



Thèse

1894

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

De la pyogénèse artificielle

Dutrembley, Henri

How to cite

DUTREMBLEY, Henri. De la pyogénèse artificielle. Doctoral Thesis, 1894. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:26922

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26922>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26922](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26922)

DE LA
PYOGÉNÈSE ARTIFICIELLE

DE LA

PYOGÉNÈSE ARTIFICIELLE

PAR

Henri DUTREMBLEY

MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
ANCIEN MÉDECIN INTERNE A L'ASILE DES VERNAIES
ANCIEN MÉDECIN ASSISTANT A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE,
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

GENÈVE
IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

—
1894

INTRODUCTION

Les résultats obtenus à la clinique médicale de l'Université de Genève par l'application du mode de traitement du Dr Fochier (création d'abcès artificiels au cours d'affections à tendance pyogène), nous ont engagé à reprendre l'étude de cette question.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres : dans le premier nous parlerons des abcès observés spontanément dans l'évolution de certaines maladies ; le second traitera directement des abcès artificiellement produits ; le dernier enfin sera consacré à la technique de la méthode et à la discussion de quelques hypothèses émises sur le mode d'action du nouveau traitement.

Avant de commencer il nous reste un devoir agréable à remplir, celui d'exprimer toute notre gratitude et notre reconnaissance à notre cher et vénéré maître, Monsieur le professeur Revilliod, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Nous tenons aussi à remercier Monsieur le professeur D'Espine et Monsieur le Dr Maillart qui ont bien voulu se charger de quelques recherches bactériologiques.

Merci enfin à nos collègues et amis, Messieurs les Drs Audéoud, Jaccard et Vallette, assistants à la clinique médicale de l'Université, qui ont fort obligeamment mis leurs notes à notre disposition.

I

ABCÈS SPONTANÉS — ABCÈS CRITIQUES

I

ABCÈS SPONTANÉS — ABCÈS CRITIQUES

On voit quelquefois au cours d'affections graves, apparaître en différents points du corps une ou plusieurs collections purulentes d'importance variable. Ces collections, développées au milieu des symptômes les plus alarmants, semblent marquer une phase nouvelle dans l'évolution de la maladie. Souvent, en effet, il se produit contre toute attente une régression plus ou moins brusque des phénomènes morbides. La fièvre qui était ardente tombe, le facies s'améliore, le malade renaît à la vie. C'est une crise salutaire qui vient de s'effectuer, un dernier combat d'où l'organisme est sorti triomphant.

Ces faits ont été observés dès la plus haute antiquité. Ouvrons seulement les écrits d'Hippocrate ; nous y voyons souvent figurer les dépôts à titre de phénomènes judicateurs. C'est ainsi qu'on lit dans les *Prénotions* de Cos. « Tous ceux qui, à la suite de péripneumonies, ont aux oreilles ou aux parties inférieures des dépôts qui suppurent sont sauvés ¹ » et dans le livre des *Epi-*

¹ *Prénotions* de Cos. Chap. XVII.

démies : « Il convient de considérer attentivement toutes les coctions humorales non intempestives et salutaires de quelque partie que ce soit ainsi que les abcès critiques. Ce sont les signes d'une crise prochaine et d'une guérison assurée¹. »

La crise pour Hippocrate et pour son école c'est la lutte ardente livrée au principe morbide par la nature médicatrice, lutte pendant laquelle les humeurs altérées subissent la coction pour être éliminées par les voies naturelles (sueurs, urines, etc.) ou déposées en certains points du corps, sous forme d'abcès, de dépôts gangréneux, etc.

Cette notion essentiellement humorale de la crise était liée d'une façon intime à celle de la métastase. La métastase n'était pas autre chose que le déplacement des humeurs et leur fixation ultérieure en telle ou telle partie de l'organisme. Elle pouvait être du reste des plus favorables en tant par exemple qu'elle dérivait le processus morbide d'un organe important sur un moins noble. Le seul but de la thérapeutique était alors de faciliter ce transport, selon l'aphorisme fécond en applications heureuses : « *quo natura vergit, eo ducendum.* »

De là naquirent les méthodes de la dérivation et de la révulsion, méthodes qui ont survécu jusqu'à nos jours et qui ont rendu et rendent encore des services indiscutables.

Galien, le commentateur d'Hippocrate, étendit en-

¹ Des Epidémies. I, 1^{re} section.

core la conception de la métastase en la définissant : tout changement, toute transformation de la maladie.

Ces doctrines plus ou moins oubliées ou méconnues au milieu des ténèbres du moyen-âge, reparurent au XVII^e siècle avec Sydenham, Boërhaave, Stoll etc., et régnèrent en maitresses jusqu'au moment où elle furent battues en brèche par Hunter et Broussais qui créèrent la théorie du solidisme. Pour ces derniers il n'y a plus transport des humeurs d'un endroit à un autre mais simple déplacement de l'irritation qui crée une modification des tissus.

Avec Berthez qui créa le vitalisme, il parut cependant se faire un léger retour à l'idée humorale puisqu'on considérait la métastase comme un déplacement de la fluxion, celle-ci étant la manifestation extérieure du trouble général qui est la maladie.

Au commencement du siècle actuel et à mesure qu'on avance, le nombre des faits considérés réellement comme métastatiques va en s'amoindrissant beaucoup. L'étude plus approfondie de la maladie générale, de la diathèse, fait regarder le plus grand nombre des métastases comme de simples localisations. Béhier et Hardy, dans leur traité de pathologie générale, les considèrent comme excessivement rares et pensent que le plus souvent il s'agit de phénomènes pouvant très bien s'expliquer par les lois de la dérivation, de la diathèse et de la sympathie ¹.

¹ BEHIER ET HARDY. *Traité de pathologie interne*, tome 1. Paris 1858.

Pour Quinquaud la métastase se compose d'un acte morbide primitif et d'un acte morbide secondaire. Il faut que le premier ait entièrement disparu ou se soit effacé devant le second; il faut de plus que celui-ci soit sous la dépendance de celui-là. Le transport de l'acte morbide peut être solidien et se faire par l'intermédiaire du système nerveux ¹.

C'est là encore à peu près l'idée actuelle qu'on se fait de la métastase; on la considère en général comme un phénomène fâcheux, comme une complication nouvelle apportée à la maladie. Nous voilà certes bien loin de la conception hippocratique qui voyait souvent en elle un acte salulaire, pouvant être assimilé à une crise.

N'a-t-on pas un peu dépassé le but et ne serait-il pas bon de revenir en partie à l'ancienne manière de voir?

Pourquoi ne pourrait-on pas considérer les dépôts critiques dont nous parlions tout à l'heure, comme des métastases selon l'ancienne acception de ce mot? On disait autrefois : il y a transport de la matière morbifique; on dira aujourd'hui : il y a transport de germes pathogènes, de toxines, etc. N'a-t-on pas trouvé dans ces collections purulentes le microbe régissant l'affection générale?

Voici ce que dit Chantemesse dans un article tout récent sur la fièvre typhoïde². « Les furoncles, les abcès

¹ Des métastases, par E. QUINQUAUD. Thèse d'agrégation. Paris 1880.

² CHANTEMESSE. Article Fièvre typhoïde dans le *Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard. Paris 1891.

sous-cutanés ne sont point rares. Ces abcès surviennent pendant la convalescence ou quelques mois plus tard. Ils sont dus à des microbes de la suppuration ou bien à des bacilles typhiques. Nous avons étudié, M. Vidal et moi, le pus d'abcès très volumineux survenus quinze mois après la fièvre typhoïde. Ce pus jaunâtre, visqueux, très épais, renfermait à l'état de pureté des bacilles typhiques. »

N'y a-t-il pas eu là transport de germes du foyer primitif de l'affection en un foyer secondaire? bien plus, ce transport a été favorable puisqu'il a collecté les microorganismes en un point où ils ont été mis dans l'impossibilité de nuire.

L'heureuse influence de suppurations locales sur la marche d'une affection locale a été maintes fois reconnue. H. de Castelnau et F. M. Ducrest, dans un travail sur les abcès multiples¹, disent parlant de ceux-ci : « Leur pronostic est entièrement subordonné à l'état des malades, sauf dans des cas particuliers où ils semblent servir d'émonctoires pour l'élimination des principes morbides et où ils sont par conséquent d'un heureux augure. » A l'appui de leur dire, ils citent deux observations. Dans la première, il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde très grave avec adynamie profonde. Au trentième jour apparaissent une otite purulente et

¹ H. DE CASTELNAU ET F. M. DUCREST. Rechercher les cas dans lesquels on observe des abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différents rapports. *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*. 1846.

une parolidite. Les symptômes s'améliorent aussitôt considérablement. La seconde, bien plus curieuse, rapporte l'histoire d'un homme atteint de prurigo et traité pendant quatre mois consécutifs sans succès aucun. Au bout de ce temps apparaît un gros furoncle dans le dos; deux autres abcès, un à la cuisse et l'autre au bras, se forment encore les jours suivants. Guérison parfaite à partir de ce moment.

Ces cas ne sont pas isolés, on pourrait en citer bien d'autres. C'est au cours de fièvres puerpérales surtout qu'on a vu se produire des guérisons à la suite de supurations du tissu cellulaire sous-cutané. Metiviez, Hervieux, Siredey, Thierry en citent des exemples. C'est, du reste, sur ces faits qu'a été basé le nouveau mode de traitement dont nous parlerons tout à l'heure.

Comment interpréter ces phénomènes sinon comme une dernière réaction de la vie active contre l'affection envahissante? Bon gré, mal gré, il faut bien revenir à l'ancienne théorie de la nature médicatrice. Cette force si souvent combattue ou méconnue ne s'impose-t-elle pas de nos jours?

Qui donc osera s'élever contre elle en présence des magnifiques découvertes de Metschnikoff? Qu'est-ce que la phagocytose, sinon la *lutte* de l'organisme contre le microbe envahisseur? Et toute la question de l'immunité, sur quoi repose-t-elle, sinon sur l'adaptation de l'être à un milieu dans lequel il sera plus capable de *résister*?

Etudions un symptôme qui se rencontre fréquemment en pathologie : la fièvre. Ce n'est pas autre chose

qu'une manifestation de la réaction médicatrice. Des températures élevées ne sont-elles pas souvent préférables à une fièvre moyenne indiquant un état de dépression des forces vitales?

La fièvre, disait Hippocrate, est due à l'altération des humeurs, altération que cette coction tend à faire disparaître. Pour Galien, c'était simplement la chaleur contre nature.

« Ces deux doctrines, écrit Bouchard¹, ont dominé la science médicale pendant plus de quinze siècles; nous les avons vu reparaître de nos jours habillées à la moderne; celle de Galien est d'hier, celle d'Hippocrate est d'aujourd'hui. »

Ce même auteur termine son étude par ces mots : « Quelle est la signification de la fièvre? J'ai insisté sur cette idée que l'inflammation est une défense locale de l'économie qui sait sacrifier une partie pour l'organisme entier. La fièvre est-elle une défense générale? Bien qu'il ne faille pas s'obstiner à trouver quand même la signification optimiste des choses, j'espère pouvoir vous montrer que, sur ce point encore, la doctrine de la nature médicatrice avait du bon. »

Il faut lire les belles pages consacrées par Chauffard² à la défense de cette même doctrine. Bien qu'écrites il y a quelque trente ans, elles sont et resteront éternellement vraies.

¹ BOUCHARD. Les doctrines de la fièvre. *Semaine Médicale*, 15 mars 1893.

² CHAUFFARD. Principes de Pathologie générale. Paris, 1862.

Convaincu de son importance, il critique vivement Chomel qui « reconnaissant une force intérieure qui préside à tous les phénomènes de la vie dans ses périodes successives, lutte sans cesse contre les lois physiques et chimiques, reçoit l'impression des agents délétères, réagit contre eux, développe par conséquent les symptômes des maladies, en détermine la marche et en opère la solution par un mécanisme également impénétrable, » méconnaît ensuite cette force et ne la fait entrer pour rien dans la constitution de la pathologie générale.

Chauffard considère deux choses dans la maladie, l'affection et la réaction.

La force médicatrice relève de cette dernière ; c'est le soulèvement de la vie contre l'acte morbide. Dans les maladies aiguës, cette réaction est souvent intense ; c'est elle qui donne à l'affection son caractère, elle triomphe ou échoue suivant les cas. Elle n'est jamais absente, mais quelquefois elle peut n'avoir pas le temps de se produire, l'attaque étant trop brutale et terrassant l'organisme. Elle peut par contre dépasser le but, se montrer trop active pour l'affection qu'elle combat et par là même devenir nuisible.

Tout autre est la force médicatrice dans les maladies chroniques. Celles-ci, souvent héréditaires, envahissent peu à peu l'individu, le transforment lentement, sans bruit pour ainsi dire. Ce n'est que trop tard alors, lorsque la vie est vaguement menacée, que la réaction apparaît, réveil tardif et impuissant.

C'est pour cela qu'un des principaux buts de la thé-

rapeutique doit être de fortifier la résistance vitale dès qu'on soupçonne l'atteinte du mal.

On a voulu repousser la force médicatrice naturelle, considérant qu'agissant sans discernement, elle était souvent plus nuisible qu'utile. Répondant à ceux qui émettent cette opinion, Chauffard dit : « Elle n'est ni intelligente, ni aveugle, elle est vitale. C'est une activité réglée, elle réagit contre les impressions affectives par des modes organiques empreints de fatalité..... C'est ainsi que la suppuration est l'aboutissant d'une réaction salutaire ; si le pus peut s'écouler la guérison s'établit ordinairement, mais ce mode de réaction devient funeste s'il s'établit dans un organe important d'où l'élimination ne peut se faire. »

La suppuration est l'aboutissant d'une réaction salutaire, précieuse assertion pour nous qui venons justement de défendre la même idée touchant ces abcès observés au cours d'affections graves, abcès qui en modifient si heureusement le dénouement. La force médicatrice existe donc réellement. Dans la plupart des affections elle se révèle à nous avec des manifestations diverses ; c'est elle qui détermine la crise dans le sens général de ce mot, et nous considérons comme telle, tout mouvement qui juge la maladie.

Ce passage à la période de convalescence se produit quelquefois graduellement, sans grand tapage. Fréquemment il s'accompagne d'un cortège de phénomènes dits phénomènes critiques : exacerbation des symptômes morbides, sécrétions abondantes (sueurs, urines) évacuations, hémorrhagies, etc.

Laissant de côté ces faits bien connus, nous voulons parler spécialement de ces crises insolites que Chauffard appelle les crises à dépôt. « Les crises par dépôt, dit-il, amènent le gonflement, la suppuration et quelquefois la gangrène des parties. »

Nous avons déjà dit en tête de ce chapitre comment les choses se passent : La maladie est arrivée à sa période d'acmé ; une issue fatale semble imminente, tout signe de résolution faisant défaut. Cependant il se produit ici ou là un foyer de suppuration et en même temps une amélioration franche s'accuse, amélioration conduisant souvent à la guérison. La dénomination d'*abcès critique* donnée à cette dernière manifestation morbide paraît dès lors pleinement justifiée.

Ces abcès critiques, plus fréquents qu'on ne pourrait le croire, ont été souvent, il est vrai, regardés comme des complications de la maladie ou comme des phénomènes accessoires sans importance aucune ; mais le rapprochement entre l'apparition des abcès et l'amélioration de l'état général est parfois si manifeste, qu'il nous paraît difficile de ne pas y voir un rapport de cause à effet. Nous en donnons pour preuve les observations que nous allons citer tout à l'heure.

Les abcès critiques les plus favorables sont ceux qui siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané ; naturellement, puisqu'ils seront plus facilement éliminés et qu'ils risqueront moins d'entraîner des désordres secondaires. C'est aussi l'avis de Chauffard qui dit : « Les dépôts critiques qui aboutissent le mieux à une crise

complète sont ceux qui s'opèrent dans le tissu cellulaire et qui en déterminent la suppuration..... Le travail critique, en se concentrant sur une région de ce tissu, ne retentit pas d'une manière trop douloureuse sur l'ensemble de l'économie, ne compromet pas d'organe qui, par ces fonctions propres et par ses retentissements sympathiques, puisse entraver les efforts médicateurs. »

Les abcès critiques peuvent aussi siéger dans les glandes (parotides, glandes mammaires, etc.) et se montrer tout aussi favorables. D'autres fois enfin, la suppuration s'établira dans des organes plus importants, elle pourra produire alors de graves complications.

La notion du *locus minoris resistentiæ*, joue probablement un rôle important dans la localisation des abcès : « *Si quid doluerit ante morbum, ibi se fixit morbus.* » (Aphor, 33. liv. II.) Nous verrons en effet que par une irritation locale on a pu provoquer à un endroit déterminé la formation d'un de ces dépôts. C'est même sur ce principe qu'est basée la méthode de traitement du Docteur Fochier, méthode que nous avons tout particulièrement en vue dans cette étude.

Le pus des abcès critiques renferme souvent, nous l'avons vu, une grande quantité de microorganismes. Nous nous sommes appuyés sur ce fait pour les considérer comme de véritables métastases et nous avons regardé la chose comme favorable, en ce sens que les germes se trouvent ainsi fixés en un point où ils ne peuvent plus nuire à l'organisme entier et d'où leur élimination se fera facilement.

Il serait fort intéressant de recueillir avec soin tous les cas d'abcès critiques, au fur et à mesure qu'ils se présentent ; de les comparer dans leur marche, leur développement, leur mode d'action sur la maladie ; de les étudier au point de vue bactériologique, on en tirerait probablement des conclusions thérapeutiques utiles. Ce serait un travail de longue observation que nous n'avons pas voulu entreprendre. Nous rapporterons par contre quelques cas d'abcès critiques bien démonstratifs pour la thèse que nous soutenons. Les deux premiers ont déjà été publiés par notre maître, Monsieur le Professeur Revilliod¹ ; nous les transcrivons simplement.

OBSERVATION I

*Bronchopneumonie double; marasme ; phlegmon du cou.
Guérison.*

R. Marguerite, 71 ans, vieille femme cachectique, épuisée par un catarrhe chronique et une existence de travaux pénibles et de privations, est apportée à l'Hôpital cantonal de Genève le 22 avril 1892, pour une bronchopneumonie double qui a revêtu d'emblée un caractère très grave. La respiration est soufflante au sommet gauche et à la base droite ; partout ailleurs existent des râles humides et des ronchus. Elle ne tousse et ne crache pas. Elle a de l'oppression, de l'œdème des extrémités inférieures, des vomissements, une diarrhée incœrcible. Elle va sous elle. La tempé-

¹ L. REVILLIOD. Des abcès de fixation. *Rev. méd. de la Suisse romande*. 20 Septembre 1892.

rature ne dépasse pas 39°3, étant modérée par une tendance à l'algidité. Resp : 48. Le pouls est misérable, presque imperceptible. Cet état va en empirant jusqu'au 27 avril. Ce jour-là, la malade est froide, défaillante, et dit qu'elle va mourir. Dès son entrée à l'Hôpital, elle avait été soumise à un traitement tonique, avec ventouses sèches, piqûres de caféine et d'éther camphré, etc.; le tout sans grand résultat.

C'est dans ces circonstances que se développe un phlegmon de la partie latérale supérieure gauche du cou. Or, à mesure que ce phlegmon se formait, on pouvait constater que l'état général se remontait.

Le 9 mai, l'abcès est mûr. M. le D^r Audéoud, assistant, qui a suivi la malade de près, donne un coup de lancette qui laisse écouler une grande quantité de pus mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Peu après, la malade peut tousser et rendre de gros crachats épais, verdâtres; les râles sont plus humides, les foyers pneumoniques se concentrent à la moitié inférieure droite. L'abcès se cicatrise assez vite et la marche vers la guérison, tant pour l'état général que pour les signes locaux, se fit graduellement, jusqu'au 20 juin, jour de l'exeat.

L'heureuse influence exercée par le phlegmon est ici bien remarquable, d'autant plus qu'il s'agissait d'une vieille femme arrivée à un degré de faiblesse extrême. Il est regrettable que l'examen bactériologique n'ait pas été fait; peut-être nous eut-il fourni encore d'autres enseignements?

OBSERVATION II

Pneumonie adynamique chez un alcoolique. Abscès du mollet droit. Guérison.

T. Jean, 32 ans, charbonnier, alcoolique, absinthique, entre à l'Hôpital le 16 avril, au cinquième jour d'une forte pneumonie droite. T. 40 ° 5. La température baisse à partir du dixième jour, mais l'état du malade continue à s'aggraver ; il est caractérisé par l'ataxo-adynergie, du délire, des sueurs froides et visqueuses, la langue sèche et fétide, le regard terne ; la faiblesse est telle qu'on n'ose asseoir le malade, crainte de le voir défaillir.

Cet état persiste malgré un traitement énergique intus et extra (quinquina, musc, acétate d'ammoniaque, éther, piqûres de caféine et d'éther camphré) jusqu'au quinzième jour. La formation d'un abcès térébenthiné semblait assez indiquée et nous hésitions chaque jour à le provoquer, lorsque survint une amélioration inespérée dans l'état subjectif et objectif de notre malade, qui sort de sa somnolence, pour accuser une vive douleur au mollet droit. On constate que celui-ci est le siège d'une tuméfaction phlegmoneuse formant une saillie comme un gros œuf de poule. Considérant ce phénomène comme la manifestation d'un abcès critique, d'une fixation naturelle et spontanée, il n'y avait plus lieu de créer une fixation artificielle. L'effet désiré s'était, comme dans le cas précédent, produit de lui-même. De simples cataplasmes furent appliqués sur ce mollet dont l'inflammation, après avoir suivi une période croissante, alla décroissant, laissant un petit noyau induré et sans être arrivé à la suppuration, à moins que celle-ci se soit résorbée.

La pneumonie qui avait été en imminence d'hépatisation grise, se résorba, grâce au phlegmon développé spontanément au membre inférieur.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : comme la précédente, elle nous montre un processus grave arrêté dans son évolution par un phlegmon périphérique; elle nous enseigne en outre que, l'équilibre une fois rétabli et la vie reprenant le dessus, l'abcès curateur peut à son tour être résorbé sans dangers nouveaux pour l'organisme.

OBSERVATION III

*Etat typhoïde grave; ataxo-adyynamie. Abcès critiques.
Guérison.*

R. Joséphine, 14 ans, habite Genève depuis 2 mois environ. Seule domestique dans une nombreuse famille (8 enfants), elle est littéralement surmenée. Le 20 janvier 93, elle tombe brusquement malade; début par céphalalgie, grande lassitude, puis perte de l'appétit, frissons, fièvre. On l'amène à l'hôpital le 27 janvier. On note à son arrivée le status suivant : Jeune fille en décubitus dorsal, teint coloré, fébrile. Temp. soir, 40°6. Lèvres sèches, fuligineuses, langue pâteuse, rouge au centre, anorexie absolue. Soif ardente. Abdomen non ballonné, douloureux à la palpation. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée fétide. Rate agrandie. Cœur et poumons normaux. Urine albumineuse, 2,5 ‰.

Grande faiblesse musculaire, éreintement, stupeur. La malade répond à peine aux questions qu'on lui pose et pousse seulement, de temps à autres, de longues plaintes.

Traitement : Calomel, bains, boissons abondantes, compresses sur l'abdomen.

Cet état reste à peu près stationnaire pendant quelque temps. Le 1^{er} février et les jours suivants, on voit apparaître au voisinage de l'ombilic quelques taches qui deviennent pustuleuses, formant de petits abcès de la paroi abdominale. En même temps, la fièvre tombe un peu, elle atteint au plus 38°8, mais les autres symptômes ne s'amendent pas. La malade est tourmentée par des vomissements continuels qui rendent toute alimentation impossible.

Le 11, la température remonte de nouveau et atteint 39°8. Le ventre est ballonné, douloureux. Les vomissements persistent malgré tout (glace, potion de Rivière, oxalate de Cérium, eau oxygénée, lavage d'estomac). On cherche à soutenir la malade très affaiblie au moyen de lavements alimentaires. Le 20, la diarrhée qui avait cessé reparait. L'abdomen est moins douloureux, les petits abcès sous-cutanés sont nettement fluctuants mais ne présentent aucune tendance à s'ouvrir spontanément. Les jours suivants, l'adynamie s'accroît encore, il existe de la stupeur, du rictus, tout fait prévoir une issue fatale à brève échéance.

Nous en étions là quand le 25, on constate du côté droit de la nuque un empâtement phlegmoneux qui se développe rapidement. Le 27 déjà, il existe un abcès, gros comme un œuf de poule et nettement fluctuant. En même temps, la fièvre tombe, la petite malade paraît se réveiller un peu, elle déclare avoir faim, et prend le 28 un œuf à la coque et un peu de pain grillé, qui ne sont pas vomis.

Le 2 mars, l'abcès de la nuque est rouge, tendu, fluctuant; on l'incise. A partir de ce moment, la convalescence s'établit franchement. La température qui était remontée le 1^{er} et le 2 tombe définitivement à la normale. L'appétit revient, les

vomissements cessent complètement. L'enfant recouvre peu à peu sa gaieté et ses forces; le 22 avril, elle quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Le pus de l'abcès de la nuque, recueilli avec toutes les précautions antiseptiques et examiné au point de vue bactériologique, démontra la présence d'un certain nombre de staphylocoques. Il est malaisé de dire pour quelle part ces microorganismes étaient dans la gravité des accidents; toujours est-il que l'apparition de l'abcès coïncida avec une amélioration marquée et cela au moment où tout espoir semblait perdu. C'est ainsi qu'on voit brusquement la stupeur disparaître, l'appétit revenir et les vomissements, qui avaient résisté à tout traitement, cesser définitivement.

Les petits abcès abdominaux peuvent être considérés comme une première mais impuissante manifestation critique. Ils se sont du reste résorbés, un seul s'est ouvert pendant un bain.

OBSERVATION IV

Fièvre typhoïde grave, forme méningitique. 5 abcès critiques déterminent la guérison.

P. François, âgé de 13 ans, en séjour à Loex depuis 6 semaines est pris le 22 octobre 1893 d'une fièvre intense avec céphalalgie, agitation, délire, constipation suivie de selles sanguinolentes.

Le malade est amené à l'hôpital le 22 novembre, 12 jours après le début de son affection. Il est dans un état ataxo-

adynamique très prononcé, amaigri, pâle, cyanosé, fuligineux, avec une plaque d'herpès à la commissure labiale droite. L'abdomen est ballonné ; gargouillement de la fosse iliaque droite ; diarrhée fétide. Pas de taches rosées lenticulaires. L'agitation des premiers jours est remplacée par de l'abattement, de la prostration, de l'obnubilation, du mutisme interrompu par quelques cris plaintifs. Réflexes patellaires exagérés ; clonus du pied gauche ; pupilles paresseuses. Tendance aux escharres. Albuminurie. La température qui était à 40° le 3 novembre oscille depuis lors entre 38° et 39°. Le pouls est rapide, court, pointu. Le 8 novembre, dix-huitième jour de la maladie, la température tombe brusquement de 39° 2 à 36° 6 ; le pouls à 60. En même temps la physionomie prend un aspect plus naturel. On découvre sur la fesse droite un vaste abcès entouré de quelques petites phlyctènes purulentes. Le 10 novembre, l'état général continue à s'améliorer ; un deuxième abcès s'est formé dans le premier espace métacarpien de la main gauche. (Détail intéressant, l'enfant se serait meurtri cette région quelques semaines avant sa maladie, en tirant le balancier d'une pompe, d'où peut-être la localisation : « si quid doluerit ante morbum, ibi se fixit morbus. »)

Deux autres abcès se développent encore les 13 et 18 novembre, l'un à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, l'autre à la fesse gauche.

Le 18 décembre enfin, il se développe un cinquième et dernier abcès dans le conduit auditif externe gauche. Notons qu'à mesure que ces abcès successifs se manifestaient, l'état du malade marchait grand train vers la guérison. La température à part une légère poussée fébrile, lors de l'apparition du second abcès, ne dépassa pas la normale ; l'albuminurie et les symptômes nerveux disparurent avec une rapidité

surprenante. Le pus de l'abcès de la main examiné par le Dr Maillart contenait le staphylococcus doré pur.

Dans ce cas, comme dans ceux qui vont suivre, l'entrée en convalescence d'un état qui avait revêtu les allures les plus graves, a coïncidé avec l'apparition d'un premier abcès et n'a fait que s'accroître avec celle des suivants.

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde, forme bronchitique avec dyspnée intense, suffocante. Convalescence coïncidant avec l'apparition d'abcès sous-cutanées du cou et des bras.

P. Joseph, 17 ans, ramoneur ; sans domicile fixe, serait malade depuis un mois. Entré à l'hôpital le 24 août 1892.

Adynamie très prononcée, regard vague, bouche fuligineuse, stupeur, délire continu. Ventre ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite. Taches lenticulaires. Diarrhée abondante, grisâtre, infecte. Rate agrandie. Température arrivée à 40° le 26 août. Dyspnée, cyanose. Râles muqueux dans les deux poumons.

Le 30 août, apparition d'une série d'abcès sous-dermiques et sous-épidermiques sur le cou et les épaules. Le 2 septembre les abcès se sont ouverts et cicatrisés spontanément.

Le 4 septembre, nouvelle poussée d'abcès sur les bras. Pendant l'évolution de ces abcès, remarquable par sa rapidité, les symptômes ataxo-adiynamiques disparaissaient d'un jour à l'autre, en même temps que la dyspnée, l'encombrement des bronches, l'albuminurie et la fièvre.

Le pus des abcès examiné par le Dr Maillart ne contenait que des staphylocoques blancs.

OBSERVATION VI

Nous résumons en quelques lignes une longue observation de fièvre typhoïde, remarquable par ses hautes températures, chez un manœuvre de 20 ans.

Il entre le 29 novembre 1893 avec 40°, arrive à 41° le 30 novembre, 11^{me} jour de la maladie; la fièvre persiste intense jusqu'au 23^{me} jour, présentant alors une période amphybole avec des oscillations de 4°. Après une convalescence qui semblait bien établie et une apyrexie complète, survient une rechute dans la 7^{me} semaine. La température remonte à 40° mais dès le 6^{me} jour, elle tombe définitivement en même temps qu'une éruption de 6 abcès se déclare sur les fesses. Depuis lors tous les symptômes se sont rapidement dissipés.

OBSERVATION VII

*Infection puerpérale grave. Abcès sous-cutanés accidentels.
Guérison¹.*

Madame X., accouche à terme d'un enfant bien portant. Les couches sont normales, mais au bout de quelques jours, la parturiante est prise subitement de frissons répétés, avec fièvre vive, lochies fétides, etc. Bref, tout fait craindre une fièvre puerpérale, qui se révèle vite comme excessivement grave.

Malgré un traitement énergique institué d'emblée, la malade tombe bientôt dans un état adynamique extrême. Elle est vue alors, en consultation, par deux médecins qui la condamnent et prescrivent, pro forma, une pommade à la quinine en frictions sur différentes parties du corps. Les jours

¹ Cette observation nous a été obligeamment communiquée par M. le Dr Wintzenried de Satigny.

suivants, on est fort étonné de trouver la malade un peu mieux; elle accuse une assez vive douleur sous les bras, et l'on constate dans le creux axillaire, où l'on avait fait d'abord des frictions, l'existence d'un ou deux petits abcès qui sont incisés.

L'amélioration d'abord très légère, s'accroît peu à peu au fur et à mesure que se forment de nouveaux abcès, incisés comme les précédents, et aboutit finalement à une franche guérison.

Dans ce cas, les frictions énergiques faites avec une pommade excitante, ont évidemment joué un rôle dans la genèse des abcès. C'est là une particularité intéressante pour nous, car il y a eu là provocation à la suppuration, provocation involontaire, sans doute, mais qui n'en a pas moins été favorable.

Nous pouvons rapprocher ce fait d'autres à peu près semblables, dans lesquels des injections sous-cutanées de substances médicamenteuses, par exemple, ont produit, involontairement aussi, des abcès volumineux, et où ceux-ci ont coïncidé avec une amélioration notable de la maladie. Armand Siredey en cite un cas dans la séance du 13 mai 1892, de la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'un ancien rhumatisant et paludéen, traité pour une endocardite infectieuse accompagnée de congestion pulmonaire intense des deux bases. L'affection qui a débuté brusquement, s'aggrave rapidement en quelques jours. Le malade prend un teint subictérique, l'urine devient albumineuse, le facies se grippe, l'oppression est intense, la faiblesse extrême. Le neuvième jour, on constate,

contre toute attente, un mieux sensible qui s'accroît bientôt, à mesure que se développe un phlegmon de la partie antéro-externe de la cuisse gauche. Celui-ci, déterminé par une piqûre de caféine, est incisé au bout de quelques jours et laisse écouler une assez grande quantité de pus. L'amélioration se produit très rapide à partir de ce moment.

Le Dr Turel publie un autre cas dans le Dauphiné médical (Février 1893) : Son malade atteint d'une pneumonie grave, semblait perdu, lorsqu'une détente inattendue se produisit. Celle-ci coïncida avec l'apparition d'un phlegmon du bras droit, produit par des injections d'éther et de caféine. Ce phlegmon évolua rapidement en même temps que la convalescence s'établissait franchement.

OBSERVATION VIII

Relatons encore en quelques mots le cas suivant que nous a communiqué oralement M. le Dr Bontems, d'Aigle.

Il s'agit d'une vieille femme âgée de plus de 70 ans et atteinte d'une pneumonie fort grave. Aucune crise ne se produisant, l'affection marche à grands pas vers un dénouement fatal quand une amélioration aussi imprévue qu'inespérée s'accuse, en même temps que se développe un vaste abcès produit accidentellement par une injection sous-cutanée d'éther. L'abcès est bientôt incisé et la malade se rétablit complètement.

Ces observations fort intéressantes, nous amènent sans transition à la deuxième partie de notre travail, celle où nous voulons parler des abcès provoqués.

II

ABCÈS PROVOQUÉS — ABCÈS DE
FIXATION

II

ABCÈS PROVOQUÉS — ABCÈS DE FIXATION

« La lésion locale, » dit Bouchard ¹, « renforce l'immunité et diminue la gravité de la maladie générale. »

Cette phrase pourrait servir de corollaire aux observations que nous venons de citer.

Supposons un individu atteint de septicémie, il est sous le coup d'une affection générale grave, qui peut l'emporter sans qu'aucune localisation se soit produite ; à telle fin, qu'à l'autopsie, à part un certain degré de tuméfaction des organes, on ne trouvera rien qui explique cette mort prématurée. Mais le plus souvent on verra l'affection générale se fixer sur telle ou telle partie de l'organisme, provoquant des suppurations abondantes. Ici le foie, les poumons, le cerveau seront atteints, là une articulation ou le tissu cellulaire sous-cutané.

Dès qu'elle est apparue, la lésion locale prime tout. C'est elle, qui désormais, donne à l'affection son ca-

¹ BOUCHARD : Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses. *Semaine médicale* du 6 novembre 1889.

ractère ; produisant les plus graves désordres lorsqu'elle affecte un organe important, bénigne et salulaire dès qu'elle est accessible à un traitement rationel.

Dès lors pourquoi ne pas provoquer cette localisation en des points où elle sera à portée des ressources de l'art ? C'est là ce qu'à compris Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon. Frappé du fait que souvent au cours d'affections puerpérales graves, on voit les symptômes s'amender brusquement à la suite d'une suppuration localisée, (abcès du sein, phlegmon sous-cutané, monoarthrite) il eut l'idée de provoquer artificiellement ces suppurations et les appela *abcès de fixation*¹.

Il eut recours, à cet effet, aux injections sous-cutanées de sulfate de quinine acidifiée, puis à des solutions de nitrate d'argent au $\frac{1}{10}$; mais ces substances ne provoquaient pas assez rapidement des suppurations abondantes. C'est alors qu'il trouva dans l'essence de térébenthine un agent pyogène d'une grande valeur.

Il obtint ainsi des résultats remarquables qu'il consigna, en même temps que la technique de sa méthode dans une note publiée le 23 août 1892, dans le *Lyon médical*.

Les injections de térébenthine doivent être faites de préférence dans le tissu cellulaire sous-cutané ; un centimètre cube de la substance irritante suffit le plus souvent. Des accidents dus à la térébenthine même n'ont

¹ FOCHIER. Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. *Lyon médical*, août 1892.

du reste pas été observés. Les phlegmons se développent ordinairement assez rapidement, prenant les allures d'abcès chauds, toutefois sans tendance à l'ouverture spontanée. Lorsque l'état général n'est pas nettement amélioré par un premier abcès, Fochier recommande d'en provoquer sans hésitation de nouveaux, estimant qu'une fixation répétée ne peut être que favorable au malade.

Ce fut Lépine, de Lyon, qui reprit la question quelques mois plus tard. Vivement intéressé par la note de Fochier, il a l'idée d'appliquer sa méthode dans un cas de pneumonie en voie de suppuration¹. Ce stade de la maladie rentrait, du reste, parfaitement dans le cadre des affections pyogènes tracé par ce dernier, et l'expérience fut couronnée d'un plein succès. Voici du reste, brièvement, les détails du cas.

Homme de 36 ans, entré à l'Hôpital le 16 janvier 1892, au premier jour d'une pneumonie de la base droite. Fièvre, T. 40°, 2. Crachats visqueux, colorés; albuminurie légère. Les jours suivants, l'affection s'étend sur tout le poumon droit: dyspnée intense, augmentée encore par une forte congestion du poumon gauche. Saignée de 300 gr., amélioration légère.

Le 8^{me}, le 9^{me} et le 10^{me} jour, l'état empire encore. Délire, adynamie extrême; les crachats de visqueux, deviennent purulents. Evidemment on arrive au stade de l'hépatisation grise.

¹ A. LÉPINE. Sur une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie en imminence de suppuration. *Semaine Médicale* du 27 février 1892.

Au 12^{me} jour, l'état étant désespéré, aucune résolution possible n'étant à prévoir, on se décide à faire à chaque membre une piqûre de 1 gramme d'essence de térébenthine.

Le lendemain, il existe un peu d'empâtement au niveau des piqûres, la fièvre est tombée de quelques dixièmes de degrés. Bref, les phlegmons se développent et en même temps l'hépatisation pulmonaire se résorbe, l'état général s'améliore.

Le 2 février (18^{me} jour de la maladie) on incise les abcès; la fièvre tombe tout à fait; le malade est franchement convalescent.

Lépine fait suivre cette observation de ces mots : « Je suis convaincu que dans ce cas la formation d'abcès sous-cutanés a sauvé le malade, mais je n'ose encore compter que ce sera la règle. »

Dès lors de divers côtés on essaye la méthode. Elle vient à l'ordre du jour de trois séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris¹. Dieulafoy, Gingeot, arrivent chacun avec un cas favorable. Chantemesse et Marie, par contre, se déclarent contre le nouveau mode de traitement. Fochier lui-même fait deux nouvelles communications; l'une à l'Académie de Médecine, séance du 26 avril 1892, l'autre à la Société obstétricale de France, 1^{re} session, tenue à Paris les 21, 22 et 23 avril 1892. Dans cette dernière réunion, Thierry de Rouen apporte de nouveaux faits et déclare avoir déjà

¹ *Bulletin et Mémoires* de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Séances du 25 mars, 13 mai et 27 mai 1892.

tenté depuis 1888 de produire des abcès sous-cutanés dans des cas de maladies infectieuses. Nous avons recueilli un certain nombre d'observations favorables à la méthode de Fochier, nous les mentionnerons brièvement.

A côté des cas de Lépine, de Dieulafoy, de Gingeot, nous citerons deux observations de Thierry, communiquées à la Société de médecine de Rouen ¹.

Il s'agit de deux femmes atteintes de septicémie puerpérale grave et traitées, toutes deux, par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Ces injections, faites à la fesse, produisirent de vastes phlegmons, sous l'influence desquels on vit la gravité de l'état général s'amender et finalement la guérison s'établir.

Thierry fait jusqu'à 5 injections de 1^{cm}³ dans l'espace de 2 jours; il incise assez rapidement les abcès et entretient la suppuration pendant quelque temps au moyen de pansements irritants.

Le professeur Olivier, de Rouen ², publie un cas dans la *Normandie Médicale* : il s'agit d'un malade arrivé au 8^{me} jour d'une pneumonie gauche, délirant depuis 3 jours et dont l'état s'aggravait à chaque instant. Des injections de 1^{cm}³ d'essence de térébenthine faites

¹ THIERRY. Traitement de la septicémie puerpérale grave par la provocation d'abcès hypodermiques. Société de médecine de Rouen. Séances du 11 avril et du 10 juin 1892.

² P. OLIVIER. Sur un cas de pneumonie traité par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. *Normandie Médicale*, 4^{er} juin 1892.

aux 4 membres produisirent de vastes phlegmons. Il en résulta une amélioration rapide suivie de guérison.

L. Bard¹ dans le *Lyon Médical*, Franc² dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, décrivent des cas semblables. Chez l'un, c'est un homme de 49 ans, arrivé au 9^{me} jour de sa pneumonie; chez l'autre, une vieille femme de 67 ans, au 11^{me} jour; tous deux sont guéris par la provocation d'abcès térébenthinés.

Raoul (de Sergines) rapporte également un cas de pneumonie grave guéri par la même méthode³.

Le Dr Lardier cite un cas intéressant dans le *Bulletin Médical des Vosges* :

Son malade était arrivé au 9^{me} jour d'une pneumonie gauche, lorsque se produisirent des symptômes d'hépatite puis de méningite. Evidemment l'infection se généralisait. Une injection de 1^{cm}³ d'essence de térébenthine, faite en ce moment, produisit rapidement un phlegmon, en même temps qu'on remarquait une sédation brusque de tous les symptômes alarmants. Malheureusement, au bout de quelques jours, l'affection reprit le dessus et finit par emporter le malade. L'auteur aurait voulu créer de nouveaux abcès de fixa-

¹ L. BARD. Sur un cas de pneumonie traité par la méthode des abcès de fixation et suivi de guérison. *Lyon Médical*, 17 avril 1892.

² Traitement de la pneumonie purulente par les injections d'essence de térébenthine, suivant la méthode du Dr Fochier. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 juillet 1892.

³ *Revue de Clinique et de Thérapeutique*, 11 mai 1892.

⁴ *Bulletin Médical des Vosges*, juillet 1892.

tion qui, dit-il, auraient peut-être sauvé le malade, mais il se serait heurté à un refus formel de la famille.

Le Dr Greuell enfin, publie encore une observation de pneumonie gauche, guérie par deux injections de térébenthine¹.

A l'étranger, le procédé de Fochier semble ne pas avoir eu d'écho. On trouve cependant un cas favorable rapporté par le Dr Mercandino dans la *Gazette médicale de Turin*².

C'est encore d'une pneumonie qu'il s'agit. La fièvre était tombée par lysis au 14^{me} jour de la maladie, mais les signes pulmonaires persistaient. Au 17^{me} jour, le malade est repris d'un frisson intense avec forte élévation de la température; en même temps, on remarque une légère paralysie du facial inférieur droit et une parésie de l'oculo-moteur gauche. Mercandino attribue ces faits à une endocardite pneumococcique et explique les phénomènes cérébraux par une embolie.

Dans ces conditions, il injecte 1^{cm}³ d'essence de térébenthine à chaque cuisse; il se manifeste une amélioration rapide. Quelques jours après, les abcès produits sont incisés, la fièvre tombe tout à fait, la guérison est complète.

A Genève, le mode de traitement de Fochier fut

¹ *Bulletin Médical des Vosges*, octobre 1892.

² MERCANDINO. A proposito del methodo di Fochier, nella cura delle infezioni piogene generalizzate. *Gazetta medica di Torino*, 14 avril 1892.

inauguré à l'Hôpital cantonal par notre maître, M. le professeur Revilliod, en février 1892, peu de temps après la publication de Lépine.

Les premiers résultats furent consignés dans un article publié dans le numéro de septembre de la *Revue Médicale de la Suisse romande*.

Dès lors, malgré le silence qui se fit un peu partout sur la question, malgré quelques insuccès sur lesquels nous reviendrons, on n'en continua pas moins à appliquer cette méthode thérapeutique aux affections à tendance pyogène. Cette persévérance ne devait pas rester stérile, puisqu'elle nous permet aujourd'hui d'enregistrer de nouveaux cas heureux.

Voici ces cas; nous les faisons précéder des trois observations publiées par M. le professeur Revilliod dans l'article dont nous avons parlé plus haut.

OBSERVATION IX

*Pneumonie grippale. 2 injections d'essence de térébenthine.
Guérison.*

Marie S., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 27 février, au quatrième jour d'une pneumonie droite, pneumonie grippale, adynamique, avec frissons intenses et répétés. Forte dyspnée, teinte ictérique, délire, foie et rate agrandis. L'hépatisation gagne rapidement de bas en haut, donnant, un souffle intense presque amphorique, qui se prolonge à gauche. Resp. 44. T. max. 38°, 6, qui s'abaisse en lysis avec tendance à l'algidité.

2 mars. Huitième jour. Encore 38°, 8. L'hépatisation continue sa marche croissante. La respiration est courte et fré-

quente. Il n'y a pas de crachats, mais un râle trachéal de mauvais augure que la toux ne modifie pas. L'état général décline, l'expression est indifférente, comme dominée par la maladie. Obnubilation et somnolence. La teinte ictérique prend l'aspect pyémique.

C'est alors que nous fîmes la première injection de térébenthine, une seringue de Pravaz au flanc droit.

3 mars. Grande surprise de trouver la malade encore vivante et avec une apparence de mieux, bien que le râle trachéal persiste. La douleur de la piqûre étant modérée, nous en faisons une seconde de 1 gr. également au flanc gauche.

4, 5, 6 mars. L'expression est plus présente. La face n'a plus l'aspect pyémique. Il y a de la toux avec expectoration de gros crachats gris purulents. Le râle trachéal est moins continu. Le souffle diminue et fait place à des râles de retour. L'urine sent la violette.

7 mars. L'injection térébenthinée du flanc droit a donné lieu à un bel abcès qui, incisé, ce cinquième jour, donne issue à une grande quantité de pus, mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, sentant la térébenthine.

8 mars. Epoque menstruelle. L'abcès du côté droit se vide rapidement; celui du côté gauche occupe une surface qui s'étend de la neuvième côte à l'ombilic.

9 mars. Cet abcès est incisé ce sixième jour et donne du pus comme le précédent. Le râle trachéal a cessé; la malade éprouve une sensation de bien-être.

Depuis lors, l'amélioration a suivi son cours sans incident à signaler, si bien que la malade a pu se lever le 14. La convalescence a cependant été longue et l'exeat n'a pu être donné que le *23 avril*.

Le pus des abcès examiné au point de vue bactériologique a été reconnu absolument stérile.

OBSERVATION X

*Pneumonie gauche sans résolution. Albuminurie.
Création de deux abcès térébenthinés. Guérison.*

Homme de 33 ans, alcoolique, surmené, misérable. Il est atteint d'une pneumonie gauche qui ne se résorbe pas, et d'un peu d'albuminurie. La convalescence ne se fait pas. Elle se complique d'un accès de delirium tremens qui laisse le malade très déprimé, avec céphalalgie, fièvre vespérale, sueurs profuses, insomnie, oppression.

L'albuminurie a cependant cessé depuis le 15^m jour. Le malade pâlit de jour en jour d'une manière inquiétante. Il n'y a que 50 % d'hémoglobine; globules rouges 3,193,000, globules blancs 8,187. L'état général s'aggravant de plus en plus, bien que les symptômes pulmonaires n'aient pas augmenté, il y avait à craindre une pyogénèse non encore localisée, hypothèse qui nous engageait à créer un abcès pour fixer le pus dans un point favorable. Inutile d'ajouter que la médication tonique et dirigée selon les indications avait été instituée dès le début et était restée insuffisante.

Le 22 mai, dans la sixième semaine de cet état, nous fîmes une injection de térébenthine, d'une demi seringue seulement, à la région sous-claviculaire gauche.

La douleur produite par notre petite injection a été très vive.

Néanmoins *le 26 mai*, notre malade se trouve mieux; il passe de meilleures nuits, se sent la tête plus libre.

Le 27, pour soutenir cette amélioration encore douteuse il accepte une seconde injection d'un gramme de térébenthine qui est faite à la cuisse gauche. Les deux abcès se forment avec une élévation de température qui arrive le

soir à 39° pendant quatre jours, du 26 au 29 mai. Dans le cas précédent la température avait au contraire baissé après l'injection.

Le 3 juin, septième jour de l'injection, l'abcès de la cuisse, très fluctuant, est incisé et laisse couler une grande quantité de pus et de lambeaux de tissu cellulaire. La culture de ce pus a encore donné un résultat négatif.

Quant au premier abcès sous-claviculaire provoqué le 22 mai, nous l'avons abandonné à lui-même pour voir s'il ne s'ouvrirait pas spontanément. Or il n'en a rien été, bien qu'il fût très fluctuant dans les premiers jours. Ce n'est que le 25 juin, soit le trente-quatrième jour que nous en avons débarrassé le malade qui entraînait peu à peu en convalescence. Le bloc pneumonique entra en résorption et tous les symptômes subjectifs et objectifs se dissipèrent graduellement.

Le 19, le malade peut quitter le lit.

Le 23, la pesée témoignait d'une augmentation de 1600 gr. dans la semaine.

Au juger, le malade prend des couleurs, bien que l'hémoglobinomètre n'indique encore que 55 %.

OBSERVATION XI

Pseudo-rhumatisme infectieux; pleuro-pneumonie. Injection de térébenthine. Vomiques. Guérison.

H. Ch., jeune homme de 17 ans, fumiste, est envoyé à l'Hôpital avec cet ensemble symptomatique considéré aujourd'hui comme un pseudo-rhumatisme infectieux.

Se constituant malade depuis une dizaine de jours, il semble dès son entrée, le 12 avril, déjà gravement atteint. Il se plaint de vives douleurs à l'oreille gauche, au médius de la main droite et surtout au pied gauche qui était unifor-

mément tuméfié, tarse et métatarse. Il accuse enfin un violent point de côté à gauche, qui lui coupe la respiration, indice du début d'une pleurésie qui s'est bientôt accentuée avec tous ses caractères et en particulier un beau souffle amphorique pseudo-cavitaire. Quelques crachats ambrés indiquent aussi la présence d'un foyer pneumonique. Les souffrances sont telles, que le malade n'a de repos ni jour ni nuit. Le gonflement du pied prend bientôt un aspect qui inspire la crainte d'arthrites suppurées. Le même soupçon s'adresse à la plèvre. Enfin le péricarde semble aussi menacé. Ces craintes augmentent plus tard par le fait que la fièvre modérée et irrégulièrement continue dès le début, prend depuis le 23 mai, cinquantième jour de la maladie, un caractère d'acuité avec de longs frissons répétés et qu'elle reste rebelle à la quinine, à l'antipyrine, au salicylate. A mesure que la température monte presque tous les soirs à 40° et au-delà, pendant 8 jours de suite, l'état général décline, prend une apparence septique, sans que nous puissions trouver une nouvelle localisation capable de l'expliquer. Les symptômes locaux subjectifs et objectifs restent au statu quo, mais il est évident qu'il se prépare quelque chose quelque part.

L'examen du sang indique : hémoglobine 70 %; globules rouges 3,887,400; globules blancs 15,500; donc un globule blanc pour 251 rouges.

L'aspect pyémique se dessine de plus en plus. C'est alors, le 1^{er} juin, que nous voyons l'indication de créer cette localisation indécise dans un point favorable. Nous choisissons le milieu du bras droit, en avant du biceps, où nous faisons une injection d'un gramme de térébenthine. La piqûre est douloureuse mais dès le lendemain, les souffrances du pied, de la main, ainsi que le point du côté gauche vont en diminuant.

Enfin, fait important à noter, cette fièvre qui avait résisté à tous les antipyrétiques employés largement jusqu'au jour de l'injection, et cessés depuis ce moment, a commencé à diminuer dès le lendemain de l'injection, descendant à 37°, ne s'élevant que rarement à 39°. La formation du pus s'est accompagnée d'une vive douleur nécessitant une médication calmante, intus et extra, mais nos craintes de suppurations articulaires et viscérales allaient s'éloignant de jour en jour.

Bien que la preuve absolument démonstrative fasse défaut ici, comme dans bien des choses en clinique, nous croyons que l'abcès provoqué au bras, en localisant le mal, a détourné la direction du processus suppuratif, qui était sur le point de se faire dans les articulations, les séreuses thoraciques ou les parenchymes.

L'abcès occupe le bon tiers moyen du bras. Sa période aiguë passée, il reste inerte sous la peau amincie, marbrée, entouré de deux autres petits abcès indépendants. Il est plutôt gênant que douloureux et n'a aucune tendance à s'ouvrir. Nous ne l'incisons que le dix-neuvième jour. Le malade reste dans un état de convalescence stationnaire et indécise, troublée par quelques retours fébriles. Cependant, il se lève, marche, aide l'infirmier de la salle, il n'accuse aucun mal, craignant peut-être une nouvelle injection, car, tout en admettant l'action salutaire de la première, il ne se soucie guère d'un second abcès. L'examen réitéré du thorax n'indique que le résidu de la pleurésie, qui était entrée progressivement en résolution depuis le 1^{er} juin.

Nous en étions là, lorsque le 10 juillet, le malade est réveillé soudain, à 2 heures de la nuit, par un accès de toux et rend par la bouche, séance tenante, un demi-crachoir de pus. Une vomique semblable se renouvelle le 2 et le 4 août.

La présence de cette collection purulente interlobaire ve-

nait confirmer nos prévisions, lorsque, sans avoir pu constater nulle part la présence positive du pus, nous avions néanmoins toujours considéré notre jeune homme comme en imminence de suppuration. L'abcès du bras droit avait suspendu pendant un temps donné le processus suppuratif, mais celui-ci avait repris l'offensive d'une manière plus ou moins lente ou latente, à mesure que l'abcès térébenthiné, une fois vidé, marchait à la cicatrisation. Puisque notre malade était encore menacé, c'eût été le cas, selon le conseil de Fochier, d'établir un second abcès peu après l'évacuation du premier.

Un second abcès aurait soutenu le bénéfice du premier et prévenu peut-être la formation du pus interlobaire. Quoiqu'il en soit, notre malade entra franchement en convalescence qui, cette fois, après les vomiques, paraît définitive.

Les pesées du malade montrent qu'il allait s'amaigrissant jusqu'à l'injection et encore cinq jours après; puis il reprend ce qu'il a perdu et sauf de petites rechutes coïncidant avec chaque vomique et correspondant pour ainsi dire à la quantité de liquide expectoré, il gagne progressivement 11,700 gr. en 90 jours, depuis la formation de l'abcès, qui a donc été pour lui un corroborant.

OBSERVATION XII

*Fièvre typhoïde; rechute; pseudo-rhumatisme infectieux.
Injection de térébenthine. Guérison.*

V. Louis, 27 ans, entre à l'Hôpital cantonal le 9 septembre 1892, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde arrivée à la période d'état : céphalalgie violente, somnolence, fièvre vive. T. 39, °6. Taches lenticulaires sur l'abdomen qui est ballonné, tympanique; gargouillement de la fosse iliaque

droite, diarrhée. Rate fortement agrandie. Signes de bronchite généralisée.

Il présente entre autres particularités, 2 petites ulcérations arrondies sur le bord gauche de la langue et d'autres semblables sur les amygdales. La maladie évolue bruyamment avec un délire presque continu. A partir du 26 cependant, l'état général s'améliore, la fièvre tombe progressivement. Apyrexie complète le 30.

Le 4 octobre le malade se lève et fait quelques pas, mais il est vite fatigué et éprouve de vives douleurs dans les jambes.

Le 8, la fièvre reparait. Les membres inférieurs continuent à être très douloureux surtout au niveau des fémurs.

Le 17, la fièvre de rechute qui tendait à baisser, reprend de plus belle. Le teint s'embrouille, le malade prend un aspect pyémique. Il souffre de plus en plus de ses fémurs, surtout du gauche; le moindre attouchement ne peut être supporté; les extrémités inférieures sont immobilisées. Il fallait craindre une localisation nouvelle de l'affection en cet endroit, et il y avait lieu de chercher à détourner le processus par la création d'un abcès artificiel. On fait donc, séance tenante, une injection d'un $\frac{1}{2}$ gramme d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

Le lendemain la température baisse un peu, le 23 elle tombe à la normale pour ne plus se relever; en même temps les douleurs ont beaucoup diminué, il faut pour les réveiller une pression assez forte sur les fémurs. Il existe au niveau de l'injection de térébenthine un empâtement phlegmoneux qui se développe petit à petit.

Le 3 novembre, l'abcès pointe comme un furoncle, l'épiderme se déchire et il s'écoule quelques gouttes de pus seulement; on sent au-dessous un foyer mou, sans fluctuation réelle.

Cependant le malade se lève, il commence à marcher et n'accuse plus de douleurs. Les forces reviennent, il augmente rapidement de poids; la guérison est cette fois définitive.

L'abcès térébenthiné qui paraissait vouloir se résorber finit par fluctuer nettement et fut incisé le 29 novembre, 37 jours après sa formation.

OBSERVATION XIII

Pneumonie droite. Crise indécise déterminée par la création d'un abcès térébenthiné. Guérison.

A. François, homme de 44 ans, débilité par une vie de privations et de travaux pénibles, nous arrive, atteint d'une pneumonie du sommet droit. On relève le tableau symptomatique suivant : Visage vultueux, teint hémaphéique, peau sèche, brûlante, herpes labialis. Toux douloureuse et fréquente; expectoration ambrée, forte dyspnée. Submatité s'étendant en arrière et à droite du sommet du poumon à la pointe de l'omoplate. Fremitus augmenté à ce niveau, gros souffle tubaire et bronchophonie dans la fosse sus-épineuse. Traces d'albumine dans l'urine. T. 38°, 7.

Le 7 février 1893, huitième jour de la pneumonie, l'état des choses s'est beaucoup aggravé. Le facies est terreux, le malade est couvert de sueurs visqueuses, poisseuses; il toussote continuellement. L'hépatisation pulmonaire s'est fortement étendue et gagne le bas du poumon.

Dans la soirée, la température qui était un peu tombée, remonte à nouveau. Les lèvres sont sèches, fuligineuses, la dyspnée intense. En présence de ces symptômes alarmants, on se décide à pratiquer une injection sous-cutanée de 1 gramme de térébenthine à la cuisse droite.

La nuit est mauvaise, le malade est en plein délire, mais

le lendemain la température baisse, la respiration est plus facile. Il s'est déjà formé un vaste phlegmon, au niveau de la piqûre. Les jours suivants le bloc pneumonique entre en résolution; le souffle disparaît peu à peu, faisant place à de nombreux râles de retour. L'état général se relève également et le malade ne se plaint plus que de la douleur occasionnée par l'abcès. Ce dernier est volumineux, en bissac, et occupe les trois quarts de la face externe de la cuisse. On l'incise le 17, il s'écoule une grande quantité de pus mélangé à du tissu cellulaire nécrosé (300 cm³ environ). L'examen direct de ce pus au microscope, après coloration par la méthode de Graam, n'a pas décelé la présence de microorganismes.

Le vaste décollement produit par l'abcès fut un peu long à se fermer; il n'y eut, à part cela, aucune complication et le malade sortit guéri le *premier avril*.

OBSERVATION XIV

Pneumonie gauche, hépatisation grise imminente.

Abcès de fixation. Guérison.

D. Etienne, 34 ans, alcoolique, tombe brusquement malade le 28 mars 1893. Violent point de côté à gauche, grand frisson, forte fièvre. Il se soigne chez lui pendant quelque temps, puis voyant qu'il ne va pas mieux, il vient à pied à l'Hôpital le 5 avril, neuvième jour de sa pneumonie.

Status à l'entrée : Homme pâli, au teint grisâtre, dyspnéique au plus haut point. Respirations courtes, superficielles : 52 à la minute. Toux fréquente, expectoration grisâtre.

Matité à gauche s'étendant de la base à l'épine de l'omoplate; gros souffle tubaire avec une couronne de râles humides, sous-crépitants; bronchophonie. Le cœur est bon,

les bruits réguliers, bien frappés, un peu rapides; le pouls est légèrement irrégulier.

Céphalalgie intense mais pas de délire. T. 39°,3. Urine albumineuse.

Médication stimulante (acétate d'ammoniaque, teinture de musc, liqueur d'Hoffmann, injections de caféine).

5 *Avril*. A 10 heures du soir nous voyons le malade pour discuter l'opportunité d'une injection de térébenthine. Il est très faible, très dyspnéique; néanmoins l'absence de phénomènes cérébraux, l'état relativement bon du pouls nous font différer l'intervention.

6 *avril*. On observe une intention de défervescence jusqu'à minuit; mais l'état général reste mauvais.

7 *avril*. T. matin 38°,1. Soir 39°,8.

8 *avril*. Nouvelle défervescence, due peut-être à un gramme d'antipyrine donné la veille au soir. Il n'y a du reste ni sueurs, ni diurèse, ni euphorie. Le bloc pulmonique persiste.

9 *avril* (treizième jour). La fièvre s'est rallumée. Le souffle pulmonaire est intense, la dyspnée extrême; les crachats gris-sale, purulents; le teint pyémique. Considérant qu'il était imprudent d'attendre plus longtemps, on pratique une injection de 1^{cm}³ d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

10 *avril*. Le malade a un peu dormi. Sa respiration est moins courte, moins gênée. La fièvre a diminué. T. m. 37°,5, s. 38°,1. Il existe déjà un gros abcès phlegmoneux à la cuisse.

14 *avril*. L'appétit revient, le teint se colore, la toux est moins fréquente, l'expectoration muqueuse et incolore. Le souffle pulmonaire persiste mais a beaucoup diminué d'intensité et d'étendue. Très nombreux râles de retour. L'abcès est énorme, nettement fluctuant, la peau commence à rougir.

17 avril. Incision de l'abcès : il s'écoule une grande quantité de pus grumeleux. Une partie du pus, recueillie avec toutes les précautions antiseptiques a servi à inoculer deux tubes de bouillon Löffler et un d'Agar glycérimé penché. Les trois tubes mis à l'étuve à 37° et observés pendant 4 jours sont restés absolument stériles. (D^r D'Espine.)

A partir de l'incision de l'abcès l'amélioration suivit rapidement son cours, et le malade sortit guéri dans le courant du mois de mai.

OBSERVATION XV

Pneumonie double, ictère. Injection de térébenthine. Guérison.

B. Alexandrine, 32 ans, s'est surmenée en soignant successivement son père, ses deux enfants et son mari. Depuis la fin de mars, elle se sent elle-même peu bien, tousse beaucoup, accuse des points de côté. Le 25 avril elle est prise d'un violent frisson et doit s'aliter; le 27 on nous l'amène à l'Hôpital avec une belle pneumonie de la base droite.

La maladie évolue d'abord normalement; le 30, au matin (sixième jour) la température tombe à 37°,8 mais elle remonte bientôt et atteint 39°,1, le 1^{er} mai au soir. Cette fausse crise n'a du reste été accompagnée d'aucun bien-être; au contraire la malade prend un teint ictérique, l'urine contient des pigments biliaires en assez grande quantité, mais pas d'albumine.

Les jours suivants, l'état s'aggrave encore. Le souffle pulmonaire persiste, toujours le même à droite; le 4 on en trouve un nouveau à la pointe de l'omoplate gauche, indice d'un autre foyer à ce niveau. La fièvre prend un caractère hectique, à grandes oscillations avec apyrexie le matin. La malade s'adynamise de plus en plus elle est très oppressée,

très dyspnéique. La toux est pénible, les crachats jaunâtres, purulents ; l'ictère persiste.

La suppuration pulmonaire paraissant imminente, on fait le 12 mai (onzième jour) une injection sous-cutanée de 1 gr. de térébenthine à la cuisse gauche. La réaction produite par la piqûre n'est pas très intense, néanmoins la fièvre tombe aussitôt et, à part une légère poussée le 15, ne se relève plus. La respiration se dégage un peu, les souffles pulmonaires sont moins intenses, on entend bientôt des râles de retour.

A partir du 20 le phlegmon produit par la térébenthine évolue plus franchement. La peau rougit, devient douloureuse, la fluctuation commence à se faire sentir et en même temps les blocs pulmonaires fondent ; l'état général se relève rapidement ; l'ictère disparaît. Le 3 juin, l'abcès est mûr, on l'incise. Le 9 déjà la plaie est cicatrisée et le jour suivant, la malade quitte l'hôpital en parfaite voie de guérison.

OBSERVATION XVI

Pneumonie grippale, hépatisation grise ; albuminurie, abcès de fixation. Amélioration.

L. Charles, tombe malade dans le courant d'avril, il commence à tousser, éprouve une grande lassitude et doit s'aliter. Il traîne pendant trois semaines environ, puis, son état ne s'améliorant pas, il entre à l'hôpital le 5 mai. On constate à son arrivée l'existence d'un foyer pneumonique à la base gauche, avec souffle intense, bronchophonie, gros râles muqueux disséminés sur les deux poumons. Le malade supporte assez bien son affection ; la fièvre se maintient d'abord peu élevée, mais elle augmente bientôt, atteignant 40° le 12. Aucune crise ne se produit les jours suivants, le bloc pulmonaire gagne au contraire en étendue, la dyspnée s'accroît. Malgré

une médication tonique et stimulante énergique (acétate d'ammoniaque, caféine, teinture de musc, alcool) le malade décline rapidement, il se grabatise, prend un teint de plus en plus pyémique, ses traits s'étirent, il maigrit beaucoup. Le souffle pulmonaire persiste énorme à gauche, on entend aussi de gros râles cavernuleux, indice de la fonte purulente qui commence. Les crachats sont épais, jaunes, déchiquetés. La dyspnée est extrême, le pouls misérable, sueurs visqueuses sur tout le corps. Albumine dans l'urine.

En présence de cet état excessivement grave on fait le 26 une injection sous-cutanée de 1 gr. de térébenthine à la cuisse droite.

L'abcès artificiel se développe rapidement, déterminant d'assez vives douleurs ; le 1^{er} juin il fluctue déjà nettement.

Cependant les lésions pulmonaires diminuent, se limitant à la partie postérieure du lobe inférieur qui est en pleine fonte purulente (souffle et gargouillement à timbre caverneux). L'expectoration est franchement purulente, très abondante (170 cm³ dans les 24 heures). La dyspnée a beaucoup diminué.

Le 18 on incise l'abcès, il s'écoule environ 200 cm³ de pus brun, sans odeur fétide.

Le 20 le malade commence à se lever un peu, l'état général se remonte rapidement, le teint se colore à nouveau. Plus d'albumine dans l'urine.

L'auscultation révèle une amélioration journalière des signes pulmonaires, l'expectoration diminue également d'une manière régulière. Actuellement (juillet 1893), le malade est en voie de guérison, il descend tous les jours au jardin et reprend peu à peu des forces. Il est cependant vite essouffé et continue à avoir un peu de fièvre le soir.

OBSERVATION XVII

*Pneumonie du sommet droit. Délire. Aphasie. Agraphie.
Injection de térébenthine. Guérison.*

G. Daniel, 30 ans, cocher, a enduré mille privations durant l'hiver 1892-93. En avril il contracte la grippe et ne s'en remet pas bien. Dans la nuit du 8 au 9 mai il est pris, tout à coup, d'un violent frisson avec point de côté et fièvre vive; le 14 on l'amène à l'Hôpital dans un état des plus graves : aspect typhique, adynamie profonde, dyspnée intense, aphonie presque complète depuis quelques jours. A l'auscultation du thorax on trouve un foyer pneumonique intéressant tout le sommet droit. T. 40°. Traces d'albumine dans l'urine.

16 mars. L'état général reste très grave. Le malade délire continuellement et annonce des paroles sans suite. Le cœur commence à faiblir. On injecte à la cuisse gauche 1 seringue Pravaz d'une solution de chlorure de sodium au $\frac{1}{10}$ dans le but de provoquer la formation d'un abcès.

17 mars. L'injection de chlorure de sodium est restée sans résultat. Le malade est complètement aphasique, il fait signe qu'il veut écrire mais ne parvient à tracer que quelques jambages incompréhensibles. S'impatiente de ne pas être compris.

1 injection de 1 gr. d'essence de térébenthine à la cuisse droite.

18 mars. Délire furieux durant toute la nuit; mais au matin un mieux sensible se produit. L'usage de la parole est en partie revenu, le regard est moins vague, la respiration plus facile.

La cuisse est très douloureuse.

19 mars. Le malade a passé pour la première fois une bonne nuit. Le foyer pulmonaire commence à se résorber, mais l'expectoration est difficile ; il existe encore un peu de fièvre.

21 mars. Apyrexie. Toutes traces d'aphasie et d'agraphie ont disparu. Le malade se dit beaucoup mieux. Le phlegmon se dessine.

23 mars. L'abcès fluctue.

25 mars. Incision de l'abcès ; état général excellent.

OBSERVATION XVIII

*Pneumonie gauche, menaçant d'arriver à l'hépatisation grise.
Absès de fixation. Guérison.*

R. F., 48 ans, contracte une pneumonie les derniers jours de juin, pneumonie massive, occupant tout le poumon gauche et aggravée encore par un état congestif de la base droite. Une fausse crise se produit dans la soirée du 5^{me} jour, bientôt suivie d'un redoublement des symptômes morbides.

Le 1^{er} juillet (8^{me} jour) R. est au plus mal : il a un teint pyémique, son facies se grippe et prend le type abdominal ; la dyspnée est extrême ; l'état des poumons n'a pas changé ; les crachats sont purulents ; la fièvre est toujours vive. Injection de 1 gr. de térébenthine à la cuisse gauche.

Le 3 juillet, le malade est encore très abattu, mais la fièvre est tombée ; l'abcès commence à se former.

Le 4, le souffle pulmonaire a disparu, faisant place à des râles de retour ; la respiration est dégagée.

Dès lors, l'amélioration suit son cours ; aucun incident ne vient plus la troubler.

OBSERVATION XIX

Pleuro-pneumonie double à début diaphragmatique. Léger épanchement purulent à gauche. Etat ataxo-adyynamique grave. Injection de térébenthine. Guérison. Résorption spontanée du liquide purulent de la plèvre.

R. Henriette, 27 ans, prend froid le 13 décembre, pendant ses règles qui s'arrêtent brusquement. Le lendemain, 14, elle accuse un fort point de côté à gauche, lequel est accompagné de dyspnée et de fièvre intense. On l'amène le 15 à l'Hôpital.

Le symptôme dominant est le point de côté ; il coupe la respiration, aussi les bruits respiratoires sont-ils difficiles à percevoir à gauche. Tout ce côté présente du reste une submatité bien nette, avec diminution du fremitus vocal. Une ponction exploratrice ramène une pleine seringue de pus.

A droite, on entend dans les fosses sus ou sous épineuses un fort souffle tubaire qui gagne le creux axillaire.

Dyspnée intense (46 Resp.), crachats ambrés, fièvre irrégulière avec exacerbations reparaissant tantôt le matin, tantôt le soir et arrivant jusqu'à 40°,5.

Céphalalgie, agitation, insomnie.

Ventre ballonné, constipation qui cède à l'administration d'un gramme de calomel. Depuis lors la diarrhée s'établit, accompagnée de vomissements, et persiste pendant 8 jours. En même temps, l'état ataxo-adyynamique s'accroît de plus en plus.

Le 25 la malade est très faible, souffrante, plaignante, abattue, parlant de sa mort prochaine. Le foyer pneumonique du lobe supérieur droit paraît s'étendre et semble repré-

senter la principale localisation de la maladie, si bien qu'on ne pense pas à aspirer le contenu de la plèvre gauche.

Le 26, l'état général allant toujours en déclinant, nous mettons à exécution le projet formé depuis quelques jours de faire une injection de térébenthine; celle-ci est faite à la cuisse droite.

Le 28, même état. La piqûre n'a donné lieu à aucune réaction locale; une seconde injection est faite à la même place.

La température qui jusqu'ici dépassait 40°, arrive encore à 39°,5 le surlendemain *30 décembre*; mais pour tomber à 36°,5 le même jour soit le dix-huitième de la maladie.

Depuis lors elle n'a plus dépassé la normale. *Le 2 janvier*, l'abcès térébenthiné fluctue manifestement, il occupe le tiers moyen de la cuisse. On l'incise *le 18*.

La marche vers la guérison, tant pour l'état général que pour les foyers pleuro-pneumoniques, a débuté dès le lendemain de la piqûre de térébenthine et ne s'est pas démentie depuis.

Le poids de la malade qui était de 39 kil. 700 le *5 janvier* est arrivé à 45 kil. le 7 février, jour de son exeat.

OBSERVATION XX

Pneumonie suppurée, signes d'excavation dans la partie moyenne des deux poumons. Expectoration abondante, fétide. Etat général pyémique consécutif à une métrite infectieuse. Absès de fixation. Guérison.

Marie K., 27 ans, domestique, a déjà été traitée à l'Hôpital en janvier 1890, pour une pneumonie grippale gauche avec délire maniaque, et en 1892, pour iritis spécifique des deux yeux.

Trois grossesses à terme.

Maladie actuelle : Au commencement de *février 1894*, la malade fait une fausse couche de 3 mois environ, sans doute provoquée. Le *13 février* elle est prise de frissons et souffre d'un point douloureux du côté droit du thorax. Elle tousse beaucoup et expectore quelques crachats muqueux. Les jours suivants elle a des pertes sanguines abondantes.

Le *19*, les crachats deviennent rouges; la malade se décide à appeler un médecin et entre à l'Hôpital le *22*.

On constate, à ce moment, une pneumonie du lobe inférieur droit avec signes d'épanchement modéré du même côté. Crachats jus de pruneaux. Température entre 39° et 40°. Pouls 120.

L'utérus est volumineux, le col entr'ouvert laisse échapper un liquide purulent, fétide; des seins gonflés s'écoule un peu de colostrum.

La malade est envoyée à la Maternité où on lui fait un raclage. Elle en revient le *1^{er} mars* avec une température de 39°,3. La face est pâle, les pommettes fébriles, les lèvres sèches, fuligineuses. Les crachats ont une teinte grisâtre, sâle; ils ont une odeur fétide depuis quelques jours.

Le lobe inférieur du poumon droit est mat, on y perçoit de nombreux râles sous-crépitants; râles bulleux de bronchite dans le lobe supérieur.

Le pouls est faible, rapide = 114. Urine albumineuse. La malade est adynamique au plus haut point; insomnie complète, délire.

Malgré un traitement tonique énergique, l'état s'aggrave encore; les crachats sont plus fétides; les râles augmentent de volume et deviennent cavernuleux.

Le *5 mars* on fait une injection sous cutanée de térébenthine à la cuisse gauche. Mais aucune amélioration ne se produit, la fièvre persiste, accompagnée de frissons. La piqûre ne donne pas de réaction.

Le *11 mars*, on trouve toujours un gros foyer souffrant à droite; un foyer moins étendu se forme au niveau de l'omoplate gauche; on y perçoit du souffle cavitairé avec gargouillement.

Deuxième injection de térébenthine à la cuisse droite.

Les jours suivants sont mauvais, les piqûres ne donnent toujours pas de réaction.

Le *4 avril* cependant, l'état général paraît se relever, la malade sort de sa torpeur, les vomissements continus jusqu'alors cessent. L'état du poumon gauche s'est considérablement amélioré; à droite il existe encore un foyer de râles cavernuleux sous l'angle de l'omoplate. Les crachats sont moins abondants, moins fétides. On constate alors qu'il s'est formé un gros abcès à la cuisse droite et un plus petit à la cuisse gauche.

Dès lors la convalescence s'établit franchement et fait de rapides progrès. Le *11 avril* déjà, la malade commence à se lever; elle sort finalement guérie le *5 juin*.

Les abcès n'ont pas été incisés; ils étaient indolores et en pleine voie de régression lors de l'exeat.

Voici donc un certain nombre de faits, faits réels, palpables, et qu'il faut bien prendre en sérieuse considération.

Les détracteurs de la méthode nous diront, il est vrai, que nos malades auraient guéri sans la provocation d'abcès; mais sur quoi se basent-ils pour émettre cette assertion; qui nous prouve que le contraire n'aurait pas eu lieu?

Nos malades des observations IX, XIV, XV, XIX, par exemple semblaient irrémédiablement perdus; ce n'est

qu'après l'application du traitement de Fochier, qu'on sent renaître un espoir de guérison.

Dans d'autres cas (observations XIII, XVII, XVIII), la crise qui tardait à se faire, est en quelque sorte déterminée par les injections de térébenthine. Les craintes de suppurations internes vont en diminuant à mesure que les abcès se forment. Mais si ces abcès ne sont pour rien dans la guérison, pourquoi cette coïncidence si remarquable et toujours la même entre leur apparition et l'amélioration de l'état général ? On a dit encore : ce sont les gens robustes et dans la force de l'âge qui guérissent, tandis que les vieillards meurent le plus souvent, or le traitement, pour avoir de la valeur, devrait faire ses preuves chez les uns comme chez les autres. Ce raisonnement ne nous paraît pas logique ; pourquoi s'étonner en effet de ce que les affaiblis, les débilités, ceux chez qui les forces vitales allanguies ne conduisent plus à la réaction médicatrice, dont nous parlions tout à l'heure, succombent plus particulièrement ? A ce propos, citons encore cette phrase de Chauffard ¹. « L'action thérapeutique ne saurait aller qu'au mode réactif, qu'au soulèvement de la vie saine contre la vie affectée. Là où il n'y a plus de vie saine qu'on puisse appeler à l'aide, il n'y a plus d'action thérapeutique possible. L'art ne peut qu'assister impuissant à la ruine plus ou moins rapide de l'édifice organique. »

Nous avons parlé d'insuccès ; il serait vraiment

¹ CHAUFFARD. *Principes de pathologie générale*, Paris 1862.

étonnant que nous n'en ayons pas eu : Ce sont d'abord plusieurs vieillards, tous très gravement atteints, qui succombent de deux jours, à quelques heures après les injections. Chose remarquable, chez aucun il n'y a formation d'abcès ; souvent même, toute réaction fait absolument défaut au niveau de la piqûre. Preuve évidente de l'absence de synergie vitale que nous venons de signaler. Plusieurs malades nous sont amenés à l'agonie ; là encore l'action tant locale que générale de l'injection térébenthinée est nulle. Il ne suffit pas en effet de faire une piqûre, encore faut-il la faire à temps ; nous n'avons certes pas la prétention de faire renaître la vie là où elle est déjà éteinte.

Chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire localisée au poumon droit, avec forte fièvre hectique, la création d'un abcès de fixation ne paraît pas avoir exercé une grande influence sur la marche de l'affection. Ce fait concorde du reste avec ceux que publie le Dr Jemma dans la Gazette des Hôpitaux de Milan ¹.

Plusieurs cas de méningite tuberculeuse ont également été traités par la méthode de Fochier. Chez tous, nous avons remarqué au début une certaine sédation des symptômes : céphalalgie moins forte, sensorium plus présent, diminution des vomissements, etc. L'affection a néanmoins fini par reprendre sa marche progressive et les malades ont tous succombé.

¹ A. JEMMA. Sull'azione delle iniezioni sottocutanee d'olio essenziale di trementina. Gazette des Hôp. de Milan, 2 août 1892.

Pour terminer, nous voulons encore rapporter trois cas d'insuccès qui ne sont pas sans intérêt.

OBSERVATION XXI

Etat infectieux grave. Pleuro-pneumonie droite. Injection de térébenthine in-extremis. Mort.

H. Caroline, 17 ans, domestique, occupe une place très fatigante, depuis trois mois, lorsqu'elle tombe malade. Le 12 janvier, on nous l'amène à l'Hôpital. Depuis la veille, elle est dans le demi-coma : état typhoïde, respiration superficielle, fréquente; rien d'appréciable aux poumons. Vomissements incessants, diarrhée, ventre très douloureux; pas de ballonnement, pas de taches lenticulaires. Le toucher vaginal n'a pu être pratiqué; hymen.

Fièvre élevée, T. 39°8. Albuminurie.

Le 13 et les jours suivants, tous les symptômes précédents vont en s'aggravant. Délire continu.

Le 15, la malade commence à tousser.

Le 16, elle rend un crachat brunâtre; on constate à l'auscultation des poumons de gros rhoncus en avant à droite; il existe en outre un point douloureux à cet endroit.

Le 17, on entend un souffle à la pointe de l'omoplate droite. La respiration est de plus en plus embarrassée; le pouls à 120, la face cyanosée. Râle trachéal.

A 10 heures du matin, on fait une injection de 1^{cm}³ d'essence de térébenthine, mais l'effet de la piqûre n'a pas le temps de se produire et la malade meurt à deux heures et demie de l'après-midi.

A l'autopsie pratiquée le 18, on constate une pleuro-pneumonie du lobe supérieur droit, avec œdème du poumon

gauche ; une splénite aiguë parenchymateuse (grosse rate infectieuse) et de la néphrite parenchymateuse aiguë.

Voilà donc un cas d'infection grave, généralisée, dont le point de départ est resté inconnu et qui a terrassé en quelques jours un organisme jeune et bien fait pour résister.

Plus qu'aucun autre, il était justiciable du traitement de Fochier.

Il fallait à tout prix provoquer une fixation en un point favorable. En agissant vite et énergiquement, nous eussions probablement enregistré un succès de plus.

OBSERVATION XXII

Pneumonie gauche, hépatisation grise, péricardite et méningite secondaires. Injection de térébenthine. Mort.

M. Alfred, 47 ans, machiniste, arrive à l'Hôpital le 14 mars au soir, au cinquième jour d'une pneumonie grave. Le malade s'est plus ou moins négligé chez lui, il est très dyspnéique, amaigri, éreinté. La toux est fréquente, douloureuse, l'expectoration abondante, couleur abricot. A l'examen du thorax, on constate une matité s'étendant en arrière sur presque tout le poumon gauche. Il existe à ce niveau un souffle étendu, accompagné de quelques râles sous-crépitants, de la bronchophonie, de l'exagération du frémitus.

Pouls bon, fréquent. T. 38°7.

Les jours suivants l'état général reste à peu près stationnaire mais la crise ne se fait pas. Les crachats deviennent gris purulents.

Le 18 (neuvième jour) on trouve le malade dans le coma,

adynamie extrême, respiration stertoreuse, fume la pipe, Cheyne-Stokes.

A 10 heures du matin, on fait à la cuisse droite, 1 injection Fochier (1 gr.); à la gauche une injection de chlorure de sodium à 20 % (une seringue de Pravaz). Depuis midi le malade ne sort plus du coma. Il porte constamment ses mains à la tête. Le pouls faiblit, devient irrégulier. La bouche est sèche, fuligineuse. La mort survient le jour suivant à midi.

Les piqûres n'ont pas même donné lieu à une réaction locale.

Résultat de l'autopsie, pratiquée le 20 mars : Poumon gauche adhérent sur toute son étendue, ne peut être détaché de la plèvre. Pneumonie fibrineuse aiguë arrivée au stade de l'hépatisation grise. — Poumon droit normal. — Péricardite purulente aiguë. — Tuméfaction trouble des principaux organes, foie, rate, reins. — Leptoméningite aiguë purulente de la convexité et surtout de la base. Ventricules remplis d'une sérosité louche.

On peut bien suivre dans ce cas la marche des événements : hépatisation pulmonaire qui ne se résorbe pas et tourne au gris, infection secondaire, généralisée, qui atteint plus particulièrement le péricarde et les méninges. C'est une sorte de fixation qui s'est faite sur ces organes, fixation funeste et qu'il eut fallu prévenir. Des injections de térébenthine faites plus tôt eussent probablement détourné le cours de l'affection; au moment où on les fit les processus péricardiques et méningitiques primaient tout, et elles sont restées sans effet, la réaction locale a même fait défaut.

OBSERVATION XXIII

*Grippe. Tuberculose pulmonaire probable. Pneumonie gauche.
Injection de térébenthine. Mort.*

D. Aline, 32 ans, a été traitée il y a 3 ans pour une pleurésie droite dont elle s'est assez bien remise. Depuis le commencement d'août, elle se sent fatiguée, toussote, traîne pendant quelques jours, puis se décide à entrer à l'Hôpital le 24.

Elle est dyspnéique, toux fréquente, expectoration verdâtre.

L'examen plusieurs fois répété des crachats n'a pas révélé la présence de bacilles de Koch. A l'examen des poumons, on constate un peu de submatité au sommet droit, quelques râles secs; l'expiration est prolongée. Signes de pleurésie ancienne à la base du même côté. Rien à gauche. La malade a de la fièvre le soir. T. ad. 39°; sueurs nocturnes.

Son état s'améliore assez rapidement les premiers jours, quand le 4 mai, elle est prise subitement d'un fort frisson avec point de côté à gauche; en même temps la température qui était tombée, remonte de nouveau, et atteint 39°,6. Pas de signes stéthoscopiques expliquant ces symptômes.

5 et 6 mai. La fièvre persiste; grand abattement, violente céphalalgie.

7 mai. On constate une matité qui s'étend de la base gauche à la pointe de l'omoplate. Souffle intense à ce niveau.

8 mai. La malade est très dyspnéique, plaignante, adynamique. Pouls petit, rapide, presque incomptable. Injections de caféine, d'éther camphré; potion stimulante.

9 mai. Délire, agitation, carphologie. Le pouls est un peu meilleur.

10 mai. Pas de crise, mais paraît un peu plus lucide. Le

souffle pulmonaire gagne en hauteur. Expectoration mucopurulente.

12 mai. La température est tombée en lysis jusqu'à la normale. La malade ne délire plus, se sent mieux, respire plus librement.

15 mai. L'amélioration n'a été que passagère, la fièvre a reparu. Toux fréquente.

17 mai. Oppression, forte dyspnée. Le bloc pulmonaire ne se résorbe pas. L'état ataxo-adyynamique s'accroît. Teint pyémique; fièvre ardente. T. 40°2.

Injection Fochier (1 gr.) à la cuisse gauche.

18 mai. Il existe déjà un empâtement douloureux au niveau de la piqûre, mais l'état général reste très mauvais.

19 mai. Deuxième injection Fochier (1 gr.).

Exitus lätalis à 6 heures du soir.

Autopsie refusée.

Ici, reconnaissons-le, l'échec est complet. Le cas était excessivement grave et nous regrettons beaucoup, à vrai dire, de n'avoir pas agi plus tôt et plus énergiquement. Les quatre piqûres préconisées par Lépine n'auraient peut-être pas été de trop. Il faut considérer également que nous opérons sur un mauvais terrain, la malade étant suspecte de tuberculose et déjà affaiblie de par ce fait.

III

TECHNIQUE DE LA PYOGÉNÈSE ARTIFI-
CIELLE — COMMENT ELLE AGIT

III

TECHNIQUE DE LA PYOGÉNÈSE ARTIFICIELLE — COMMENT ELLE AGIT

De nombreuses substances ont été utilisées pour la production d'abcès sous-cutanés. Les injections d'éther, de caféine, si souvent employées et faites la plupart du temps à la hâte, sans grandes précautions antiseptiques, avaient déjà de temps à autre donné lieu à des phlegmons, du reste sans gravité. Fochier, comme nous l'avons vu, utilisa d'abord le sulfate de quinine intentionnellement acidifié ; mais l'effet voulu se produisait d'une façon très irrégulière.

Le nitrate d'argent donna des résultats plus sûrs.

Luton de Reims employait déjà cette substance en solution au $\frac{1}{10}$ ou au $\frac{1}{5}$, dans le traitement des sciatiques rebelles. Il injectait quelques gouttes de la solution, profondément dans le voisinage du nerf, et obtenait des résultats d'autant plus favorables que l'irritation artificielle produite était plus violente, et qu'elle était suivie de suppuration. C'est ce qu'il ap-

pelait la médication substitutive¹. Mais les abcès provoqués par le nitrate d'argent se développent avec lenteur et restent en général très limités ; c'est ce qui fit renoncer à son emploi.

Thierry esseyà sans succès l'acide phénique, le sublimé, l'oxyde jaune de mercure. Les recherches de Rosenbach, de Grawitz et De Bary, de Scheuerlen, de Christmas, etc. sur la possibilité de provoquer des abcès aseptiques, au moyen d'irritants purement chimiques, firent connaître un certain nombre de substances capables de produire facilement des suppurations. Telles sont le nitrate d'argent déjà mentionné, l'ammoniaque en solutions concentrées, le mercure, l'huile de croton, l'essence de térébenthine.

Ce fut cette dernière substance qui prévalut après les expériences de Fochier. Elle nous paraît parfaitement appropriée au but cherché, en ce sens qu'elle produit rapidement et presque à coup sûr des phlegmons volumineux. Elle est en outre parfaitement inoffensive. Jamais en effet nous n'avons observé d'accidents dûs à la térébenthine elle-même, et nulle part nous n'en avons vu signaler.

Les injections sont faites avantageusement avec une seringue de Pravaz ordinaire. Thierry recommande, puisqu'on veut obtenir du pus, de négliger les règles de l'antisepsie. Nous pensons également qu'il est inutile de prendre trop de précautions, mais pour une

¹ Luron. Etude sur la médication substitutive. *Archives générales de Médecine*. 1863.

autre raison. La térébenthine est en effet une substance microbicide; nous ne voyons dès lors pas grande utilité à stériliser la seringue à injections, ou encore le liquide lui-même, comme cela a été fait quelquefois.

Nous avons vu que le tissu cellulaire sous-cutané est très favorable à la production des abcès. Ces derniers, en outre, se trouvant très rapprochés des téguments externes, pourront être facilement traités au moment voulu. C'est donc dans ce tissu qu'il faudra pratiquer les injections. Quant au lieu d'élection de la piqûre, nous ne pensons pas qu'il faille établir de règle. On en a fait un peu partout; au membre inférieur, au bras, au flanc, dans la région mammaire. Lorsqu'il n'y aura pas d'indication spéciale, nous conseillons la face antéro-externe de la cuisse; c'est un endroit où l'abcès peut être facilement et convenablement traité sans trop tourmenter le malade.

Le nombre des injections variera suivant les cas. Lépine en fait, de parti pris, une aux quatre membres; c'est inutile. Il faut réserver ces interventions énergiques pour les cas graves, dans lesquels on cherche une action rapide et puissante. Une seule injection suffira souvent, on évitera ainsi au malade des souffrances superflues. En tout cas si l'action d'un phlegmon tarde à se faire sentir, il faudra selon le conseil de Fochier, en provoquer d'autres sans hésitation.

Nous n'avons pas remarqué que l'injection elle-même soit très douloureuse, il est vrai que les malades sont la plupart du temps fort déprimés au moment où on la leur fait. La douleur n'apparaît que plus tard, elle

peut être alors assez vive et masquer tous les autres symptômes, si bien que le patient déclare ne plus souffrir que de son abcès.

Les phlegmons se développent quelquefois et particulièrement dans les cas favorables, assez rapidement. Quelques heures après l'injection, on sent déjà un empâtement diffus de toute la région où elle a été faite. Bientôt la fluctuation apparaît, la peau se marbre, devient violacée par places, elle est chaude, tendue, douloureuse et menace quelquefois de se perforer.

D'autres fois la marche des phlegmons est plus tranquille, l'empâtement existe seul pendant quelques jours, la fluctuation tarde à se produire, la peau reste normale, la douleur est minime. On observe, enfin, le passage d'un mode à l'autre; c'est-à-dire qu'un abcès, qui s'est développé à grand fracas, peut devenir latent au bout de quelques jours et présenter même de la tendance à la résorption. Nous avons vu aussi que toute réaction peut manquer au niveau de la piqûre, circonstance qui est en général du plus mauvais pronostic.

Le traitement des collections purulentes se basera naturellement sur leur marche et développement. Des applications chaudes, émollientes, suffiront souvent pour calmer la douleur. Il est inutile, à moins de nécessité, d'ouvrir trop rapidement les abcès; on en a laissé subsister pendant plus d'un mois, et cela sans inconvénient pour le malade. (Observations X et XII.) Quelques-uns se sont même complètement résorbés. (Obs. XX.)

Une petite boutonnière faite à la partie déclive du foyer suffit quelquefois pour évacuer le pus, on peut aussi inciser largement et traiter comme un abcès chaud. Nous ne voyons en tout cas pas la nécessité d'entretenir la suppuration au moyen d'un pansement irritant, comme le fait M. Thierry.

Le pus qui s'écoule des abcès est, en général, assez abondant, il est la plupart du temps grumeleux, mélangé à des débris de tissu cellulaire sphacélé. Il garde l'odeur de térébenthine. Microscopiquement, on trouve beaucoup de globules graisseux et des leucocytes dégénérés. Rappelons que, dans tous nos cas, l'existence de microorganismes n'a jamais été démontrée, ni par la méthode des cultures, ni par l'examen direct au microscope.

La cicatrisation des abcès se fait en général assez bien et assez rapidement; nous n'avons pas observé de décollements tellement considérables qu'ils puissent faire craindre pour le résultat final.

L'indication du traitement nous est fournie par Fochier. Il s'applique à toute affection pyogène, c'est-à-dire à toute maladie dans laquelle il y a tendance à la suppuration. La septicémie est le type de ces affections; mais on en peut faire rentrer bien d'autres dans ce cadre; telles sont, nous l'avons vu : la fièvre typhoïde et la pneumonie dans certaines de leurs manifestations.

Il est de toute importance de bien choisir le moment de l'intervention. De là peut dépendre le succès. Sans vouloir prétendre qu'il faille agir prématurément,

ce qui conduirait à un abus de la méthode, nous avons remarqué cependant qu'on était porté souvent à attendre trop longtemps. Les hésitations sont funestes. Qu'arrive-t-il en effet? Ou bien l'organisme épuisé n'est plus en mesure de réagir, ou bien la localisation qu'on voulait éviter est devenue trop intense pour pouvoir être encore influencée.

Dès donc que l'on remarquera un état infectieux en voie de se généraliser, dès que l'on redoutera la production de pus en un point important de l'économie, on fera bien de recourir immédiatement au mode de traitement du professeur Fochier.

Il faut bien se rappeler, après tout, que le risque à courir n'est pas très grand; et que, si la création d'un abcès est le fait d'une thérapeutique un peu brutale, elle n'a jamais, du moins à notre su, causé d'accidents graves.

Il nous reste à parler du mode d'action des abcès provoqués; question des plus complexes et que nous n'avons pas la prétention d'élucider à fond.

Fochier en appelant ces abcès, abcès de fixation, donne à entendre par là même comment il s'explique leur action. Pour lui, le principe morbide, les germes pathogènes, sont attirés puis fixés en un point; une fois soustraits ainsi à l'organisme, les manifestations ultérieures de la maladie ne peuvent plus se produire. Il considère également les abcès critiques comme de véritables abcès de fixation.

Dieulafoy considère plutôt le nouveau traitement comme se rattachant à la méthode dérivative ; de là le nom d'abcès de dérivation qu'il propose de donner aux collections purulentes artificiellement produites. Les deux conceptions ont au fond un certain rapport. Qu'est-ce en effet que la dérivation ? C'est la création d'un processus morbide destiné à modifier celui qui préexiste. Mais il le modifie probablement en détournant le principe du mal du premier foyer sur le second.

Chantemesse repousse absolument la théorie de la fixation. Il émet l'hypothèse d'une augmentation de la leucocytose due à la pyogénèse artificielle ; hypothèse qu'il ne soutient du reste pas dans la suite, puisqu'après les recherches qu'il fit sur la question, en collaboration avec P. Marie, il se déclara absolument adversaire du traitement de Fochier. Ces auteurs rapportent huit observations de malades qui n'ont retiré aucun bénéfice des injections de térébenthine. Sur ces huit malades, il est vrai, sept sont des vieillards ayant dépassé l'âge de 65 ans, condition défavorable pour le succès. Tous ou presque tous ne réagissent pas aux piqûres. Ceci cadre parfaitement avec notre manière de voir : délibération de l'organisme, d'où absence de réaction et par conséquent, effet nul du traitement. Il nous paraît un peu risqué de repousser une méthode qui a fait ses preuves, en s'appuyant sur de tels faits.

Sur quoi se base Chantemesse pour combattre la théorie de la fixation ? « Les analogies, dit-il, entre les abcès favorables, critiques et les abcès provoqués par les injections sous-cutanées d'essence de térében-

thine sont plus apparentes que réelles. Tandis que les premières sont des collections où foisonnent les germes pathogènes, les seconds ne renferment que des leucocytes plus ou moins dégénérés et sont totalement privés de microbes. La dénomination d'abcès critiques convient aux premiers mais le nom d'abcès de fixation ne peut appartenir aux seconds¹. »

Ce raisonnement paraît au premier abord parfaitement logique ; mais voyons si l'on ne peut pas interpréter différemment les faits.

Le pus de tous nos abcès térébenthinés a été reconnu amicrobien, c'est vrai ; cette constatation a été faite du reste par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ; mais il y a lieu de se demander si le pus d'abcès provoqués par d'autres substances irritantes a le même caractère ? En réponse à cette question nous possédons justement trois observations précieuses citées par Netter². Dans toutes les trois, il s'agit de pneumoniques chez qui l'on vit se produire des suppurations à la suite d'injections sous-cutanées de caféine. Or, le pus contenait chaque fois des pneumocoques en grande quantité. Netter en conclut qu'une substance irritante

¹ CHANTEMESSE et MARIE. Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. *Bulletin et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris*, 1892.

² NETTER. Des altérations locales qui peuvent succéder à l'injection de substances irritantes dans le tissu cellulaire ou le derme des pneumoniques. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892.

injectée sous la peau, peut provoquer l'appel et l'arrêt de microorganismes en cet endroit.

Pourquoi donc le pus des abcès térébenthinés est-il stérile ? Dira-t-on que cette substance s'oppose à l'arrivée des germes pathogènes alors que la caféine la favorise ? Chacun reconnaîtrait l'absurdité d'une telle hypothèse. Disons plutôt que dans les foyers inflammatoires produits par la térébenthine ou par n'importe quel autre agent chimique, on peut voir se produire une fixation des microbes infectant l'organisme. Si on ne les retrouve pas dans les premiers, c'est que la térébenthine est une substance microbicide au premier chef, et qu'ils sont par conséquent détruits au fur et à mesure de leur arrivée dans le foyer.

Comme preuve à l'appui, nous citerons les expériences de Grawitz et de De Bary¹.

Ces auteurs injectent à des chiens de la térébenthine, puis au même endroit, des cultures de microbes ; ils obtiennent toujours un pus absolument stérile, aussi stérile que lorsqu'ils avaient injecté la première substance seule.

Nous pensons donc avec Fochier que les abcès provoqués aussi bien que les abcès critiques méritent le nom d'abcès de fixation.

Reprenons les faits et voyons ce qui se passe : Supposons un organisme menacé d'infection générale ; les germes pathogènes pululent à son intérieur, ils vont

¹ GRAWITZ ET DE BARY. Ueber die Ursachen der subcutanen Entzündung und Eiterung. *Virchow Archiven*, 1887.

se fixer sur tel ou tel organe, causant des désordres inquiétants. Cependant une lésion locale est produite artificiellement: c'est un *locus minoris resistentiæ*, les microbes s'y jettent en foule. Mais avec eux arrive l'armée toujours présente des globules blancs. La lutte phagocytaire s'engage ardente, pleine de péripéties. Qu'une substance microbicide puissante vienne alors soutenir et compléter l'action des leucocytes et le résultat n'est plus douteux; c'est la défaite, l'extermination des microbes.

Le processus achevé, on comprend dès lors que l'abcès devienne quelquefois latent, qu'il puisse même se résorber sans danger pour l'organisme. Il peut aussi se faire qu'il y ait sécrétion, autour du foyer purulent, de produits solubles vaccinant l'organisme, hypothèse émise déjà par Fochier.

Mais supposons un autre cas. L'infection pyogène s'est déjà localisée avant la création de l'abcès artificiel; un poumon, par exemple, est déjà en voie de suppuration. Que va-t-il se passer? Si la lésion est encore peu importante, si l'organisme est fort, résistant, le foyer inflammatoire nouvellement créé va se développer, l'afflux des leucocytes va se produire et en même temps l'appel des microbes. Ceux-ci seront si l'on veut, dérivés du foyer primitif, et fixés au foyer secondaire. Qu'arrivera-t-il finalement? A mesure que s'étendra le nouveau processus, on verra l'ancien s'amoinrir puis s'éteindre. Ainsi se vérifie l'ancien adage : *Duobus laboribus non in eodem loco simul abortis, vehementior obscurat alteram.*

Mais le contraire peut se produire; l'abcès artificiel après avoir commencé à se développer est impuissant à juguler l'affection primitive: celle-ci reprend le dessus et finit par emporter le malade.

On s'explique alors bien l'effet nul des injections irritantes chez les gens affaiblis et les agonisants, aucune réaction ne pouvant plus se produire chez eux.

En résumé, nous croyons que les abcès provoqués agissent par dérivation et par fixation, et nous sommes persuadé que la méthode de Fochier peut donner de bons résultats dans toutes les affections à tendance pyogène. Nous y voyons une heureuse application de cette thérapeutique qui utilise et dirige, pour le bien de l'organisme, la force médicatrice naturelle.

Depuis le moment où nous avons commencé ce travail, deux thèses sur le même sujet ont été présentées, l'une à la Faculté de Médecine de Paris par M. Marc Berman¹, l'autre à la Faculté de Médecine de Nancy par M. Victor Guillaumont². Les deux auteurs se montrent également favorables au mode de traitement du Dr Fochier, et apportent de nouveaux faits observés dans les services de MM. les professeurs Dieulafoy et Spillmann.

¹ BERMAN : Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Thèse de Paris. 1893.

² GUILLAUMONT : Traitement de quelques infections pyogènes par la provocation d'abcès hypodermiques. Thèse de Nancy. 1893.

CONCLUSIONS

Les collections purulentes apparaissant dans le cours d'affections graves et coïncidant avec une amélioration de l'état général, méritent le nom d'*abcès critiques*.

Ces abcès critiques doivent être considérés comme des *abcès métastatiques*. Ce sont des manifestations de la réaction médicatrice.

L'idée de créer des suppurations artificielles au cours d'affections à tendance pyogène est une idée rationnelle qui a donné d'heureux résultats.

L'essence de térébenthine en injections sous-cutanées est une des substances les mieux appropriées pour la création des abcès.

Les abcès, par eux-mêmes, n'ont jamais occasionné d'accidents graves.

Les abcès provoqués agissent par *dérivation* et par *fixation*.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
I. ABCÈS SPONTANÉS. — ABCÈS CRITIQUES	9
II. ABCÈS PROVOQUÉS. — ABCÈS DE FIXATION	33
III. TECHNIQUE DE LA PYOGÉNÈSE ARTIFICIELLE. — COMMENT ELLE AGIT	69
CONCLUSIONS	80



*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente
thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propo-
sitions qui y sont énoncées.*

Genève, le 1^{er} juin 1894.

LE DOYEN :

D^r PREVOST.

