

voit les particules de charbon et d'autres principes infectieux pénétrer par ces voies; aucun fait certain ne le démontre, et les succès de la méthode antiseptique locale fournissent des arguments sérieux aux adversaires de cette opinion.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la septicémie aiguë n'ont rien de caractéristique; souvent on ne trouve pas autre chose qu'une congestion générale des principaux viscères. Les cadavres se décomposent rapidement; le sang fluide est noir, rouge foncé, poisseux, couleur groseille, quelquefois même verdâtre, coulant comme du goudron. Les globules du sang sont déformés, crénelés; le sérum coloré par l'hémoglobine renferme de nombreux vibrioniens.

En dehors de ces altérations l'autopsie ne révèle guère que des congestions intenses des viscères; les poumons splénisés présentent des ecchymoses à leur surface. Dans l'intestin on constate les mêmes lésions; VERNEUIL a signalé la stéatose du foie; enfin il existe dans les séreuses une quantité variable d'un liquide trouble. D'après le professeur MATHIEU, le sang septicémique a perdu la moitié de son pouvoir absorbant pour l'oxygène. Ces lésions sont analogues à celles des pyrexies infectieuses et, comme le dit BILLROTH: « Si l'on n'a pas observé le malade de son vivant on cherche en vain sur le cadavre la cause de la mort. »

Symptômes. — La septicémie débute dans les premiers jours qui suivent le traumatisme, avant le travail réparateur; dans les cas d'inoculation accidentelle elle se déclare presque immédiatement. SALLERON rapporte que pendant la guerre de Crimée, les blessés qui arrivaient de Kamiesch à Constantinople, par mer, étaient déjà infectés.

La maladie s'annonce par un ensemble de phénomènes généraux graves qui ont beaucoup d'analogie avec ceux des typhiques. Quelquefois on observe un frisson, mais jamais aussi violent que celui de la pyohémie, et la température s'élève bientôt jusqu'à 40° et 41°, le pouls à 110 ou 120 pulsations. Les fonctions digestives sont de bonne heure altérées; il y a de l'anorexie, une soif vive, de la céphalée; la langue est sèche, brune, fuligineuse. Les vomissements, le hoquet, la constipation ou la diarrhée cholériforme se produisent dans quelques cas.

La fièvre ne tombe pas complètement comme dans l'infection purulente; elle reste généralement élevée avec une rémission matinale et une exacerbation vespérale comme dans la fièvre typhoïde. La peau devient sèche, la chaleur mordicante; les urines peu abondantes, de couleur rouge brique, contiendraient, d'après BILLROTH, de l'albumine. Pendant ce temps la plaie, indolente, ne manifeste aucune trace de réparation; elle est blafarde et donne issue à un ichor sanieux et fétide.

L'affection a une durée extrêmement variable; lorsqu'elle est épidémique, elle emporte les blessés en trois ou quatre jours, alors on voit de bonne heure survenir des symptômes nerveux, de l'hébétude, de la carphologie et même du délire nocturne. Quand la terminaison est moins rapide, les mêmes phénomènes apparaissent plus lentement; on note des symptômes congestifs du côté des poumons, de la dyspnée, des douleurs hépatiques et spléniques,

des hémorragies des muqueuses. On a signalé l'apparition d'éruptions cutanées qui, d'après TREMBLAY, VERNEUIL, seraient un symptôme très fâcheux. Dans la dernière période de la septicémie, le blessé s'affaiblit de plus en plus, tombe dans l'adynamie et le coma qui précède la mort. La marche de la septicémie est presque toujours fatale et dans les cas sporadiques les moins redoutables, la mort arrive au bout de dix ou quinze jours. Le pronostic est donc des plus graves. Après l'ouverture des foyers tuberculeux, il est commun de voir la fièvre s'allumer, le malade présenter un état grave pendant quelques jours. Ce n'est autre chose qu'une forme subaiguë de la septicémie, peut-être même une fièvre traumatique. En tout cas, elle cesse quand la cavité bourgeonne, ou tue lentement le malade si le foyer reste putride.

Diagnostic. — Si, comme le pensent les adeptes de la théorie de l'unité des fièvres chirurgicales, la septicémie n'est qu'un degré de l'empoisonnement du sang, si elle ne diffère de la fièvre traumatique que par la quantité du poison introduit dans l'organisme et par l'insuffisance de la réaction, la distinction entre ces deux maladies doit être bien difficile. Mais jusqu'à ce que de nouvelles découvertes aient bien fixé ce point, nous considérerons ces deux affections comme distinctes et n'ayant entre elles que des rapports éloignés; la fièvre septicémique est beaucoup plus intense que la fièvre traumatique; la première appartient au groupe des inflammations infectieuses de SANDERSON et la seconde aux inflammations non infectieuses. Enfin, tandis que la fièvre émotive a une marche décroissante, la fièvre septicémique tend plutôt à augmenter ou tout au moins à persister.

Les complications locales telles que la phlébite, l'érysipèle, le phlegmon peuvent, avant d'être reconnues, s'accompagner de symptômes généraux graves qui ont plus d'une analogie avec ceux de la septicémie; mais la septicémie aiguë vraie apparaît plus tôt ou bien ces accidents se compliquent de septicémie, ce qui est fréquent. L'existence d'un traumatisme ne permet pas de confondre cette affection avec la fièvre typhoïde. C'est surtout avec la pyohémie que la septicémie a des affinités étroites; nous exposerons plus loin les signes distinctifs de ces maladies.

Traitement. — Il est prophylactique et curatif.

1° La faible action que nous avons sur l'empoisonnement du sang, quand il est déclaré, donne une importance considérable aux mesures préventives. Il faut donc fermer aux germes l'accès de la blessure, et les détruire autant que possible dans la plaie pour empêcher leur pénétration. Toutes les mesures hygiéniques qui ont pour but de diminuer l'encombrement et d'accroître la salubrité des salles de blessés atténuent les chances de l'empoisonnement. Nous savons que le poison s'intensifie dans des conditions hygiéniques défec-tueuses; il est juste de penser qu'il perd son énergie dans les conditions opposées. De là l'importance de l'isolement des blessés infectés, de l'extrême propreté des salles, des pansements antiseptiques, des instruments, l'utilité des tentes, etc. Les pansements rares, le pansement ouaté de A. GUÉRIN agissent surtout en soustrayant la plaie à l'action du poison extérieur et méritent d'être recommandés.

Au contraire, la méthode antiseptique en général et le pansement de Lister

en particulier, avec toutes ses minutieuses pratiques, n'ont d'autre but que d'empêcher l'action des germes et de les détruire. Les lavages avec des solutions diverses d'acide phénique, de sublimé, de thymol, de chlorure de zinc, d'eau oxygénée, d'alcool, etc.; les irrigations continues avec les mêmes liquides, la pulvérisation, les bains antiseptiques prolongés de VERNEUIL, le drainage de CHASSAIGNAC et d'AZAM, en un mot tous les perfectionnements dont les succès récents ont démontré l'efficacité, doivent être employés le plus tôt possible. On supprime, grâce à eux, l'inflammation destructive pour ne laisser agir que l'inflammation réparatrice.

Est-il possible d'enrayer la marche de l'affection lorsqu'elle s'est déclarée? On sait que les opérations radicales, l'amputation, la désarticulation lorsqu'elles sont intrapyrétiqes, réussissent fort mal. Il faudra donc peu compter sur l'intervention chirurgicale, bien qu'on lui doive un certain nombre de succès exceptionnels.

Quant au traitement interne nous en parlerons plus spécialement à propos de la pyohémie.

2° SEPTICÉMIE CHRONIQUE

Nombre d'auteurs, imitant en cela leurs devanciers, décrivent une infection putride chronique ou septicémie chronique, à laquelle d'autres ont encore donné le nom de *fièvre hectique*. Il nous est impossible de les suivre dans cette voie, parce que la maladie décrite par BÉRARD, et distinguée par lui de l'infection purulente, n'est autre que la septicémie vraie. Sans doute, à la suite des suppurations prolongées, on voit survenir des altérations graves de la santé, mais ces états sont mal déterminés. Beaucoup de malades succombent aux progrès de la tuberculose, qui compte à elle seule plus des trois quarts des cas de suppurations chroniques. Chez d'autres on trouve la stéatose du foie, la dégénérescence amyloïde du foie, du rein, du poumon; c'est probablement le fait d'un empoisonnement particulier qui nous est encore inconnu et qui a besoin de nouvelles recherches. On comprend que dans ces conditions il soit inutile de traiter de la septicémie chronique et de la fièvre hectique qui n'est autre chose que le dernier terme des infections chroniques.

§ 4. — Infection purulente ou pyohémie

Bibliographie. — HUNTER, trad. Richelot, Paris, 1840, t. III, p. 643. — GASPARD, *J. de Magendie*, 1822, p. 1. — VELPEAU, Th. de Paris, 1823, et *Revue méd.*, 1826. — RIBES, *Revue méd.*, 1825, t. III, p. 5. — MARESCHAL, Th. de Paris, 1828. — DANCE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1828, juillet, t. III, et *Arch. gén. de méd.*, 1828-1829. — REYNAUD, Th. de Paris, 1828. — PIORRY, *De la pyohémie*, Paris, 1831. — D'ARCET, Th. de Paris, 1842. — CASTELNAU et DUCREST, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1846. — A. GUÉRIN, Th. de Paris, 1847. — SÉDILLOT, *De l'infection purulente ou pyohémie*, Paris, 1849. — CRUVEILHIER, *Traité d'anat. pathol. gén.*, 1849, t. I^{er}, p. 167. — COHNHEIM, in *Arch. de Virchow*, 1867. — DEMARQUAY, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1867-1868. — BLUM, Th. de Strasbourg, 1870. — RANVIER, *Lyon méd.*, 1871. — VERNEUIL, *Mémoires de*

chirurgie, t. II, 1880. — BURDON-SANDERSON, *Med. Times a. Gaz.*, 1872. — JEANNEL, *De la pyohémie*, 1880, et *Encycl. de chir.*, t. I^{er} (Bibliogr.). — L. MORAND, Th. de Paris, 1880. — PROST-MARÉCHAL, *Ibid.*, 1883. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1855-1863. — *Bulletins de l'Acad. de médecine*, 1869, 1871, 1872, 1878, et *Acad. des sciences*, 1874, 1875. — A. GUÉRIN, art. INFECTION PURULENTE du *Dictionnaire de Jaccoud*.

Définition. — La pyohémie est une altération du sang produite par un poison spécifique, germe ou principe chimique, qui provoque de la fièvre et des abcès secondaires multiples.

On en distingue deux variétés : la pyohémie vraie, la seule que nous aurons en vue et la septico-pyohémie qui résulte de la coïncidence ou de la superposition de la pyohémie et de la septicémie. Cette combinaison de deux maladies s'explique aisément si on réfléchit à leur communauté d'origine.

Étiologie. — Les causes de l'infection purulente sont prédisposantes et déterminantes.

1° *Causes prédisposantes.* — Elles sont relatives à la blessure, au milieu, au blessé.

A. *Blessure.* — Certaines plaies exposent plus que d'autres à la pyohémie; telles sont celles qui intéressent des régions très vasculaires, riches en veines, comme la région ano-rectale. D'une façon générale les plaies des veines y sont plus sujettes et elles partagent cette prédisposition avec les lésions traumatiques des os. GOSSELIN fait jouer un rôle important à la moelle des os et à son altération dans l'ostéomyélite à la suite de fractures exposées, etc. La rétention du pus et par suite l'existence de plaies cavitaires anfractueuses est encore une circonstance favorable à l'éclosion de la pyohémie. Il faut excepter les collections froides qui ne déterminent pas la pyohémie avant l'introduction de l'air dans leur foyer; mais le pus de ces abcès est un pus infectieux, tuberculeux, qui jouit de propriétés spéciales.

B. *Milieu.* — Depuis longtemps on a incriminé l'*hospitalisme*; on a dit que la pyohémie était plus fréquente dans les salles des hôpitaux que dans la pratique civile et surtout à la campagne. Cette assertion se trouve reproduite partout. Cependant en Angleterre, PRESCOTT-HEWETT, BRYANT s'élèvent contre cette manière de voir sans méconnaître l'influence du milieu hospitalier; nombre d'exemples prouvent que l'affection n'est pas rare ailleurs, beaucoup de blessés apportant en entrant à l'hôpital les germes de la maladie.

Néanmoins l'encombrement des salles de blessés, la viciation de l'air qui en résulte, constituent un milieu favorable au développement de la pyohémie; dans ces conditions elle prend un caractère épidémique. SALLERON et tous les chirurgiens d'armée insistent sur ces causes.

C. *Blessé.* — Quand un poison comme celui de la pyohémie a pénétré dans l'organisme, les questions de constitution ont une importance secondaire. Robustes et débiles succombent pareillement. Cependant les dispositions physiques et morales dans lesquelles se trouvent les blessés ne sont pas étrangères à l'éclosion de l'infection, à la pénétration du poison dans le sang; ce qui revient à dire que certaines plaies deviennent beaucoup plus facilement sep-

tiques que d'autres, que certains terrains sont meilleurs pour la culture des germes. La misère physiologique, les privations, le surmenage, les défaites, les retraites des armées agissent certainement de cette façon. Il faut également faire intervenir l'affaiblissement de la constitution, l'anémie, les suppurations prolongées, l'alcoolisme, le diabète, l'albuminurie, en un mot les états constitutionnels, sur lesquels VERNEUIL insiste avec raison.

2° *Causes déterminantes.* — La maladie est déterminée par la pénétration dans le sang d'un agent morbide pyogène et pyrogène formé dans la plaie ou venu du dehors et qui, selon toute apparence, n'a pas d'autre porte d'entrée. L'infection par les voies pulmonaires, admise par quelques chirurgiens, n'est nullement démontrée.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans notre revue historique nous dispenseront de revenir ici sur les théories diverses émises sur la nature de l'agent infectieux, sur son mode de pénétration. 1° Quelques auteurs admettent encore que le principe en question n'est autre que le globule de pus; son absorption, sa résorption ou sa formation dans le sang produiraient la pyohémie. 2° Beaucoup de chirurgiens, principalement les partisans de l'unité des fièvres chirurgicales, nombreux en Allemagne, en Angleterre et en France, ont tendance à croire que la pyohémie est due à la pénétration dans le sang d'un poison chimique, produit de la fermentation putride du pus. Ce poison est libre ou véhiculé par des embolies ordinaires, graisseuses (BUSCH), etc. Le poison n'est autre que la sepsine, les ptomaines. La pyohémie serait une variété de cet empoisonnement en rapport avec la dose du poison. 3° Enfin dans la théorie des germes, qui a remplacé l'hypothèse des miasmes de A. GUÉRIN, la pyohémie serait le résultat de l'introduction dans l'organisme d'un ferment animé libre ou contenu dans les globules du pus.

Souvent la thrombose servirait d'intermédiaire entre la plaie et le sang; la décomposition et l'inflammation du thrombus infecté deviendraient le point de départ des colonies multiples qui adultèrent le sang et déterminent les abcès métastatiques. Le ferment pyohémique de PASTEUR existerait dans l'eau; il serait à la fois aérobie et anaérobie, son inoculation produit des abcès.

Anatomie pathologique. — Les principales lésions constatées à l'autopsie sont: 1° des abcès secondaires ordinairement multiples encore appelés métastatiques; 2° des épanchements séro-purulents dans les grandes séreuses et les articulations; 3° des altérations du sang; 4° des lésions dans la plaie.

A. *Abcès métastatiques.* — Cette dénomination, due à J. L. PETIT, rappelle les théories de l'époque: ces abcès sont uniques ou multiples et leur volume varie beaucoup entre celui d'un pois et celui d'un œuf de dinde. Le pus qu'ils contiennent est crémeux, un peu plus séreux que le pus ordinaire; dans les abcès du cerveau sa teinte est verdâtre. Quel que soit leur siège, les collections mal limitées, sans paroi propre, contiennent toujours des vibrions.

On rencontre les abcès métastatiques dans tous les points du corps, mais principalement dans les viscères. Par ordre de fréquence, d'après BRYANT qui a relevé à Guy's Hospital deux cent trois autopsies, le poumon est le siège le plus commun de ces collections; cent quatre-vingt-sept fois cet organe était intéressé, et dans 38 p. 100 des cas les poumons étaient seuls malades. Les

abcès métastatiques du poumon ne sont jamais très volumineux ils siègent de préférence à la partie postérieure des lobes inférieurs. La pneumonie lobulaire et quelquefois lobaire suppurée constitue la lésion la plus commune; on observe en outre des ecchymoses superficielles et des infarctus.

Après le poumon, le foie semble le viscère le plus souvent affecté (37 p. 100); les abcès y sont plus volumineux et siègent vers la surface; l'opinion ancienne d'après laquelle les abcès du foie seraient particulièrement fréquents dans les plaies de tête repose sur une observation exacte vérifiée par la statistique de BRYANT. Les abcès du rein (17 p. 100) sont déjà plus rares; enfin on en rencontre exceptionnellement dans la rate, le cerveau et les ventricules, le cœur, les muscles, les os, l'œil, la prostate, la langue, le corps thyroïde, etc. Ils ne sont pas exceptionnels dans le tissu cellulaire.

Outre les abcès, les viscères présentent encore une lésion spéciale, les *infarctus*. Ces masses de couleur noire foncée, affectant la forme de pyramides dont la base est à la surface de l'organe, ont été comparées par GUÉRIN à la coupe d'une truffe; ce sont des foyers inflammatoires d'origine spéciale, en voie d'évolution et qui aboutissent ultérieurement à la formation des abcès. Il est possible d'ailleurs de suivre toutes les transformations; la tache a été primitivement rouge, elle prend ensuite sa teinte noire puis devient gris-cendré et enfin jaune à son centre quand le pus s'est collecté. Cette filiation entre l'infarctus et l'abcès est généralement acceptée aujourd'hui; l'interprétation reste très discutée. VIRCHOW avait admis, comme beaucoup de ses devanciers, que les abcès étaient le résultat de l'obstruction mécanique des vaisseaux par une embolie; l'embolie détaché du thrombus déterminerait, dans le point où il s'arrête, la formation d'un infarctus et ensuite d'un abcès. En 1871, HAYEM accepte également l'origine embolique des abcès et des infarctus qu'il a particulièrement étudiés dans le foie, mais déjà il fait intervenir l'*embolie septique*. Voici quelle serait la succession des phénomènes; l'embolie constitué par un fragment de thrombus, véhicule de principes septiques, s'arrête dans les capillaires et provoque la coagulation du sang dans un territoire plus ou moins étendu. L'agent morbide détermine autour de lui l'irritation, la diapédèse, l'accumulation de leucocytes, leur mort et finalement un foyer purulent qui s'accroît à sa périphérie.

RANVIER n'admet pas l'origine embolique des abcès métastatiques; il pense qu'il s'agit là d'inflammations diffuses; l'infarctus rosé du poumon serait une pneumonie catarrhale aiguë; les infarctus hémoptoïques des hémorragies, et il attribue à une pneumonie purulente devenue caséuse les infarctus blancs (1871). Ces idées ne sont pas acceptées; on a simplement modifié la théorie de l'obstruction mécanique de VIRCHOW en admettant que les infarctus et les abcès résultent de l'arrêt dans les réseaux capillaires d'un agent septique ayant pour véhicule un embolie ou les globules du pus eux-mêmes.

2° *Épanchements.* — Les épanchements séro-sanguins, séro-purulents, sont assez communs dans les plèvres, le péritoine, le péricarde, les articulations. L'articulation sterno-claviculaire serait plus fréquemment lésée que les autres; sur vingt-cinq cas d'arthrites suppurées relevés par BRYANT, cette jointure figure huit fois. Il est difficile d'admettre avec ce chirurgien que ces épanche-

ments soient dus à l'extension de la maladie d'un viscère voisin (foie, rate, poumon). Les partisans de l'obstruction vasculaire embolique étaient très embarrassés pour expliquer ces collections et VIRCHOW invoquait déjà une altération spéciale du sang pour en rendre compte. Aujourd'hui la théorie de l'infection du sang par les germes explique assez aisément l'inflammation de ces grands sacs lymphatiques. On a souvent rencontré des ecchymoses à la surface des séreuses. Nous avons eu l'occasion d'observer, sur un blessé qui avait succombé à la pyohémie, la suppuration des foyers de fractures non exposés du radius.

3° *Sang.* — Les résultats fournis par les autopsies sont divergents. Le sang d'ordinaire poisseux n'est pas coagulé dans les vaisseaux; quelquefois il est mélangé à du pus et nous avons nettement constaté ce phénomène dans plusieurs cas. Pour quelques-uns le sang des pyohémiques serait plus riche en fibrine; FELTZ y a signalé des globules crénelés; enfin les microbes n'y sont pas rares.

4° *Altérations de la plaie.* — Il est naturel de chercher dans la plaie l'origine des altérations générales; mais il n'est pas toujours facile de trouver la porte d'entrée du poison. Souvent il existe des phlébites et des thromboses dont l'évolution explique la série des accidents, maintes fois nous avons trouvé du vrai pus dans les veines d'opérés, d'amputés et de blessés; ces foyers étaient tantôt séquestrés, tantôt en communication avec la circulation et le pus peut ainsi être transporté dans toute la circulation. VELPEAU avait admis l'origine lymphatique de la pyohémie, les autopsies n'ont pas révélé de lésions spéciales de cet appareil.

Symptômes. — La pyohémie n'est pas une complication initiale des plaies; elle apparaît habituellement après l'établissement de la suppuration, du dixième au quinzième jour; les blessés y sont exposés jusqu'à la cicatrisation.

La plupart des auteurs admettent que la pyohémie débute brusquement; quelques-uns, parmi lesquels A. GUÉRIN, reconnaissent des prodromes; le facies du blessé change, son teint jaunit; il a de l'anorexie, des nausées, quelquefois des selles diarrhéiques.

La pyohémie s'annonce par un frisson violent, analogue à celui des fièvres palustres, avec une période algide franche; le blessé claque des dents, il est en proie à des horripilations et sa physionomie exprime une anxiété extrême. Au bout d'un quart d'heure, la période algide cesse et fait insensiblement place aux sueurs profuses. Pendant l'accès, la température monte à 39 ou 40°, le pouls à 120 ou 140; on a signalé de l'anurie.

Après l'accès la fièvre tombe, tout rentre dans l'ordre et une amélioration trompeuse succède; cependant la plaie change d'aspect, les bourgeons charnus se flétrissent, deviennent blafards; le pus séreux exhale une odeur spéciale. L'état général s'altère insensiblement; la peau et les conjonctives prennent une teinte subictérique, l'amaigrissement fait des progrès d'autant plus rapides que la digestion laisse à désirer et qu'il y a de la diarrhée.

Au bout d'un temps variable, ordinairement de vingt-quatre heures, un second frisson apparaît avec les mêmes caractères que le premier. Dès lors, l'infection est nettement déclarée et ses effets se traduisent bientôt par des troubles mul-

tiples. La langue sèche ainsi que les gencives se recouvrent de fuliginosités; la soif est vive, l'œil excavé, brillant d'un éclat particulier; le nez s'effile, le teint se plombe, le ventre s'excave en même temps que la diarrhée est plus fétide. En quelques jours le blessé devient méconnaissable. Du côté de la plaie les changements indiqués plus haut persistent. Lorsqu'il y a phlébite, il n'est pas rare de constater de l'œdème et même quelques phlyctènes périphériques; les douleurs font défaut dans le foyer traumatique.

Les frissons se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la gravité de l'affection; on en a noté quelquefois jusqu'à quinze ou dix-huit. Dans le cours de la maladie des épistaxis et des hémorragies par la plaie peuvent se produire. Le malade dort peu; il est dans un état de stupeur, rêve, délire; parfois on constate des soubresauts des tendons. Le pouls est fréquent, mou, irrégulier, la respiration devient insensiblement plus pénible, et l'on compte jusqu'à cinquante, soixante et même soixante-dix inspirations par minute. La température reste assez élevée dans les derniers jours, sans rémissions bien marquées. Souvent le malade est couvert de sueurs fétides; les selles deviennent involontaires et nauséabondes.

De bonne heure le blessé accuse des douleurs dans diverses régions, dans l'épaule droite, l'hypocondre droit, le genou, le coude; d'autres fois elles siègent dans le côté et gênent la respiration. Ce sont là les symptômes de la formation des abcès. Il n'est également pas rare de voir apparaître dans les points douloureux des membres, des abcès superficiels fluctuants qui contiennent une certaine quantité de pus. La dyspnée croissante, la toux avec expectoration de crachats sanglants indiquent la formation des abcès pulmonaires. BRAIDWOOD a donné l'odeur de foin de l'haleine comme un signe pathognomonique de l'affection. Enfin à une période avancée de la maladie, la peau se recouvre d'éruptions discrètes, de vésicules ou de pustules. VERNEUIL a signalé des taches de purpura; ailleurs on a vu des plaques érythémateuses.

Marche et pronostic. — La pyohémie évolue ordinairement en dix ou quinze jours, mais on la voit souvent durer plus longtemps, un mois et plus; cette marche lente est assez favorable et rend la guérison possible. Si l'affection doit se terminer par la mort, cas le plus commun, les symptômes énumérés plus haut s'accroissent, l'adynamie domine la scène; la fièvre devient continue, la dyspnée augmente, le délire vague persiste, la diarrhée fait des progrès et le blessé s'éteint peu à peu.

Lorsqu'à la pyohémie s'ajoute la septicémie, la marche de l'affection est plus rapide et on ne trouve alors à l'autopsie que l'ébauche des lésions que nous avons décrites. On a donné à cette variété le nom de septico-pyohémie.

La pyohémie est-elle toujours fatale? SÉDILLOT, FOLLIN, MORAND, PROST-MARÉCHAL et d'autres ont cité des guérisons surtout dans les cas où les frissons sont peu intenses et éloignés. Nous avons vu un blessé guérir de pyohémie avec issue du pus des abcès métastatiques, les uns à la peau, les autres par les bronches. BRYANT admet également la possibilité de cette guérison et il fait à cet égard une distinction entre la pyohémie avec abcès viscéraux et avec abcès externes. Tandis que la terminaison est presque fatale pour les premiers, les seconds seraient susceptibles de guérir. A. GUÉRIN se montre, quoi qu'on ait