

pharmaciens à Paris réussissent à obtenir une pâte bien homogène, douce, élastique, comme on l'obtient dans les hôpitaux de Lyon. Dans le cas d'ouverture d'abcès, on peut faire usage de pâte desséchée.

Voici maintenant comment nous procédons.

Deux heures après une application linéaire de pâte de Vienne, nous fendons l'eschare et nous disposons au milieu de cette fente une bandelette de pâte au chlorure de zinc de 1 millimètre de large. Au bout de quatre heures, nous enlevons cette bandelette; nous fendons encore l'eschare, et nous faisons une application analogue de chlorure de zinc. On peut, en procédant ainsi, arriver très-facilement au centre d'une collection purulente en suivant un trajet caustique régulier, sans aucune fusée dans le tissu cellulaire du voisinage. Quand, dans un cas d'abcès du foie, on est arrivé assez profondément et qu'on suppose être au voisinage de la cavité péritonéale, on doit procéder avec plus de lenteur, de façon à laisser aux exsudats qui doivent réunir les deux feuilletts de la séreuse le temps de se former. On peut attendre de la chute spontanée de l'eschare l'ouverture de l'abcès; mais, dans les cas où cela se ferait trop lentement, on perforerait cette eschare avec le bistouri.

2° L'instrument tranchant peut être appliqué soit pour passer un *séton* dans l'abcès, soit pour y pratiquer une *ponction* ou une *incision*.

B. Bell (1) a conseillé d'introduire dans l'abcès, à l'aide d'une sonde cannelée munie d'un œil, un séton composé d'un assez grand nombre de fils, et l'y maintenir jusqu'au complet écoulement du pus, en retirant tous les deux jours un des fils du séton.

Sans mentionner le séton de B. Bell, le docteur Leriche (2) a proposé de nouveau ce moyen pour les abcès du cou, du sein, de l'aîne, région où l'on a intérêt à éviter les cicatrices. On traverse ces abcès par une aiguille courbe dans le chas de laquelle est passé un cordonnet de soie. Les deux bouts en sont réunis sur l'abcès qui se vide lentement à travers les ouvertures. Le cordonnet est laissé en place de quatre à huit jours, puis on l'enlève et l'on pansé à plat. Nous avons mis plusieurs fois en pratique ce moyen, et nous ne saurions trop le recommander pour les abcès du cou, du visage, etc., qui laissent trop souvent des stigmates que le chirurgien pourrait éviter. En général, deux points cicatriciels à peine visibles sont la seule trace de ces abcès guéris par les sétons filiformes.

C'est le plus souvent par *ponction* ou *incision* qu'on ouvre les abcès. La ponction simple et l'incision peuvent être pratiquées avec un bistouri ou avec une lancette ordinaire, car la *lancette* dite à *abcès* n'est presque plus employée aujourd'hui. Après s'être assuré qu'aucune artère importante ne peut être blessée, le chirurgien procède à l'ouverture de l'abcès, tantôt en y enfonçant un bistouri tenu comme une plume à écrire (fig. 10 et 11), tantôt en incisant ses parois couche par couche et de dehors en

(1) *Traité des ulcères*, p. 52.

(2) *Revue méd. chirurg.*, t. VII, p. 285.

dedans avec l'instrument tenu comme un archet (fig. 12). Dans les abcès superficiels et très-petits, une simple ponction est suffisante; s'ils sont



FIG. 10.

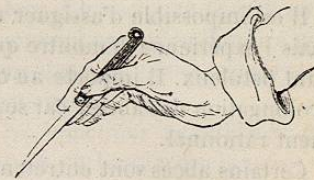


FIG. 11.

plus volumineux, on agrandit cette ponction en retirant le bistouri ou en lui faisant décrire un demi-cercle autour de sa pointe. La direction de l'incision varie suivant une foule de circonstances. On la pratique d'ordinaire parallèlement aux fibres musculaires et aux gros vaisseaux. On a conseillé d'inciser les abcès de l'aîne perpendiculairement à la direction transversale ou oblique des fibres de la peau, afin d'éviter une disposition qu'on suppose peu favorable à la cicatrisation de la plaie.

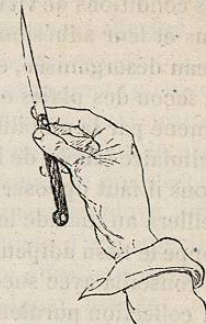


FIG. 12.

Dans certains abcès profonds, l'incision couche par couche de l'abcès est indiquée. On coupe d'abord la peau, puis les tissus sous-jacents et l'aponévrose; il est alors convenable de porter le doigt au fond de la plaie en l'explorant, et, si l'on perçoit une collection liquide, d'y faire une simple ponction. Si l'on pénètre dans un foyer purulent, on en agrandit l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné. C'est ainsi qu'il faut agir dans quelques abcès sous-aponévrotiques du creux poplité, du cou, de la région palmaire profonde. Dans certains abcès très-voisins des gros troncs vasculaires, il serait imprudent d'y porter hardiment le bistouri. Celui-ci sera, après l'incision des couches superficielles, remplacé par une sonde cannelée qui ira, en déchirant peu à peu les tissus, ouvrir la paroi de l'abcès.

Ces ouvertures pratiquées, il faut s'abstenir de porter le doigt dans la plaie pour aller, à l'exemple de quelques chirurgiens anciens, y rompre des brides qui supportent des vaisseaux ou des nerfs, et ne peuvent que servir à la cicatrisation prompte de l'abcès.

L'abcès ouvert, si l'ouverture est étroite, on y place une mèche afin d'empêcher l'agglutination de ses bords. Des cataplasmes émollients sont, à plusieurs reprises dans la journée, appliqués sur la partie malade; on administre en même temps des bains locaux et généraux. Ce traitement par les émollients doit être continué pendant plusieurs jours; mais dès que la suppuration diminue, dès que le gonflement s'efface peu à peu, il faut supprimer les cataplasmes, qui maintiendraient dans les tissus une



réaction insuffisante pour amener la cicatrisation de l'abcès. Un pansement simple suffit alors, et doit être continué jusqu'à l'occlusion complète de la cavité purulente.

Il est impossible d'assigner une durée absolue à la guérison d'un abcès, mais l'expérience démontre que certains abcès ne guérissent qu'en devenant fistuleux. Il importe au chirurgien de connaître les causes de cette prolongation des abcès, car seules elles peuvent le conduire à un traitement rationnel.

Certains abcès sont entretenus par des corps étrangers; il faut s'assurer du fait avec le doigt ou avec des sondes, et, dans ce cas, agrandir l'ouverture de l'abcès et aller à la recherche du corps étranger. D'autres fois l'obstacle à la guérison consiste dans un décollement avec amincissement de la peau. Celle-ci, diminuée d'épaisseur et d'une coloration violacée, ne remplit plus les conditions de vitalité suffisantes pour la formation des bourgeons charnus et leur adhésion réciproque. Il faut alors exciser complètement cette peau désorganisée, et mettre à nu le fond de l'abcès, qui se cicatrisera à la façon des plaies exposées. Le retard dans la cicatrisation est souvent amené par la mobilité des parties (abcès de l'aisselle) ou la fonte du tissu cellulaire (abcès de la fosse ischio-rectale). A la première de ces conditions il faut opposer une immobilité absolue; contre la seconde, on conseillera au malade les toniques, un régime substantiel, tout ce qui développe le tissu adipeux. Boyer rapporte que dans un cas d'abcès du ventre, il conseilla avec succès une grossesse durant laquelle l'utérus exerça sur la collection purulente une compression salutaire.

Dans certains abcès, le pus stagne et ne s'écoule que difficilement au dehors. Ce croupissement du pus se reconnaît aux deux signes suivants : à chaque pansement la région de l'abcès est soulevée, et par la pression il s'écoule une quantité de liquide plus considérable qu'on ne le croyait *à priori*. Cette stagnation du pus peut tenir à une position défectueuse; la chose est facile à comprendre et à faire disparaître. Si l'ouverture est trop étroite et empêche l'écoulement du pus, on la débridera largement; si, malgré cela, le pus reste stagnant au fond de l'abcès, il faut avoir recours à d'autres moyens. Il suffit souvent, pour faciliter l'écoulement du pus, de pratiquer dans un point plus ou moins éloigné de l'incision primitive une incision nouvelle qu'on désigne sous le nom de *contre-ouverture*. Celle-ci peut se faire en introduisant par la première ouverture une sonde cannelée qui soulève la peau dans un certain point sur lequel on pratique l'incision nouvelle. On peut se passer de sonde cannelée en retenant le pus dans l'abcès à l'aide d'une compression légère, et la contre-ouverture est alors pratiquée sur un point rendu ainsi plus saillant.

On peut s'opposer à l'accumulation du pus dans un abcès en y exerçant une compression douce, soit avec des bandelettes emplâstiques, soit avec des compresses graduées et des bandes simples. Nous avons souvent fait usage de ce mode de compression pour les abcès du sein, et nous en avons retiré quelque profit.

Enfin, pour favoriser cette expulsion de la matière purulente, il faudra, dans certains cas, avoir recours à l'emploi de canules à demeure et d'injections émollientes ou légèrement détersives. Les petits tubes de caoutchouc, perforés de distance en distance, dont Chassaignac se sert pour ce qu'il appelle le *drainage des abcès*, conviennent très-bien dans ce cas. Ils permettent de pousser quelques injections dans la cavité purulente à laquelle ils maintiennent une ouverture permanente.

La compression, les contre-ouvertures, les injections ne suffisent pas toujours à guérir certains abcès. Aussi a-t-on eu besoin quelquefois de recourir à d'autres moyens.

Dans un cas où un abcès de la région fessière se reproduisit deux fois, Moreau-Boutard en obtint en trois jours la guérison, en pratiquant à la surface interne du foyer trois scarifications dont on aida l'action par un léger bandage compressif et le repos absolu. Sous l'influence de la lymphe plastique épanchée, le recollement de l'abcès s'est facilement effectué (1).

Il faut dire maintenant deux mots de quelques méthodes exceptionnelles vantées pour ouvrir certains abcès ou pour amener leur prompt guérison.

Malapert a conseillé d'ouvrir les bubons suppurés avec un vésicatoire qu'on panse avec du sublimé. Sous l'influence de ce pansement, la paroi de l'abcès se perfora d'une infinité de trous par lesquels le pus s'écoula au dehors. Ce traitement long et douloureux n'est guère employé. Jules Roux a vanté dans des cas analogues une ponction suivie d'une injection iodée. Nous dirons, dans les chapitres consacrés aux affections des ganglions, notre opinion sur cette pratique. Enfin, Chassaignac, pensant, mais à tort selon nous, que les parois d'un abcès chaud ou froid que l'on vient d'ouvrir peuvent être assimilées aux surfaces d'une plaie récente, les a crues susceptibles de se réunir par première intention. Donc, quand il n'existe ni corps étranger ni altération osseuse, Chassaignac propose de ponctionner l'abcès, et, par cette petite ouverture, de laver le foyer purulent jusqu'à ce que l'eau ressorte limpide. Ce foyer détergé, les parois de l'abcès seront rapprochées, s'uniront, et la guérison sera complète en deux ou trois jours (2). C'est une erreur de physiologie pathologique de comparer les parois d'un abcès aux surfaces d'une plaie récente, et il suffira de lire la discussion que ce travail a soulevée au sein de la Société de chirurgie, pour voir que rien, dans les faits avancés, ne justifie une pareille pratique.

Telles sont les règles générales applicables à l'ouverture des abcès par l'instrument tranchant. Il ne faut point oublier quelles ressources puissantes le chirurgien trouve pour la guérison de ces affections dans un régime alimentaire convenable et dans une bonne hygiène aidée aussi par quelques médicaments toniques.

(1) *Journal de chirurgie*, 1844, t. II, p. 358.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. I, p. 679.



## § II. — Abscès froids.

On désigne sous le nom d'*abcès froids* une collection purulente qui se développe lentement, sans réaction inflammatoire apparente, sans douleur, et qui n'est en rapport ni avec une affection tuberculeuse, ni avec une altération des os. Ces abcès sont décrits à tort par quelques auteurs sous les noms d'*abcès scrofuleux*, *abcès lymphatiques* (Rust). Il faut conserver le nom d'*abcès froids*, qui ne préjuge rien sur la nature de ces abcès; et qui a l'avantage de les séparer des *ramollissements tuberculeux* et des *abcès ossifluents*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès froids se développent ordinairement dans le tissu cellulaire et on les trouve surtout au cou, sur ses parties latérales, dans les parois de la poitrine et de l'abdomen, et parfois aux membres, comme dans le tissu cellulaire qui sépare les uns des autres les muscles de la partie postérieure de la cuisse. Ces abcès varient en nombre, et il est assez commun d'en voir plusieurs sur le même individu. Leur volume est également très-variable, mais en général les abcès froids volumineux sont peu nombreux sur le même malade.

La disposition kystique est plus marquée dans les abcès froids que dans ceux que nous venons d'étudier. Leur cavité semble tapissée par une membrane lisse, tomenteuse, tantôt grisâtre, tantôt rougeâtre, quelquefois marquée de plaques ardoisées. Mais ce n'est point là une véritable membrane qu'on puisse isoler facilement des tissus sous-jacents indurés; elle n'en a que les apparences, et l'on ne trouve, en résumé, qu'une couche assez mince de lymphes plastique devenue accidentellement vasculaire. Le liquide contenu dans cette poche diffère du pus louable par son aspect séreux, sa teinte peu franche, qui est jaune verdâtre, et ses flocons, qui le font ressembler au petit-lait. Il s'altère vite et répand parfois une odeur nauséabonde.

Dès son début, l'abcès froid est nettement enkysté. Il n'a aucune tendance à s'infiltrer dans les tissus et à former des *fusées purulentes*; à mesure qu'il acquiert du développement, il se porte vers l'extérieur, moins en faisant subir à la peau une absorption ulcéreuse qu'en écartant certains tissus, repoussant les aponévroses et subissant enfin les lois de la pesanteur. Mais quand l'abcès s'est mis au contact de la peau, celle-ci finit par éprouver à son tour le changement remarquable que nous avons décrit plus haut: elle s'amincit et se perfore. Après cette ouverture spontanée, les parois de cet abcès s'affaissent et se rétractent. La face interne de cette cavité éprouve à son tour quelques modifications. Elle s'épaissit, se plisse et semble devenir comme fongueuse; en même temps, le liquide sécrété change d'aspect: c'est un liquide très-ténu, très-séreux, une sorte de mucus. Ces modifications de l'abcès seront mieux comprises dans l'histoire des *fistules*. Les abcès froids, arrivés à un certain volume, peuvent rester

stationnaires, mais souvent ils augmentent. On ne les voit que très-exceptionnellement diminuer et disparaître.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les abcès froids sont, en général, précédés par un engorgement circonscrit, peu mobile, indolent, sans altération de la peau et sans trace de réaction inflammatoire. Cet engorgement peut persister dans cet état assez longtemps, mais il finit par se ramollir; alors surviennent parfois quelques traces légères d'inflammation, telle qu'un peu de chaleur, une rougeur légère des téguments, une douleur sourde surtout à la pression; mais ces symptômes ne persistent pas, et l'abcès froid se révèle sous la forme d'une tumeur convexe, fluctuante, indolente, sans changement de couleur de la peau, qui est seulement sèche et écaillée. Au bout d'un temps souvent assez long, la poche de l'abcès s'amincit et s'ouvre.

Lorsque l'abcès froid s'ouvre à l'extérieur, il se manifeste quelquefois une assez vive réaction inflammatoire dans la partie malade; il y a de la douleur, de la chaleur, etc.; mais, au bout de peu de temps, tout se calme, et tantôt la poche purulente marche vers la cicatrisation, tantôt elle reste fistuleuse. Les abcès qui guérissent après être restés longtemps fistuleux laissent après eux une dépression violacée des téguments. Les abcès qui se résorbent s'accompagnent aussi d'un changement dans l'aspect général de la peau. Cette membrane amincie se fronce et se déprime aussi en s'unissant aux parties profondes de l'abcès.

L'engorgement qui précède d'ordinaire le ramollissement de l'abcès froid n'est pas constant, et l'on voit des collections de ce genre qui, dès le principe, sont fluctuantes.

C'est ici le lieu de parler de quelques abcès désignés par Delpech sous le nom d'*abcès soudains*, et auxquels Nélaton a consacré quelques lignes dans son livre (1). Ce sont des abcès froids qui se montrent tout à coup dans le tissu cellulaire et chez des individus débilités. Ces abcès se développent très-rapidement et s'accompagnent d'une fièvre vive, d'une altération des traits, d'un dévoiement abondant et fétide. La sécrétion du pus est souvent fort grande, et les malades ne tardent point alors à succomber dans le marasme. Delpech assurait à ces abcès soudains une terminaison toujours funeste.

ÉTILOGIE. — Les causes des abcès froids nous échappent le plus souvent; toutefois on peut en distinguer de *générales* et de *locales*. Parmi les causes générales, on a placé les diathèses scrofuleuse et rhumatismale. Il faut reconnaître que, sous l'influence d'un état diathésique, scrofule, convalescence de certaines maladies, période critique de certaines autres, l'économie a une grande tendance à former du pus lentement et sans réaction inflammatoire. Les causes locales les plus fréquentes sont des frottements brusques ou des contusions légères, ou des pressions trop longtemps continuées. C'est ainsi que s'explique l'apparition

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 89.



d'abcès froids chez de jeunes conscrits un peu lymphatiques et non habitués au choc toujours dur du fusil et aux pressions prolongées des diverses pièces d'équipement.

DIAGNOSTIC. — Ce n'est point au début de ce livre qu'il nous serait possible de tracer un diagnostic différentiel entre les abcès froids et d'autres tumeurs qui nous sont encore inconnues. — Nous renvoyons, à cet effet, à d'autres paragraphes, et nous nous contenterons ici d'une simple mention.

On a confondu les abcès froids avec des abcès par congestion, des ramollissements tuberculeux de ganglions lymphatiques, des gommes suppurées, des kystes comme la grenouillette (Boyer), des fungus articulaires, des encéphaloïdes ramollis, une hernie de vessie (J.-L. Petit), une dilatation de l'urèthre (Boyer), etc.

PRONOSTIC. — Un abcès froid est plus grave qu'un abcès chaud de même volume et de même siège; il indique toujours une altération de la constitution, et doit laisser quelques craintes dans l'esprit du chirurgien.

TRAITEMENT. — Le traitement des abcès froids est général et local. L'altération constitutionnelle qui, chez certains individus, préside au développement des abcès froids, exige l'emploi d'une médication tonique (bonne hygiène, régime alimentaire fortifiant, préparations ferrugineuses et iodées, bains sulfureux).

Quant au traitement local, il a beaucoup varié, et les chirurgiens ne s'accordent point à cet égard. Voici les divers moyens qui ont été proposés, nous dirons ensuite leurs indications spéciales.

1° Les *caustiques* ont été surtout recommandés pour ouvrir les abcès froids: M.-A. Petit, comme nous l'avons dit plus haut, enfonçait dans le foyer une aiguille rougie à blanc, et appliquait sur l'ouverture une ou plusieurs ventouses. Il renouvelait ensuite ces ponctions, et y ajoutait la compression et les injections irritantes. Les chirurgiens préférèrent au cautère actuel la potasse, ou mieux la pâte de Vienne. On applique, à la façon des cautères sur un ou plusieurs points de l'abcès froid, un peu de pâte de Vienne. Si l'abcès est peu volumineux, une seule application sur son milieu suffit; si l'abcès est large, il est plus convenable d'appliquer le caustique aux deux extrémités de la tumeur. Cela permet d'exercer facilement à son centre une compression expulsive.

Dans les abcès superficiels, l'eschare formée détruit toute la paroi du foyer, et à sa chute le pus s'écoule au dehors; si l'épaisseur de la paroi de l'abcès est plus considérable, une seule application de pâte de Vienne est insuffisante, et pour arriver jusqu'à la cavité purulente, il faut fendre l'eschare et appliquer de nouveau le caustique. Nous avons l'habitude, dans ces cautérisations secondaires, de substituer à la pâte de Vienne le caustique au chlorure de zinc, et nous nous en servons comme nous l'avons dit plus haut.

On se contente quelquefois de traverser avec un bistouri l'eschare deux ou trois jours après sa formation. Quel est alors le but de cette pratique mixte?

Par l'application du caustique, on tend à provoquer dans la cavité de l'abcès une inflammation qui facilitera la cicatrisation; d'autre part, l'escharification de la peau permet de traverser cette membrane sans grande douleur et sans effusion de sang; enfin, la trainée faite par le caustique maintient l'ouverture de l'abcès béante et empêche un rapprochement intempestif de ses bords.

Mais avant que l'abcès soit formé, alors qu'il n'existe qu'un engorgement, peut-on prévenir la formation du pus? Beaucoup l'ont tenté, mais souvent sans succès. Velpeau assure que des vésicatoires appliqués d'une façon répétée sur ces engorgements froids peuvent en arrêter quelquefois la fonte purulente. Ce moyen peut être essayé sans danger, et si l'on constate quelque diminution de la tumeur, on doit pratiquer aussi la compression.

L'ouverture des abcès froids est quelquefois suivie d'une réaction inflammatoire assez vive qu'on a dû chercher à modérer par une application de sangsues; puis la cicatrisation de l'abcès s'obtient comme celle des abcès chauds.

2° Boyer, s'appuyant sur des raisons dont quelques-unes au moins sont contestables, a préconisé, dans le traitement des abcès froids, l'emploi de *ponctions* successivement faites à l'aide d'un bistouri étroit. Pour empêcher l'entrée facile de l'air, il faut déplacer légèrement la peau, afin qu'après la ponction et le retour des téguments à leur position, le parallélisme entre l'ouverture de l'abcès et l'incision de la peau soit détruit. On plonge dans l'abcès un trocart ou un bistouri, et l'on fait sortir la plus grande partie du pus, soit par des pressions ménagées, soit à l'aide de ventouses, comme le faisait M.-A. Petit et comme Boyer s'en est servi dans un cas. Six ou huit jours après cette première ponction, on en pratique une nouvelle, et l'on réitère cette opération jusqu'à ce qu'on observe, par le retrait successif de la poche purulente, la cicatrisation de l'abcès. Boyer a fait jusqu'à six ponctions; il ne peut y avoir de limite à ce nombre.

Cette méthode a d'incontestables avantages; elle est peu douloureuse, elle n'amène point de réaction générale, et diminue rapidement la quantité du pus sécrété. Mais, faite avec un bistouri, suivant les indications de Boyer, elle donne lieu trop souvent à une inflammation des bords de la plaie, qui peut suppurer, et cette phlegmasie peut de là s'étendre à la poche purulente tout entière. C'est pour obvier à ces incidents qu'on a pratiqué des ponctions sous-cutanées à l'aide d'instruments spéciaux. J. Guérin a proposé un trocart à lame aplatie et muni d'un robinet qui arrête l'entrée de l'air. A la canule de ce trocart s'adapte une seringue ingénieusement construite, qui, par un système combiné de robinets, permet d'aspirer le pus de l'abcès et de le rejeter au dehors sans changer l'instrument de place et sans interrompre l'opération. Les ponctions avec ce trocart seront faites à la base d'un pli cutané, et avec toutes les précautions prises d'habitude pour empêcher l'entrée de l'air.



3° On ne peut se dissimuler que certains abcès froids ne montrent aucune tendance à diminuer à la suite de plusieurs ponctions, ou bien ils restent fistuleux. Flaubert (de Rouen) (1), pour obvier à ces inconvénients, conseillait d'*inciser* ces abcès dans toute leur longueur, et, par des incisions transversales, de mettre à découvert tous les clapiers; puis il remplissait de charpie la cavité purulente, dans laquelle il provoquait de la sorte la formation de bourgeons charnus et une réunion secondaire. Pour hâter ce résultat, on a conseillé de se servir de charpie trempée dans une solution irritante. Cette méthode, très-rationnelle, n'est applicable que dans certaines régions, et elle devient dangereuse pour les abcès énormes. Lorsque l'abcès est naturellement peu volumineux, dès que des ponctions successives l'ont réduit à un petit volume, la méthode de Flaubert trouve alors son application.

4° Ce ne serait qu'exceptionnellement qu'il faudrait avoir recours au conseil que donne Callisen (2), d'*exciser* la peau et le tissu cellulaire dans toute la périphérie de l'abcès. Une pareille pratique ne serait excusable que dans les cas où la peau serait amincie, violacée, et de la sorte un véritable obstacle à la cicatrisation.

5° Le *séton*, préconisé par B. Bell, nous paraît un procédé trop négligé, et qui, avec les modifications heureuses que vient de lui faire subir Bouvier (3), est destiné en outre à remplir facilement une utile indication, c'est-à-dire à provoquer dans les abcès froids une réaction inflammatoire utile à la cicatrisation.

6° C'est dans un but analogue qu'à diverses époques on a conseillé d'*injecter* dans les abcès froids des liquides plus ou moins excitants. Les injections pleurales, dans l'empyème, étaient depuis longtemps dans la pratique lorsqu'on songea à les transporter dans la thérapeutique des abcès froids. Au chapitre *De humoribus præter naturam* (4), Fabrice d'Acquapendente recommande des injections de mellicrat, de vin, d'oxymel simple, pour nettoyer et modifier le pus qui croupit dans le sinus, Dupuytren injecta plusieurs fois du vin chaud dans la cavité des abcès, et, après l'y avoir laissé séjourner de cinq à dix minutes, il pansait avec de la charpie trempée aussi dans du vin chaud; cette injection était répétée, si la réaction n'était pas assez vive. Cette méthode a trouvé aussi quelques partisans en Allemagne, où l'on a employé la ponction avec le trocart et l'injection de vin rouge, d'une solution de sublimé ou de nitrate d'argent (Schaack), d'eau bouillante (Rust), etc., etc. L'introduction des injections iodées dans la chirurgie a conduit naturellement à en recommander l'usage dans le traitement des abcès froids. On les a associés aux ponctions sous-cutanées, et Boinet (5) a le plus contribué, dans ces derniers temps, à vul-

(1) Bailleul, Thèse de Paris, 1820, n° 96.

(2) *Systema chirurgiæ hodiernæ*, t. I, p. 331.

(3) *Mém. de la Société de chirurgie*, t. IV.

(4) *Pentat.* Patav., p. 20.

(5) *Iodothérapie*, p. 476.

gariser cette pratique. On ne peut contester qu'elle n'ait donné des succès dans les mains de son auteur et de quelques autres chirurgiens, mais il faut bien reconnaître qu'elle échoue assez souvent. Si l'on se décide à la mettre en usage, il faut se servir du mélange de teinture d'iode et d'eau dans les proportions d'un tiers de teinture pour deux tiers d'eau, et l'injection sera faite suivant les procédés ordinaires.

Il est difficile de porter un jugement sur ces éléments divers de la thérapeutique des abcès, et nous répétons, avec Gerdy (1), que tous ces moyens guérissent, mais que leur valeur absolue et leur valeur relative au cas où l'on peut les employer ne sont pas exactement déterminées.

## ARTICLE V.

## DE L'INFECTION PURULENTE (PYOHÉMIE).

Il est fort difficile de donner de l'*infection purulente* une définition qui ne préjuge rien de sa nature, et quelque désireux que l'on soit de laisser de côté les questions de doctrine au début de cette étude, on les rencontre tout d'abord. Sauf donc à en donner les preuves plus tard, nous définirons l'infection purulente, *une affection produite par l'introduction du pus dans le sang et caractérisée par des altérations variées dont le dernier terme est la formation d'abcès multiples*.

Le pus se mêle au sang, et il infecte ce liquide : ce sont là les deux conditions essentielles de la maladie. Nous devons donc rejeter dans sa dénomination des termes qui ne rappellent qu'un des côtés de la question, ou qui n'ont pour eux la sanction d'aucun fait positif. Ainsi le mot *phlébite purulente* ne présente qu'un des modes variés de l'infection, et, d'un autre côté, la phlébite peut suppurer sans qu'il y ait pyohémie; les termes d'*absorption* et de *résorption purulentes* ont le tort d'assimiler la pénétration du pus dans le sang aux conditions d'une absorption normale; le mot *diathèse purulente* ne désigne à notre esprit qu'une prédisposition fâcheuse de l'organisme à une sécrétion du pus. Ainsi, après certaines fièvres éruptives, comme la variole, il semble exister un état diathésique favorable à la génération du pus; de là des abcès multiples, parfois critiques; mais le mot *diathèse purulente*, applicable alors, ne peut signifier l'affection si grave que nous allons décrire. Nous appliquerons les mêmes pratiques au mot *fièvre purulente* qui, mis au service d'une doctrine ingénieuse, ne peut soutenir l'examen des faits que nous rappellerons plus loin.

HISTORIQUE. — L'histoire de l'infection purulente a été presque entièrement faite par les chirurgiens français, et à la fin de cet article nous donne-

(1) *Chirurgie pratique*, t. II, p. 192.