lorsque les symptômes de la maladie sont bien prononcés; quant au traitement, nous en parlerons plus loin.

Parlons à présent des *altérations cadavériques*. Quelquefois on a de la peine à retrouver sur le cadavre l'infiltration œdémateuse et la teinte brunâtre de la peau que nous avons vues sur le vivant aux environs de la plaie. Dans d'autres cas, à marche plus traînante, nous trouvons le tissu cellulaire sous-cutané imbibé d'un liquide séreux, sanguinolent; si la durée de la maladie a été plus longue encore, on peut aussi rencontrer l'infiltration purulente et la thrombose veineuse. Souvent les organes internes n'offrent absolument rien d'anormal. En cas de diarrhée profuse continue, il peut se développer un gonflement des follicules intestinaux isolés ou agglomérés. La rate est souvent augmentée de volume et ramollie, plus rarement de grandeur normale et ferme; le foie est le plus souvent riche en sang, sans toutefois présenter d'autres modifications. Le sang, dans l'intérieur du cœur, est fréquemment grumeleux, demi-fluide, sembable à du goudron, dans d'autres cas, il y a des caillots fermes, couverts d'une couenne. Le poumon est sain dans la plupart des cas. Dans quelques cas rares, on rencontre une pleurite diffuse modérée, occupant un côté ou les deux à la fois; il peut aussi y avoir quelques traces de péricardite. Nous aurons à nous étendre plus longuement sur ces inflammations diffuses métastatiques, indépendantes de toute embolie, quand il sera question de la pyémie; ici ces lésions n'ont aucune importance, pas plus que les infarctus emboliques et les abcès ichoreux que l'on peut exceptionnellement rencontrer dans la septicémie, lorsque les individus ont résisté pendant un temps plus ou moins long à leur maladie, et qu'il s'est développé des thromboses veineuses autour de la plaie ou bien autour du foyer gangréneux. — L'analyse chimique n'ayant jusqu'à présent constaté rien de particulier dans la composition du sang des individus morts de septicémie, il faut bien reconnaître que l'autopsie n'ajoute aucun caractère essentiel au tableau de la maladie; ce dernier est emprunté spécialement à l'étiologie et aux symptômes; si l'on n'a pas observé le malade de son vivant, on cherche souvent en vain sur le cadavre la cause de la mort.

3. *Fièvre pyohémique et pyohémie*. La pyohémie (ce nom est dérivé de πῦον, pus, et de αἷμα, sang) est une maladie que nous considérons comme occasionnée par le mélange du pus ou de quelques-uns des éléments du pus avec le sang; elle est à la simple fièvre inflammatoire et suppurative, ce que la septicémie est à la fièvre traumatique simple et primitive. Au point de vue symptomatique elle se caractérise par des accès de fièvre intermittents; sous le rapport de l'anatomie pathologique, elle se distingue par la grande fréquence des abcès métastatiques et des inflammations métastatiques diffuses. Les noms que l'on a encore donnés à cette maladie sont les suivants : dyscrasie purulente à métastases, infection purulente, diathèse purulente.

Afin que vous puissiez dès à présent vous représenter sommairement le tableau de la maladie, je vais immédiatement mettre sous vos yeux un cas de pyohémie.

Un blessé arrive à l'hôpital, vous constatez immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne une fracture compliquée d'une plaie contuse. Nous supposons la lésion produite par la chute d'un corps très-lourd. Vous examinez la plaie, vous trouvez une fracture transversale du tibia, cependant la lésion vous paraît capable de guérir. Vous appliquez, pour cette raison, un appareil, le malade se porte d'abord parfaitement bien, il a un peu de fièvre, son état est satisfaisant jusqu'au troisième ou au quatrième jour à peu près; à ce moment la plaie commence à s'enflammer davantage, elle sécrète proportionnellement peu de pus; la peau qui l'entoure devient œdémateuse et rouge, le malade a une fièvre violente, surtout le soir; le gonflement à l'entour de la plaie augmente d'intensité, et peu à peu s'étend plus loin; toute la jambe est gonflée et rouge, l'articulation tibio-tarsienne est très-douloureuse, en exerçant une pression sur la jambe, un pus diffluent, nauséabond, s'écoule péniblement de la plaie; le gonflement reste limité à la jambe; le sensorium ne se prend pas, il n'y a aucun signe de septicémie aiguë et intense; le malade se plaint beaucoup quand on le panse, il est triste et désolé; il s'est déclaré une fièvre continue rémittente avec exacerbation assez forte de la chaleur et de la fréquence du pouls vers le soir; le pouls est plein et vibrant; l'appétit est perdu complétement, le malade a des envies de vomir, la langue est fortement chargée. Nous nous trouvons à peu près vers le huitième jour qui suit l'accident.

Une grande quantité de pus venant de différentes directions s'écoule maintenant; un peu au-dessus de la plaie, on perçoit une fluctuation évidente; ce foyer purulent peut, il est vrai, être vidé par la plaie en exerçant une pression pénible et longtemps continuée, cependant l'écoulement est difficile, et il devient nécessaire de faire une incision à cet endroit. On procède à cette opération et l'on voit sortir une quantité modérée de pus; quelques heures après, le malade a un *frisson* violent, suivi d'une chaleur sèche, brûlante, puis d'une transpiration très-abondante. L'aspect de la plaie devient un peu meilleur, cependant ce mieux ne dure pas longtemps, on observe bientôt, à peu de distance de la plaie et un peu en arrière, dans le mollet, un nouveau foyer de suppuration; le frisson se reproduit; il faut faire de nouvelles contre-ouvertures, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, pour donner un libre écoulement au pus qui se forme en énorme quantité. La jambe gauche est blessée; un beau matin le malade se plaint de violentes douleurs dans le genou droit, qui est un peu gonflé et douloureux à chaque mouvement. Les nuits sont sans sommeil; le malade ne prend presque pas de nourriture, il boit beaucoup et devient très-faible; il maigrit fortement, surtout de la face; le teint devient un peu jaunâtre; les frissons se répètent; le malade commence alors à se plaindre d'oppression; il tousse un peu, mais n'expectore que quelques crachats muqueux; à l'examen de la poitrine, vous constatez un épanchement pleurétique encore assez modéré, soit d'un seul côté, soit des deux à la fois; le malade n'en souffre pas beaucoup, mais il se plaint davantage du genou droit, qui maintenant est très-gonflé et renferme beaucoup de liquide; comme le malade transpire énormément, les urines deviennent très-concentrées et renferment quelquefois de l'albumine. Enfin, il survient des eschares par décubitus, dont le malade ne se plaint pas beaucoup, il est couché tranquillement dans

son lit, dans un état de stupeur, et marmotant des paroles inintelligibles. Nous sommes arrivés vers le quinzième jour de la lésion; la plaie est sèche, car la suppuration a presque complétement cessé; le malade offre l'aspect le plus misérable; la face et surtout le cou sont très-amaigris, la peau a une teinte ictérique très-prononcée, le regard est terne, la langue, qui tremble quand le malade la sort, est tout à fait sèche, la peau est fraîche, la température basse et seulement élevée vers le soir, le pouls très-petit et fréquent; la respiration est lente, l'haleine a une odeur spéciale, cadavéreuse; le malade perd la connaissance et peut encore rester dans cet état pendant vingt-quatre heures, avant que la mort arrive.

Vous faites l'autopsie; rien de particulier dans les méninges; péricarde et cœur normaux; dans le ventricule et l'oreillette du côté droit un caillot fibrineux blanc et ferme; les deux cavités pleurales sont remplies d'un liquide séreux trouble, la surface pulmonaire est couverte de dépôts fibrineux réticulés; vous enlevez ces dépôts et vous sentez au-dessous d'eux, dans le parenchyme pulmonaire, le plus fréquemment près de la surface, des tumeurs solides de la grosseur d'un haricot ou d'une châtaigne. Elles se trouvent principalement dans les lobes inférieurs; vous les incisez, et vous voyez que la plupart sont des *abcès*. Le parenchyme pulmonaire un peu condensé forme l'enveloppe d'une cavité qui est remplie de pus et de parcelles du tissu pulmonaire. Parmi ces tumeurs il y en a qui présentent à la surface de section un aspect rouge de sang, cette surface est un peu granulée, au centre on trouve çà et là du pus en quantité variable, il est évident que c'est là le point de départ des abcès. Dans ce cas vous trouvez en face de la lésion que vous connaissez déjà sous le nom d'*infarctus rouge*, qui se transforme en abcès. Quelques-uns de ces abcès sont si près de la surface qu'ils englobent la plèvre dans le travail morbide, de sorte que la pleurite s'est développée secondairement. — Le foie est assez congestionné et friable; du reste on n'y rencontre rien d'anormal. La rate, un peu augmentée de volume, laisse apparaître à la section quelques tumeurs fermes, coniques, dont la pointe est dirigée en dedans et la base vers la surface; elles se comportent comme les infarctus rouges du poumon et en partie subissent également la fonte purulente dans leur milieu. — Tout le canal intestinal, de même que l'appareil génito-urinaire, ne montre rien d'anormal. — En faisant une incision dans l'articulation du genou droit, si douloureux pendant la vie, vous faites écouler une grande quantité d'un pus floconneux; la membrane synoviale est gonflée et en partie rougie par des extravasations sanguines, le poli des cartilages articulaires est moins net. — L'examen de la plaie ne nous apprend pas beaucoup plus que ce qu'il nous était donné d'observer sur le vivant, c'est-à-dire une fonte purulente du tissu cellulaire profond et sous-cutané, et la présence du pus dans l'articulation tibio-tarsienne; les parois de toutes ces cavités consistent pour la plus grande partie en tissus désorganisés, une bonne granulation ne s'observe qu'à quelques rares endroits. La fracture est cependant plus compliquée qu'on ne l'avait cru d'abord; d'un côté, une fissure longitudinale s'étend jusqu'à l'articulation de la jambe avec le pied, de l'autre, on trouve plusieurs fragments osseux détachés à la partie postérieure du tibia, où l'examen n'était pas possible sur le vivant. Dans les veines de la jambe vous trouvez çà et là, des bouchons fibrineux d'ancienne date, quelquefois aussi un détritus jaune puriforme, et de temps en temps du pus pur.

Permettez-moi de vous faire, à propos de ce cas, quelques réflexions préliminaires; figurez-vous que vous ayez observé une série de cas semblables, vous serez alors convaincus qu'il ne s'agit pas ici d'une réunion fortuite de différentes maladies, mais d'un ensemble de symptômes réunis par des liens intimes. Vous observez à une extrémité une suppuration très-étendue et qui gagne de plus en plus, elle est accompagnée d'une fièvre continue très-intense et se présentant sous forme d'accès. Il s'y ajoute une suppuration dans un article éloigné, puis des inflammations circonscrites dans le poumon et dans d'autres organes, inflammations qui se transforment en abcès. Ces foyers inflammatoires multiples rendent la fièvre continue, les fonctions des organes correspondants sont troublées et la vie s'éteint au milieu des symptômes de l'épuisement. Ce qu'il y a de particulier et de caractéristique est, comme vous voyez, la formation de foyers inflammatoires multiples, aussitôt que la suppuration primitive a atteint un certain degré. Vous connaissez l'origine des abcès métastatiques; ils reconnaissent toujours pour cause la thrombose veineuse et l'embolie, je n'ai pas besoin de revenir là-dessus. Il est plus difficile d'expliquer les *inflammations métastatiques diffuses*, qu'on observe aussi bien dans la septicémie que dans la pyohémie; elles ne dépendent pas toujours, comme la pleurite, dans le cas cité, d'abcès du poumon; il y a des inflammations métastatiques diffuses de l'œil, des méninges, du tissu cellulaire sous-cutané, des articulations, du périoste, de la moelle épinière, du foie, de la rate, des reins, de la plèvre, du péricarde, etc., inflammations qui ne dépendent pas d'abcès ni d'embolies. Il est difficile de donner une explication exacte, applicable à tous les cas, de la manière dont ces métastases se produisent. Si le foyer métastatique est dans des rapports intimes avec le foyer purulent primitif, on peut supposer que le premier s'est formé par propagation de l'inflammation, qui serait partie du dernier en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques, par exemple; il doit en être ainsi dans les cas où, après l'amputation du sein ou la désarticulation de l'épaule, il se développe une pleurite du côté correspondant, ou bien lorsqu'une fracture du tiers inférieur de la jambe se complique d'une suppuration du genou du même côté. Dans d'autres cas, on peut admettre qu'une partie du corps actuellement malade ou antérieurement prédisposée à l'inflammation est frappée d'une manière aiguë par suite de l'état fébrile général; on observe qu'un cal déjà assez solide, par exemple à la suite d'une fracture du radius, est encore détruit par la suppuration au bout de la troisième ou de la quatrième semaine, si à cette époque le malade devient pyémique à la suite d'une fracture compliquée de la jambe ou d'une gangrène par décubitus. Cependant il reste toujours un grand nombre de cas auxquels les explications que nous venons de donner ne peuvent s'appliquer. Dans ces circonstances, on se contente d'admettre que dans la pyohémie certains organes sont disposés aux inflammations, et principalement à la formation d'abcès. Je ne puis vous donner là-dessus des explications plus détaillées, cependant je voudrais rendre cette hypothèse plus plausible en la comparant à des observations

qui ont une certaine analogie avec les précédentes, je veux parler de l'effet phlogogène spécifique de certaines substances médicamenteuses, dont nous avons déjà fait mention en parlant de l'étiologie de l'inflammation, et en particulier des causes miasmatiques toxiques et de leur manière d'agir. Parmi le grand nombre de corps chimiques qui se trouvent dans les différentes espèces de pus accidentellement résorbées, et qui se forment par le contact du pus et du sang, il pourrait s'en trouver un certain nombre exerçant une action irritante tout à fait spéciale sur tel ou tel organe. — En général, les inflammations *métastatiques diffuses* dans les organes internes sont très-rares, si l'on ne veut pas y compter le gonflement diffus de la rate qui, à la vérité, est assez fréquent, quoique non constant, dans la pyohémie.

Le *diagnostic des inflammations et des abcès métastatiques* est facile quand ils siégent à la surface du corps ou aux extrémités, la méningite et la choroïdite métastatiques même sont relativement faciles à reconnaître. Le diagnostic des métastases pulmonaires peut être quelquefois difficile; les foyers sont souvent si petits et si disséminés dans le poumon, qu'on peut rarement les découvrir par la percussion; si l'on constate la présence d'un épanchement pleurétique, cette complication aide souvent à porter le diagnostic d'abcès métastatiques du poumon; s'il existe une expectoration sanguinolente et un catarrhe bronchique, le diagnostic peut être posé avec certitude; les symptômes subjectifs sont souvent tout à fait insignifiants; il n'existe de dyspnée considérable que lorsqu'il y a un épanchement pleurétique étendu. — L'ictère s'observe souvent à un degré plus ou moins marqué; dans ce cas, la matière colorante de la bile se forme-t-elle dans le sang aux dépens de l'hématosine, sans l'intermédiaire du foie, ou l'ictère en général ne peut-il se développer qu'avec le concours du foie, c'est ce qui n'est pas encore décidé. La présence de l'ictère ne permet pas de diagnostiquer des abcès du foie dans tous les cas; ces derniers sont admis avec une certaine vraisemblance, lorsqu'il existe un endolorissement considérable de la région hépatique; cependant j'ai déjà rencontré des cas où je m'attendais à des abcès du foie et n'ai constaté qu'un ramollissement aigu et diffu de cet organe, coïncidant avec un ictère presque brun. — Le gonflement de la rate peut quelquefois être diagnostiqué par la percussion seule. — Lorsque l'urine renferme une grande quantité d'albumine, des cylindres épithéliaux et fibrineux et du sang, on est en droit d'admettre une néphrite aiguë métastatique, surtout lorsqu'en même temps la sécrétion urinaire est considérablement diminuée; cependant on ne peut savoir avec certitude si dans ces cas le rein est parsemé d'un grand nombre d'abcès métastatiques ou s'il est le siége d'une inflammation diffuse, qui est également une manifestation de la métastase. — Les abcès du poumon et de la rate, de même que les inflammations articulaires métastatiques, se rencontrent le plus souvent; il est beaucoup plus rare de trouver des abcès du foie et des reins et des métastases dans tous les autres organes cités plus haut.

Nous devons donner plus de détails sur un symptôme de la pyohémie : je veux parler des *frissons;* ils se présentent d'une façon irrégulière, rarement pendant la nuit, mais à toute époque du jour; leur durée ainsi que leur intensité

est excessivement variable; tantôt le malade ne se plaint que d'un frissonnement léger, d'une horripilation passagère, tantôt il tremble et claque des dents comme dans la fièvre paludéenne. Au commencement les frissons ne sont pas aussi fréquents que par la suite, alors ils reviennent quelquefois deux ou trois fois par jour; vers la fin ils redeviennent plus rares. Les accès eux-mêmes ressemblent à ceux qu'on observe dans la fièvre intermittente sous le rapport du froid, de la chaleur sèche et de la transpiration; cependant, après l'accès, la fièvre ne cesse pas complétement. Quelle est donc la nature réelle de ces frissons? Si l'on a l'occasion de faire des observations sur sa propre personne, on sent, dans la peau, un tiraillement spasmodique tout à fait particulier, malgré soi on serre convulsivement les dents; si cela cesse un moment, on n'a pas la sensation du froid, mais celle d'une chaleur assez prononcée, ce sentiment de froid existe plutôt dans l'imagination, par la raison que nous éprouvons des sensations et un tremblement spasmodique semblables sous l'influence d'un froid considérable. En se tâtant les extrémités et la surface du corps pendant le frisson, on perçoit, il est vrai, une diminution de la température, mais la raison en est dans la contracture des muscles cutanés qui chasse le sang des capillaires. Mais si vous mesurez la température du corps avec le thermomètre depuis le début du frisson, vous trouvez que cette température augmente continuellement et même d'une manière assez rapide, quelquefois de 2 à 3 degrés centigrades dans l'espace d'un quart d'heure. Vers la fin du frisson et pendant la période de chaleur sèche, la température du corps atteint ordinairement son plus haut degré; elle peut s'élever jusqu'à 42 degrés centigrades, à partir de là elle diminue progressivement. L'augmentation rapide de la température joue évidemment un rôle dans la production du frisson, outre cela, il paraît qu'une certaine irritabilité du système nerveux est nécessaire pour que ce dernier se produise; car chez les individus très-torpides et émoussés par les narcotiques, les frissons se développent beaucoup plus rarement que chez les personnes très-irritables.

Les maladies aiguës les plus diverses débutent par des frissons, surtout les exanthèmes aigus, les pneumonies, les lymphangites, etc., plus rarement les maladies infectieuses miasmatiques, telles que le typhus, la peste, le choléra. Ordinairement les frissons ne se répètent pas et il n'y a que le commencement de la maladie qui soit accompagné de ce phénomène : on dirait que la première apparition de certaines substances pyrogènes dans le sang chez les individus sains du reste prédispose surtout au frisson, ou bien que certaines matières infectieuses donnent particulièrement lieu à une fièvre intense avec frisson, lorsqu'elles arrivent dans le sang. Si, pour cette raison, nous ne pouvons pas considérer le frisson en lui-même comme phénomène caractéristique de la pyohémie, il faut cependant avouer que le retour fréquent de ce symptôme et, d'une manière générale, le type *intermittent* de la fièvre est spécial à cette maladie. Ce n'est que dans la fièvre paludéenne que nous trouvons quelque chose d'approchant : dans cette affection, nous avons des accès *intermittents* à intervalles réguliers.

On ignore la cause de ces intervalles, quant à la cause immédiate des accès

on peut l'attribuer à l'entrée par bouffées dans le sang de produits morbides, venant de la rate ; la preuve anatomique que dans la fièvre intermittente il entre dans le sang des substances provenant de la rate, est formée par la mélanémie et par les métastases pigmentaires; on sait qu'il se forme dans le pancréas et la rate des accumulations de sécrétions normales et qu'elles se vident pendant la digestion par poussées successives; il ne me paraît donc pas trop hardi d'admettre qu'avec ces substances normales il peut également entrer dans le sang des produits pathologiques. — De la même façon, je pense, entrent aussi de temps en temps du pus et des produits purulents dans le sang pendant la pyohémie, et par là se développent, sous des conditions du reste favorables, des accès de fièvre avec frissons. Il faut considérer comme source principale d'une pareille infection purulente répétée, une inflammation progressive d'une certaine étendue autour de la plaie : destruction des surfaces bourgeonnantes par des irritations répétées de la plaie, fonte rapide des granulations par des actions chimiques, inflammations progressives venant compliquer une plaie, etc., toutes ces causes peuvent donner accès au pus dans les vaisseaux lymphatiques qui étaient déjà fermés; ensuite, lorsqu'une plaie s'enflamme de nouveau, la fonte purulente des coagulations qui bouchaient les vaisseaux lymphatiques peut permettre au pus de se mêler au sang; on peut encore *supposer*, quoique la chose ne puisse être prouvée, que dans un cas de thrombose veineuse autour de la plaie, le caillot qui arrête le pus dans les veines est entraîné, et que le pus se mêle au sang en passant de la veine dans une branche collatérale perméable, située au-dessous du caillot.

Enfin, les inflammations métastatiques, dues ou non à l'embolie, donnent aussi lieu à des accès de fièvres, mais n'en sont pas l'unique cause, car on n'a pas toujours trouvé d'inflammations métastatiques, lorsque l'on faisait l'autopsie d'individus morts de fièvre suppurative intermittente après avoir, pendant la vie, présenté dix à douze frissons. — Il faut ensuite noter cet autre fait d'observation, que les accès de froid se rencontrent presque exclusivement au début des inflammations aiguës, et ne s'observent d'une manière intermittente que dans la fièvre paludéenne et dans la résorption *purulente*, tandis qu'ils font défaut dans la septicémie aiguë. Il peut donc se faire que les propriétés chimiques jouent un rôle important, mais inconnu dans ces circonstances. — Malheureusement la méthode expérimentale ne nous fournit aucun renseignement sur ce sujet; je ne suis jamais parvenu à provoquer des frissons ou des accès intermittents en injectant à des chiens et à des chevaux des matières putrides ou du pus de bonne nature; le pus et l'ichor exercent, quant à la fièvre, la même influence sur les animaux; ce n'est qu'en répétant les injections qu'on peut imiter artificiellement la marche intermittente de la fièvre.

Il ressort de ce que nous venons de dire que la méthode ordinaire de la mensuration thermométrique, celle qui consiste à faire les observations le matin et le soir, ne peut pas donner une image fidèle de la marche de la fièvre dans la pyohémie, car la mensuration peut tomber tantôt dans l'acmé, tantôt dans la défervescence d'un accès de fièvre, tantôt dans la rémission (nous avons déjà dit qu'une cessation complète de la fièvre s'observe rarement dans la

pyohémie), et l'on aura ainsi un tracé graphique très-irrégulier. Si l'on voulait tracer un tableau fidèle de la marche de la fièvre dans la pyohémie, il faudrait laisser le thermomètre en place et noter la température à peu près toutes les heures; mais cette manière d'agir tourmenterait les malades, et comme nous avons d'autres signes pour porter un pronostic et instituer un traitement, je n'ai pas encore pu me décider à suivre cette méthode.

La manière dont la pyohémie débute varie sous bien des rapports. Le plus souvent cette maladie, que nous considérons comme une forme maligne et spéciale de la fièvre de suppuration, se montre à l'époque où la suppuration commence, ou bien plus tard, lorsque de nouvelles inflammations s'ajoutent à la plaie, soit que ces dernières succèdent immédiatement à l'inflammation traumatique, soit qu'elles se montrent plus tard accidentellement, lorsque le foyer inflammatoire traumatique s'est déjà limité. Dans ces cas, la fièvre pyohémique succède à la fièvre traumatique ou à la fièvre secondaire. *Il est tout aussi difficile de déterminer exactement le moment où le malade devient pyohémique, qu'il est malaisé d'indiquer la transition de la fièvre traumatique primitive à la septicémie.* Je maintiens le terme de pyohémie pour la maladie que nous venons de décrire. Je vous ai indiqué comme cause la résorption de pus, comme symptôme principal la marche intermittente de la fièvre conduisant rapidement au marasme, comme lésion anatomique très-essentielle les inflammations métastatiques. Cependant il est quelquefois très-difficile de dire si, dans un cas donné, on a affaire à une fièvre traumatique grave ou septicémie, ou bien à une fièvre suppurative grave ou pyohémie; la marche intermittente de la fièvre est difficile à constater dans ces cas : les métastases ne peuvent pas toujours être reconnues sur le vivant. Vous observez un cas d'ostéomyélite très-étendue, accompagnée de frissons très-fréquents; le malade meurt, et à l'autopsie on ne trouve pas de métastases. Avait-on affaire à une pyohémie? — Un vieillard faible est atteint d'une fracture compliquée; il meurt en présentant les signes d'un complet épuisement, sans avoir eu ni forte fièvre, ni frissons : vous ne trouvez pas de métastases. Est-ce une pyohémie? Pour le débutant qui voudrait voir tout bien systématisé, ces cas et leur explication incertaine ont toujours quelque chose d'inquiétant; vous trouverez des chirurgiens qui donneront à ces cas le nom de pyohémie, d'autres qui les appelleront simplement fièvre suppurative intense. Si vous vous tenez à la description donnée antérieurement, et si, d'après elle, vous comprenez les rapports réciproques de la fièvre suppurative et de la pyohémie, vous parviendrez à donner le vrai nom à la maladie que vous aurez par-devant vous.

Quant à la marche de la pyohémie, elle est le plus souvent aiguë (huit à dix jours), souvent subaiguë (deux à quatre semaines), rarement chronique (un à trois mois). Dans les cas aigus, la rapidité de la marche doit être attribuée, soit à l'intensité et à la répétition fréquente de l'infection, soit aux métastases étendues. Dans les cas chroniques, il ne s'agit ordinairement que d'une infection peu intense, qui ne se répète pas souvent, et de métastases situées à des parties extérieures du corps, par exemple d'abcès du tissu cellulaire, de suppuration dans de petites articulations. Dans des cas rares la marche aiguë peut devenir