l'autopsie on trouva une inflammation diffuse du tissu cellulaire de la main et du bras. Il y avait des infarctus rouges dans le poumon droit et un dans les reins.

On observe aussi des cas semblables après les opérations.

Un enfant de 7 ans avait eu le genou réséqué. Pansement antiseptique, jamais de mauvaise odeur. Le lendemain les vomissements commencèrent; la température ne monta jamais au-dessus de 38°3 et tomba à 35°5 avant la mort. La jambe enfla, le malade devint froid, cyanosé, et mourut le cinquième jour après l'opération. En fait de lésions on ne trouva qu'un léger gonflement du foie, de la rate et des reins (1).

Dans les cas de ce genre, il semble évident que la cause de l'infection générale ne siège pas dans la plaie, mais qu'elle s'introduit dans l'organisme à travers la plaie. Il paraît aussi probable que ce poison peut se multiplier après avoir été absorbé, car il n'y a pas de rapport entre les symptômes et la quantité de poison absorbé. Il n'y a qu'une inoculation, mais le tableau symptomatique ne s'en déroule pas moins et s'accroît de plus en plus. Dans la plupart de ces cas, les symptômes ne suivent pas immédiatement l'inoculation, mais il s'écoule plusieurs heures entre le moment où la blessure est reçue et celui où les symptômes éclatent. Aussi semble-t-il probable que le poison est un organisme qui peut se reproduire de lui-même dans le corps.

L'examen nécroscopique ne révèle pas de lésions caractéristiques, mais il peut y avoir une décomposition prématurée qui fait que l'endocarde est taché par la matière colorante du sang, que la rate est hypertrophiée et ramollie et que les cellules du foie et du rein sont en dégénérescence.

IV. Il existe un grand nombre de cas que l'on ne peut classer. Tels sont les cas ordinaires de fractures compliquées et de plaies chirurgicales. Il est bien difficile de dire si le poison vient du dehors, ou s'il se développe dans la plaie, ou si c'est la formation de thrombus dans les veines que l'on doit considérer comme la cause efficiente, ou si différentes causes peuvent venir se

1. Report of the Committee of the London Pathological Society. — Transactions, vol. XXX, 1879.

combiner dans un même cas. Tous les chirurgiens connaissent les symptômes. Au bout de quelques jours, parfois mais jamais au delà de deux ou trois semaines après que le malade a subi le traumatisme, il se développe un mouvement fébrile, des sueurs, des frissons, une grande prostration, une émaciation rapide, des vomissements, de la diarrhée, du délire et de l'ictère. La langue devient sèche et noire, le pouls s'accélère et s'affaiblit et le malade meurt épuisé (L'irrégularité et l'absence de périodicité des frissons, et les grandes variations de la température qui oscille de 6° à 7° peuvent être considérées comme des éléments sérieux de diagnostic.)

L'examen nécroscopique de ces malades donne des résultats très variables :

1° Il y a des cas où l'on ne trouve pas de lésions.

2° Il y a des cas caractérisés par une décomposition très prompte, les poumons, l'estomac, les intestins et les reins sont congestionnés; le sang est extravasé dans les séreuses; les follicules isolés et agminés de l'intestin grêle sont gonflés, ainsi que la rate; les cellules du foie et des reins sont atteintes par la dégénérescence.

3° Il y a des cas où l'on trouve des inflammations localisées. Les parties le plus souvent enflammées sont les articulations, le tissu cellulaire qui les environne, les plèvres, le péricarde, le péritoine, la pie-mère et le tissu cellulaire de tout le corps. Ces inflammations localisées sont de nature purulente excepté dans les séreuses où les produits inflammatoires peuvent être fibrineux.

4° Il y a des cas où les veines au voisinage de la plaie renferment des thrombus ramollis et puriformes; il n'y a pas d'infarctus dans les viscères, mais quelquefois des inflammations localisées des jointures et des séreuses.

5° Dans d'autres cas les veines contiennent des thrombus; il y a des infarctus et des abcès viscéraux; les inflammations des articulations et des séreuses peuvent se rencontrer en même temps ou faire défaut. Les thrombus se forment dans les veines qui avoisinent la plaie, on en trouve cependant quelquefois dans les veines qui sont éloignées, d'autres fois, bien qu'il y ait des infarctus et des abcès, on ne peut trouver des thrombus. Les veines peuvent être distendues par les thrombus ou seulement ne contenir que quelques caillots. Les thrombus ont l'aspect de la fibrine qui a été coagulée depuis quelque temps, ils sont d'une texture grossière,

granuleuse, blanchâtre, rougeâtre ou truitée; quand ils ont une couleur rougeâtre, ils peuvent être en partie ramollis et d'une consistance liquide gluante; ou bien ils peuvent être ramollis, jaunâtres, puriformes, mélangés de micrococci, ou bien ils se putréfient et il s'y forme des bactéries et des gaz. Weigert a décrit de petits thrombus, adhérents aux parois veineuses où l'on ne trouve que des bactéries. Il y a d'habitude des modifications inflammatoires dans les parois des veines qui renferment le thrombus surtout si celui-ci se ramollit.

Des portions de thrombus ramolli peuvent se détacher, être entraînées dans le torrent circulatoire et enfin aller se loger dans le territoire d'une artère ou dans les capillaires. Elles peuvent alors agir mécaniquement en empêchant la circulation du sang ou bien se comporter comme des agents irritants en faisant naître une zone inflammatoire autour d'eux. C'est de ces thrombus puriformes et bactériques que dérivent les *embolus infectieux*. L'*embolus mécanique* produit ce que l'on appelle les *infarctus* surtout dans les poumons, la rate et les reins. Ces infarctus sont petits, cunéiformes, situés ordinairement à la surface du viscère et présentent une large base. Ils sont d'une couleur rouge sombre ou décolorés au centre, ou blancs ou ramollis. Les infarctus rouges sont produits par la congestion des vaisseaux sanguins et l'infiltration du sang dans les tissus.

L'infiltration et la congestion sont le fait de la réplétion veineuse et d'une modification dans les parois des vaisseaux (Cohnheim) ou bien d'un apport sanguin effectué par les vaisseaux collatéraux et qui ne se retrouve pas repris par les veines (Litten). Les infarctus blancs sont des portions de tissus qui subissent lentement des modifications nécrobiotiques à la suite de la suppression de leur apport sanguin (Litten).

Les *embolus infectieux* produisent des abcès de différentes dimensions. On les rencontre principalement dans les poumons et le foie, mais on peut aussi les trouver dans le cerveau, le cœur et les autres viscères. Leur forme est irrégulière, globulaire et ils peuvent siéger dans toutes les parties d'un viscère.

Les portions de thrombus qui se détachent doivent naturellement passer dans le cœur droit et de là dans les poumons. On s'est toujours demandé comment ces fragments de thrombus pouvaient se frayer un chemin dans le système aortique, surtout dans ces cas où l'on ne trouve pas d'infarctus ou d'abcès dans les poumons.

L'explication ordinaire c'est que des portions de thrombus sont assez petites pour passer à travers les vaisseaux pulmonaires et arriver ainsi dans le cœur gauche; et que, dans d'autres cas, il se forme des thrombus secondaires dans les poumons d'où se détachent des fragments qui passent dans le cœur gauche. Il est également possible que de petites agglomérations de bactéries traversent les poumons et arrivent dans le cœur gauche.

Il est de règle, de trouver des abcès dans les différentes parties du corps, quand on ne rencontre pas de thrombus dans les veines et que, dans les cas où l'on constate des thrombus veineux, on ne trouve des infarctus que dans les poumons. Généralement des bactéries et des micrococci existent dans les plaies, les thrombus puriformes et les abcès. Pendant la vie, le sang paraît tantôt en contenir, tantôt ne pas en renfermer.

Traitement de la pyohémie.

Il semble que l'on doive se borner à un traitement simplement préventif. Tout traitement est inutile quand les symptômes sont tout d'un coup très développés. A la vérité la guérison peut arriver, mais elle paraît bien plutôt résulter de la puissance de résistance du malade que de toute espèce de traitement.

(D'après l'éditeur, cette opinion fataliste n'est pas justifiée. Bien que des cas *aiqus* de pyohémie se terminent par la mort malgré tout traitement, bien que la puissance de résistance du malade soit certainement d'une importance capitale au point de vue de la guérison, cependant, dans les *subaigus* et *chroniques* on doit tenter quelque chose pour empêcher l'issue d'être fatale. On doit autant que possible améliorer les conditions hygiéniques du patient, porter toute son attention du côté de l'alimentation. On aura recours aux stimulants — on donnera toutes les heures 16 à 30 grammes d'eau-de-vie ou de vin — on se trouvera également bien d'administrer l'ammoniaque et l'essence de térébenthine. Mais le remède le plus actif est la quinine que l'on donnera à larges doses — de 0,05 à 0,25 toutes les heures — et que l'on associera à de petites quantités de digitale et d'opium.)

C'est une des conquêtes de la chirurgie moderne, de prévenir en grande partie ces formes de pyohémie et de diminuer la mortalité après les traumatismes et les opérations. Les succès obtenus tiennent à deux causes : 1° Les améliorations rapides que l'on a introduites dans la

manière d'opérer, de soigner les malades et dans l'hygiène des hôpitaux; 2° l'emploi local de l'acide phénique.

La première cause a été un grand progrès qui est dû aux efforts de la plupart des chirurgiens. Sir James Paget estime que, pendant sa pratique chirurgicale de 30 ans, la mortalité après les opérations chirurgicales a baissé de 15 pour 100 à moins de 5 pour 100 simplement par cette cause.

L'usage de l'acide phénique en application locale revient tout entier à M. Lister, qui adopta cette méthode de pansement comme le résultat d'une théorie sur la pathogénie de la pyohémie, basée sur trois hypothèses : 1° Le processus inflammatoire local et les troubles fébriles généraux consécutifs aux traumatismes sont dus à la putréfaction des liquides sécrétés par les plaies. 2° Cette putréfaction est produite par le développement de micro-organismes. 3° Ceux-ci arrivent sur la plaie par l'intermédiaire de l'air. Aussi le but du traitement c'est de détruire les organismes déjà existant dans la plaie et d'empêcher les germes contenus dans l'air de pénétrer dans la plaie pendant ou après une opération. Pour arriver à ce but, M. Lister a imaginé un système de pansement basé sur l'emploi de l'acide phénique. Ce système, ainsi que le décrit M. Mac Cormac, quand il est employé dans tous ses détails, se pratique de la façon suivante :

Quand on va faire une opération, les parties voisines doivent être rasées, puis lavées avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Les divers temps de l'opération sont exécutés dans une atmosphère phéniquée produite par de la vapeur mêlée d'une solution phéniquée à 5 pour 100. Les éponges, les mains du chirurgien et celles des aides sont nettoyées dans une solution à 5 pour 100 avant et pendant l'opération. Les instruments sont conservés plongés dans une solution phéniquée à 3 pour 100 que l'on peut aussi employer pour laver la plaie et les éponges. Tous les points saignants doivent être recherchés avec soin et l'hémorragie arrêtée, soit par la torsion, le catgut ou la soie phéniquée et les fils de ligature seront coupés court.

Les sutures doivent être profondes et superficielles, les premières faites avec un fil métallique, les secondes avec du catgut. Toutes les surfaces de la plaie doivent être amenées en contact. On introduira des tubes à drainage afin de donner issue au sérum. Ils seront enlevés dès qu'ils ne serviront plus à rien. Après avoir placé un nombre suffisant de tubes, on en coupera l'extrémité au niveau de la surface cutanée et on appliquera sur la plaie une couche de protectrice. Au-dessus de celle-ci on place plusieurs couches de gaze phéniquée, imbibées dans une solution à 2,5 p. 100

et exprimées autant qu'il est possible; on les maintiendra en place à l'aide d'une bande phéniquée. Par-dessus on applique une couche de huit compresses de gaze sèche, en interposant un morceau de mackintosh entre la dernière couche de gaze. Le premier pansement est toujours le plus important.

Les tentatives faites pour remplacer l'acide phénique par d'autres germicides n'ont pas réussi.

Le succès de cette méthode de traitement a été très grand. Les hôpitaux, surtout en Allemagne, qui étaient jadis très malsains, donnent aujourd'hui des statistiques chirurgicales satisfaisantes. Ses inconvénients sont l'ennui, le temps employé et la dépense occasionnée quand on veut appliquer tout le système et de plus la possibilité d'intoxication par l'acide phénique. Pour cette raison, beaucoup de chirurgiens ont rejeté le pansement de Lister pour n'employer que l'acide phénique en applications locales.

SUPPURATION PROLONGÉE

On a l'habitude de faire rentrer dans la pyohémie des cas de suppuration prolongée. Tout d'abord il y a une blessure, une plaie ou une inflammation idiopathique suppurative. Ce foyer d'inflammation présente un caractère purulent et n'a aucune tendance à se cicatriser. Le patient maigrit et perd ses forces; il y a un mouvement fébrile; il peut se développer de la bronchite ou de la broncho-pneumonie et le patient meurt dans un état d'émaciation extrême. Après la mort on trouve des abcès dans les diverses parties du corps, mais non dans les viscères. Les infarctus et les thrombus ne se rencontrent pas dans cet état. Les poumons présentent les lésions de la bronchite et de la broncho-pneumonie. Le foie, la rate et les reins sont souvent ramollis.

Un individu, âgé de 20 ans, entra à Roosevelt Hospital, le 18 février 1880. Cinq mois auparavant son testicule droit s'était gonflé et était devenu douloureux. Cette épépidymite était survenue un mois après un

La question antiseptique peut être résumée dans ces paroles de Sir James Paget :

« Je crois que, employé (le Lister) dans son ensemble, il peut presque annihiler les mauvaises influences des hôpitaux malsains et des autres sources de maladies infectieuses qui fournissent les chiffres de mortalité les plus élevés consécutivement aux opérations.

Qu'il n'a pas encore abaissé la moyenne de mortalité au niveau le plus bas qui peut être atteint grâce à de bonnes méthodes hygiéniques, une bonne alimentation, des soins attentifs, la propreté, le repos et un pansement simple.

Que les guérisons après les opérations sont plus promptes et plus exemptes de fièvre et d'autres troubles constitutionnels quand on fait usage d'antiseptiques.

Que, dans une certaine catégorie de cas, on peut faire les opérations en toute sécurité, grâce aux antiseptiques, tandis que sans eux on courrait des risques. »

rapport sexuel, mais n'avait été ni précédée ni suivie de blennorrhagie. Le 15 février, il commença à avoir de la douleur, de la sensibilité et de la rougeur le long des vaisseaux fémoraux du côté gauche, avec des nausées, des vomissements, de la fièvre et du délire, mais sans frissons. Le 18 février, l'épididyme était enflé et sensible de même que les ganglions inguinaux gauches. La face antérieure de la cuisse gauche était le siège d'une rougeur érythémateuse, les vaisseaux fémoraux du même côté présentaient de la sensibilité, mais pas d'induration, il y avait de la fièvre. Le 27, les ganglions inguinaux gauches suppuraient, on fit une incision et on vit que le pus avait fusé le long de la face antérieure de la cuisse. Le 24 mars, on ouvrit les abcès dans l'épididyme droit. Le 4 avril, il se formait un abcès dans la région inguinale droite et, le 23 avril, un autre au-dessus de l'épine de l'omoplate; le 29, il s'en formait un autre au-dessus de la clavicule droite et le 5 juin, le malade mourait.

A l'autopsie on ne trouva pas de thromboses veineuses. Il y avait une broncho-pneumonie purulente et un commencement d'infiltration du foie, de la rate et des reins.

PYOHÉMIE SPONTANÉE

Sous ce nom on range une catégorie de cas obscurs dont les symptômes habituels ressemblent à ceux de la pyohémie, mais qui ont une étiologie obscure. Leur point de départ n'est

ni une blessure, ni une plaie, ni un abcès.

Un individu, sans cause connue, se trouve pris de frissons suivis d'un mouvement fébrile et de prostration marquée. Il peut y avoir des vo-