

A. JOUSSET

65538

LA
TUBERCULOSE

ÉTUDE PRATIQUE
TRAITEMENT PAR L'ALLERGINE



G. DOIN & C^{IE}
ÉDITEURS - PARIS

1/15

65538

LA
TUBERCULOSE

ÉTUDE PRATIQUE
TRAITEMENT PAR L'ALLERGINE

PAR

A. JOUSSET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin honoraire des Hôpitaux

G. DOIN & C^{IE}
= ÉDITEURS =
8, Place de l'Odéon, Paris (VI^e)
= 1 9 3 7 =

2/15

TRAITEMENT PAR L'ALLERGINE

J'ai exposé ailleurs (1) en détail ce qu'était cette substance, son but et son mode de préparation. Résumons rapidement ses caractéristiques.

Comme l'indique son nom, l'allergine est une substance qui éveille ou renforce l'allergie.

On sait que l'allergie est une modification du pouvoir réactionnel de l'organisme sous l'influence de substances diverses, et spécialement des microbes pathogènes.

VON PIRQUET qui, en 1907, l'a bien définie chez les tuberculeux, a montré que cet état pouvait se constater par l'emploi de la tuberculine au moyen de la *cuti-réaction*, manœuvre aussi simple qu'inoffensive et qui, si elle était plus souvent pratiquée, même chez l'adulte, rendrait au médecin des services inappréciables.

Mais la cuti-réaction, en signalant l'allergie et en dénonçant ainsi la présence du bacille de Koch, mesure en même temps la valeur de résistance de l'organisme à la tuberculose. L'allergie n'est pas l'immunité elle-même, elle n'en est qu'un mode ; elle ne présage pas forcément la victoire contre l'infection, mais elle implique toujours une certaine capacité défensive à l'égard du bacille, en sorte que l'existence d'une forte allergie est des plus souhaitables chez les tuberculeux et que sa disparition ou anergie peut être considérée comme du plus fâcheux augure. On peut donc, au moyen de la tuberculine, faire à la fois le diagnostic et, dans une certaine mesure, le pronostic de la tuberculose.

Comment s'acquiert l'allergie ?

Par l'infection bacillaire, que celle-ci soit latente ou qu'elle soit pathologique.

L'infection artificielle par bacilles atténués (vaccination par le B.C.G.) peut encore créer l'allergie.

En dehors du bacille lui-même, aucun moyen, aucune substance n'avait jusqu'ici réussi à rendre un organisme allergique, c'est-à-dire résistant ; aucun des divers antigènes préconisés pour la guérison de la tuberculose, la tuberculine elle-même, n'y était parvenu. J'ai démontré, il y a fort longtemps (2), qu'avec certaines substances solubles extraites du bacille de Koch et

(1) *Presse médicale*, 16 mars 1929.

(2) *Académie de médecine*, 25 mai 1915.

séparées de lui par filtration soigneuse, on pouvait « allergiser » un organisme neuf, le rendre réceptif à la cuti-réaction, tout comme s'il était infecté par le bacille, et ceci avec un danger nul, la substance en question étant complètement avirulente.

Quand un sujet déjà tuberculeux, c'est-à-dire légèrement allergique, reçoit cette substance soluble, cette allergine, les effets sont autrement puissants puisqu'il y a cumul. Il se produit, en outre, chez le tuberculeux, une sorte de réveil, de réactivation des foyers malades qui a aussi son utilité, mais qui pourrait être dangereuse si ces foyers étaient trop étendus, en sorte que l'utilisation de l'allergine comme médicament exige certaines précautions et veut, avant tout, que le malade ne soit pas trop gravement atteint. Cela est essentiel.

Préparation. — L'allergine doit son efficacité spéciale à une série de conditions qu'on a trop négligées jusqu'ici dans la préparation des antigènes bacillaires, et qui, à mon sens, explique l'échec de la plupart de ces médicaments.

L'allergine se particularise par :

1° Le choix de son bacille générateur, bacille soigneusement sélectionné, qui, étant à la fois plus toxique et plus soluble que les autres bacilles de Koch, fournit des extraits aussi actifs qu'abondants, alors que la plupart des autres bacilles sont caractérisés par leur sécheresse qui exclut toute propriété toxinique.

2° Le mode de stérilisation de ce bacille qu'on évite de tuer par la chaleur.

3° La purification attentive de l'extrait soluble, dépouillé de tout corps microbien, de substances cireuses et surtout de tuberculine, cette tuberculine dont le rôle néfaste n'est aujourd'hui que trop prouvé par l'expérimentation humaine et animale et qui, si elle est merveilleuse pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose, est détestable pour son traitement.

Tels sont les principes originaux qui président à la longue, délicate et même dangereuse préparation de cette nouvelle substance, pour laquelle il faut utiliser une technique d'extraction assez complexe, faite surtout de moyens mécaniques que je ne saurais détailler ici (1). Il suffira de savoir qu'on obtient, en fin de compte, un liquide limpide, ambré, de propriétés colloï-

(1) *Pr. méd.*, 16 mars 1929.

dales, particulièrement riche en phosphore, très altérable par la chaleur, qu'on stabilise par un mélange de glycérine et d'eau chloroformée. C'est l'allergine.

Nature de l'allergine. — Ses propriétés physiques et chimiques, son action sur l'organisme, permettent de ranger l'allergine au nombre des toxines vraies. *Elle se sépare donc complètement de la tuberculine*, qui n'est en réalité qu'un déchet, une scorie (1) du bacille tuberculeux. Là, réside probablement la différence des effets thérapeutiques des deux substances, aussi remarquables pour l'une qu'ils sont fâcheux pour l'autre.

L'allergine agit sur l'organisme malade de façon assez mystérieuse. Cette substance réalise un mode de traitement très particulier, voisin de la vaccinothérapie, mais qui est beaucoup plus complexe. Elle agit moins par elle-même que par la stimulation des foyers tuberculeux qu'il s'agit de guérir. Mais ne cherchons pas à élucider ce mécanisme, dit « focal », qui a tant exercé la sagacité des chercheurs ; retenons seulement que l'allergine, dans la pratique, ne constitue pas un moyen de protection radical, et que son action, si elle se fait sentir rapidement, a, par contre, besoin d'être longuement entretenue avant de donner la sécurité que recherchent les malades. Mais quel est le traitement de la tuberculose ou de n'importe quelle maladie chronique qui puisse être taxé de souverain, de définitif ?

Indications thérapeutiques de l'allergine. — Elles sont bien simples. *Toute tuberculose, sans exception, est justiciable de l'allergine si le malade est suffisamment résistant.* La technique l'utilisation différera évidemment, selon qu'on aura affaire à une granulie, une méningite ou une tumeur blanche, qu'on traitera un cavitairé ou un adénopathique, mais, en principe, toutes ces formes, pourtant si dissemblables, sont justiciables de la méthode.

La seule contre-indication est la cachexie.

Le tout est de définir cet état sur lequel peut exister un certain désaccord. Il ne s'agit pas, bien entendu, du grand phtisique décrit par ARÉTÉE, dont l'image est présente à tous, mais de ces sujets, encore résistants, dont la décadence progressive, survenue insensiblement sous les yeux du médecin, n'apparaît pas toujours bien nettement.

(1) Académie de médecine, 2 juin 1914.

5/15

Pour ceux-là, nous prendrons comme arbitre l'épreuve de la cuti-réaction. Ce moyen ne trompera jamais en ce sens qu'il risquera d'éliminer plutôt trop de malades que d'en laisser passer de défavorables. Voici comment.

On fera l'épreuve avec de la bonne tuberculine, non diluée, et lecture en sera faite de 36 à 48 heures plus tard. Tout cachectique, tout sujet dont la résistance est par trop amoindrie, n'aura plus la cuti-réaction habituelle, c'est-à-dire la papule rose pâle caractéristique de la bonne allergie. Chez le tuberculeux indésirable, la cuti-réaction présente en effet un tout autre aspect. Elle peut être :

- soit nulle (grands cachectiques) ;
- soit simplement maculeuse, sans saillie aucune ;
- soit papuleuse, mais trop colorée, pourprée.

Tout ceci traduit un effondrement de l'allergie ou une modification de la résistance telle qu'on ne peut plus rien espérer de la médication allergisante, laquelle ne saurait tout faire. N'oublions pas que le rôle prépondérant, dans les médications dites « actives », appartient à l'organisme et que le rôle du médicament n'est qu'indirect.

Forts de ces données, nous traiterons donc en toute sécurité les multiples tuberculoses que nous offre la pratique, tuberculoses qui, pour la plupart, réagiront bien, et nous éliminerons par ce procédé les formes suraiguës hypervirulentes, certaines tuberculoses pulmonaires anciennes, de bonne apparence, mais en réalité incurables, ainsi que tous les sujets rendus anergiques par une grippe, une rougeole, une pneumonie ou une fièvre typhoïde récente, et, en fin de compte, le succès, un succès éclatant, sanctionnera l'intelligence et la justesse de cette sélection.

Maintenant, je dois dire que la nécessité de la cuti-réaction ne s'impose pas toujours. Chez les pulmonaires, elle est plus utile qu'ailleurs à cause du caractère souvent imprécis de leurs lésions, mais on peut se passer de la tuberculine dans beaucoup de cas, ce qui fera plaisir à bien des médecins.

Si l'on tient à essayer la valeur de l'allergine sans tous ces essais préliminaires, on n'a qu'à choisir une tumeur blanche ou une de ces adénopathies suppurées, mais florides, dont la fistulisation s'éternise, et l'on sera étonné de la rapidité incomparable des résultats obtenus.

6/15

Technique des injections. — Les injections d'allergine se font sous la peau de la cuisse, et de préférence le matin.

Le malade gardera le lit, car de huit à dix heures après la piqûre, commence un accès de fièvre, accompagné de frissons et de malaise (sensation de grippe) qui laisse une certaine fatigue, en sorte qu'un repos minimum de 48 heures s'impose après chaque injection, même chez les sujets habituellement apyrétiques.

Ces délais sont d'autant plus nécessaires, que certains sujets font une réaction tardive et à disparition lente. Ces exceptions m'ont semblé particulières aux malades atteints de tuberculoses anciennes et scléreuses, comme si l'enkystement des lésions entravait la pénétration de l'allergine et retardait la réponse focale. C'est, en effet, le foyer qui donne la fièvre et non l'allergine. Cela est si vrai qu'à dose égale, l'allergine provoquera, chez des malades inégalement atteints, des réactions très diverses, dont la grandeur est en proportion de l'importance et surtout de la *surface* des lésions. Par elle-même, l'allergine est à peine thermogène.

La technique se ressentira donc de cette variabilité des sujets et de cette notion de surface, qui, à notre avis, n'a pas été suffisamment mise en relief dans l'interprétation des phénomènes réactionnels. Aussi, d'une façon générale, les malades atteints de tuberculoses chirurgicales pourront-ils être traités plus énergiquement que les pulmonaires, dont le maniement exigera certaines précautions. Rappelons que le poumon n'est que surfaces (1), et que son étendue pathologique ne le cède en rien à son étendue physiologique, surtout quand les lésions débutantes ont le caractère granulique et ne sont pas encore conglomérées.

C'est pourquoi, chez les pulmonaires, par mesure de prudence, nous fractionnerons la dose initiale. Voici la technique à laquelle nous nous sommes arrêté dans les tuberculoses thoraciques, et chaque fois que nous avons des raisons de nous méfier de la sensibilité d'un malade.

Notre première injection est seulement d'un quart de centimètre cube.

Si les réactions thermiques consécutives et le malaise n'ont pas été très accusés, nous faisons une deuxième dose d'un demi-centimètre cube, quatre jours plus tard. Au cas contraire,

(1) P. 33 et 34.

7/15

nous nous limitons à un second quart. Nous estimons qu'en moyenne, une réaction d'un à deux degrés est nécessaire et permet d'augurer d'un bon résultat, que l'absence totale de réaction chez un malade est, au contraire, de mauvais aloi. Si elle peut réjouir un malade pusillanime, il doit en être tout autrement du médecin.

La première dose, ainsi fractionnée, une fois donnée et estimée six jours plus tard, on procédera ensuite par injections isolées, d'un quart ou d'un demi-centimètre cube, suivant la sensibilité déjà reconnue du patient, toutes les semaines, en évitant, chez la femme, la période d'approche des règles et en retardant au besoin les piqûres de quelques jours. Cet espacement sera, par la suite, porté à 7 jours et les piqûres seront entretenues jusqu'à guérison complète du malade.

Telle est notre ligne de conduite. Mais elle est bridée par une condition des plus sévères : c'est que, dès les deux premières injections, la malade ait été améliorée. *Tout traitement qui, dès le début, ne fournit pas un résultat encourageant doit être immédiatement abandonné*, car il risque de devenir nuisible.

Ajoutons que des modifications individuelles peuvent être apportées à la posologie et à la cadence des injections. La médecine n'est faite que de cas particuliers. C'est ici que jouera le bon sens de l'opérateur. Mais cette variabilité même implique la nécessité absolue de ne confier le traitement qu'au médecin. Il ne peut en aucun cas être dirigé à distance ou réglementé par de simples infirmières. On s'exposerait ainsi à des désastres.

Effets immédiats des injections. — Il est rare, et nous avons dit que la chose n'était pas souhaitable, que les injections d'allergine laissent un malade indifférent. Chaque piqûre est ordinairement accompagnée de multiples réactions qui se font sentir de 10 à 36 heures après l'injection et s'éteignent assez rapidement. Bien que désirables, il ne faudrait pourtant pas chercher à en accentuer la violence. On sait que les bienfaits d'un choc thérapeutique ne sont nullement proportionnels à son intensité. Répétons qu'il faut qu'elles soient au moins ébauchées et que leur absence totale est toujours de mauvais augure. Ceci est vrai pour le début du traitement, car à la longue, les réactions même les plus violentes finissent par s'éteindre et *on doit à ce moment augmenter les doses*.

Les piqûres d'allergine provoquent trois sortes de réaction

8/15

calquées sur celles de la tuberculine, bien que foncièrement différentes quant à leurs résultats. Cette similitude des réactions a conduit certains chercheurs à suspecter la nature de l'allergine et à n'y voir qu'une tuberculine déguisée, au moins un mélange.

Nous répétons qu'il n'en est rien, ni du point de vue pratique, ni du point de vue scientifique.

La tuberculine n'est, en effet, décelable par aucun réactif chimique. Quant aux réactions biologiques, à la fièvre notamment, elles abondent et n'ont aucun caractère chez les tuberculeux. Une ascension thermique peut résulter chez eux d'une simple injection de sérum physiologique. Il n'existe donc aucun moyen de différencier l'allergine de la tuberculine et l'accusation portée contre la première de ces substances est donc absolument gratuite.

Reste l'argument de « choc » donné par nos adversaires ; mais le « choc », c'est le comment là où il ne devrait y avoir que des notions de fait. Peu, d'ailleurs, importe, si ce choc améliore et s'il est *seul* capable d'améliorer. Il devient, en ce cas, spécifique.

Quant à l'argument scientifique, nous n'en avons cure. J'ai, en effet, démontré ailleurs que l'allergine, produit thermolabile, directement secrété par le bacille de Koch, se comportait comme une toxine, tandis que la tuberculine, produit artificiel, de texture non colloïdale, et de plus, thermostable, avait toutes les allures d'une substance dégradée, d'une véritable scorie, etc...

Mais, je le répète, l'argument clinique suprême est là, irréfutable : la tuberculine aggrave, l'allergine guérit. Peu importe donc la théorie.

Elle le fait sous condition des trois réactions suivantes :

A. RÉACTION LOCALE. — C'est une légère induration à l'endroit de la piqûre, induration quelquefois un peu douloureuse, qui disparaît après quelques enveloppements chauds et humides. Elle n'a aucune importance. Mais les malades s'en plaignent.

B. RÉACTION FOCALE. — Elle consiste en une stimulation, à caractère électif, des foyers malades. Cette réaction inflammatoire, qui est le pivot du traitement par l'allergine, mériterait de longs développements philosophiques. L'orientation précise du médicament sur les emplacements occupés par le bacille de Koch, et limitée à ces seuls emplacements, cette sorte d'attraction exercée par le foyer malade est, en effet, un des phénomènes

9/15

les plus curieux de la pathologie. De cette conjonction de deux éléments, je n'ose dire de ce conflit, résulte une libération des poisons du foyer qui explique la fièvre et les malaises du traitement, ainsi que les inégalités de ces réactions, toujours subordonnées à l'importance des lésions. Les bons résultats dépendent aussi de cette libération.

Quant à la spécificité de la réaction focale, elle est telle qu'on peut utiliser son apparition dans le cas d'un diagnostic difficile. Elle devient ainsi un témoignage irrécusable, un véritable test de tuberculose, et, nombre de fois, elle m'a éclairé sur la véritable nature d'une affection douteuse.

Ce test probatoire, je dois le dire, a jadis été proposé pour la tuberculine ; mais si cette pratique est admissible en médecine vétérinaire, il n'en est pas de même en médecine humaine, à cause des dangers que peut faire courir une pareille expérience. Chez l'homme, une injection d'allergine, faite dans un but diagnostique, est sans inconvénients. Si le sujet n'est pas tuberculeux, les réactions sont nulles ; au cas contraire, les réactions positives, tout en affirmant la tuberculose, orientent le diagnostic et font un bon effet thérapeutique dans la plupart des cas. Ces réactions de foyer varient avec chaque malade. La poussée congestive caractéristique de cette réaction se comportera différemment avec chaque localisation. S'il y a péritonite, ce seront des coliques avec nausées. En cas de laryngite, les douleurs, l'aphonie s'accroîtront. Nous avons vu, dans un cas d'érythème noueux, les nodosités devenir plus chaudes et plus rouges. Aux poumons, la réaction de foyer se manifestera par un redoublement de la toux et de l'expectoration, et par une pluie de râles sous-crépitants dont l'apparition sera susceptible d'inquiéter le malade et de troubler l'esprit du médecin non prévenu. Mais tout ceci est heureusement passager. Cette poussée n'est qu'un phénomène toxique sans lendemain ; il n'a aucun rapport avec les poussées extensives spontanées qui traduisent l'activité du bacille lui-même (voir Ch. X).

C. RÉACTION GÉNÉRALE. — L'effet général, solidaire de la réaction de foyer, en est la conséquence obligée. Elle témoigne de la mobilisation des substances pyrétogènes de ce foyer. Une fièvre qui peut atteindre 40° et davantage, avec frissons, malaise et sensation de « grippe », apparaît de huit à dix heures après la piqûre. Elle est terminée le lendemain, sauf, nous l'avons dit,

10/15

dans les formes anciennes sclérogènes. Quelle qu'elle soit, cette réaction est sans danger, mais elle fatigue toujours un peu le malade, pour lequel, nous y insistons, s'impose un repos de quelques jours après chaque injection.

Si on analyse les raisons physiologiques de cette fatigue, on voit qu'elle relève d'une hypotension artérielle assez accusée, en sorte que les médications toni-cardiaques (adrénaline, caféine, strychnine, huile éthéro-camphrée) sont tout à fait indiquées pour la combattre.

Effets éloignés, résultats thérapeutiques des injections. — Se faire une opinion sur l'efficacité d'une méthode thérapeutique est un des problèmes les plus malaisés de la médecine ; le témoin idéal qu'exigerait cette recherche ne se conçoit même pas, puisque, pour se mettre dans des conditions théoriquement parfaites, le même organisme devrait à la fois cumuler le rôle de témoin et celui de sujet traité, ce qui est irréalisable.

Mais on peut approcher indirectement de la solution du problème.

Tout d'abord par l'expérimentation. C'est incontestablement le meilleur des procédés. Deux lots importants de cobayes tuberculeux sont, l'un, traité, l'autre, laissé comme témoin. Malgré les difficultés considérables de ce genre d'épreuve, chez un animal aussi électivement sensible à la tuberculose que le cobaye, de nombreux essais m'ont fourni une démonstration éclatante de l'efficacité expérimentale de l'allergine, efficacité dont n'approche aucun des antigènes connus.

Chez l'homme, où la démonstration est plus malaisée, le moyen le plus habituellement employé est la statistique. Quel pourcentage de guérisons obtenez-vous, m'écrit-on tous les jours ?

Je n'hésite pas à le dire, en matière de tuberculose la statistique est une méthode détestable. A la rigueur acceptable pour des maladies de type homogène et régulier, elle est inapplicable à une affection réunissant des faits aussi disparates que la tuberculose, même si les chiffres relevés sont considérables ; c'est pourquoi je n'en veux pas faire état dans ces lignes, bien que, dans l'ensemble, ces chiffres soient manifestement en faveur du traitement par l'allergine.

Restent donc les procédés cliniques purs.

Pour affirmer qu'un malade a réellement été amélioré par une

11/15

médication, il faut et il suffit que, chez un sujet présentant des symptômes de tuberculose chronique, dont une longue observation garantit en quelque sorte la permanence et le caractère irréductible, survienne, immédiatement après l'application du procédé thérapeutique, une modification ressentie des troubles généraux et fonctionnels et surtout des modifications objectives.

C'est ainsi que les localisations chirurgicales ou dermatologiques du bacille de Koch, les adénopathies suppurées et fistulisées, les tumeurs blanches, les kératites phlycténulaires, les lupus sont des plus convaincants. C'est ce genre de tuberculose que nous conseillons de traiter tout d'abord, aussi bien pour se familiariser avec le traitement que pour se convaincre *de visu* de l'efficacité de la méthode.

Un troisième type de malades peut enfin donner la preuve cherchée. Ce sont ceux dont la tuberculose est inexorable. Telle est la méningite tuberculeuse. Or, à l'encontre de toutes les médications inutilement tentées contre cette lamentable affection, l'allergine peut revendiquer de rares, mais indiscutables succès. Nous possédons et avons publié, avec le Docteur PÉRISON (1), trois cas de méningites certaines, et depuis avec Mme A. JOUSSET, quinze cas nouveaux (Th. A. JOUSSET, Etude et traitement de la méningite tuberculeuse. Th. de Paris, 1933, Masson, éditeur) bactériologiquement établis (2), dont la guérison se confirme depuis un an, dix-huit mois et plusieurs années, où les bénéfices de l'allergine ont été manifestes, où la céphalée, les paralysies oculaires ont régressé à chacune des injections, pour revenir quand on les espaçait outre mesure, et finalement disparaissaient sous l'influence d'un traitement plus intensif. Il est possible que de tels faits s'observent sans traitement. On en a publié un certain nombre, mais ce nombre représente le monde entier. Or, nous ne connaissons pas d'observateur qui, à lui seul, ait pu réunir plusieurs cas de guérison aussi rapidement groupés. Depuis notre communication, d'autres faits de même ordre m'ont été signalés après traitement par l'allergine ; je ne puis malheureusement les mettre tous à l'actif de la médication, malgré toutes les vraisemblances cliniques et malgré l'autorité des observateurs, car il y manque la signature bactériologique indispensable.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 17 mai 1929.

(2) Nous devons avouer que l'inoculation n'a pas été toujours pratiquée, mais on sait aujourd'hui que l'examen optique est prépondérant. Or il a été toujours fait.

Tels sont les faits impressionnants qu'on peut observer par l'emploi de l'allergine. Le nombre et la valeur des résultats acquis me permettent d'affirmer hardiment qu'il n'existe actuellement aucune médication générale de la tuberculose qui puisse en fournir de semblables. C'est ce dont témoigne un vaste referendum que j'ai récemment établi sur la question auprès du praticien français, et dont les réponses qui me parviennent tous les jours sont de plus en plus encourageantes. « Médication sans rivale », m'écrivit un de nos confrères. « La tuberculose est vaincue », m'écrivit un autre enthousiaste...

Traitements associés. — L'allergine se suffit à elle-même et ne peut être associée à aucune autre médication active (sels d'or, tuberculine, iode, etc...) sans gros inconvénients. Il n'en est pas de même des traitements purement locaux de la tuberculose, traitements qui consistent à supprimer les tissus mortifiés (abcès et séquestres) dont la présence est un obstacle à la réparation cherchée. On devra donc solliciter du chirurgien, et malgré son opposition bien naturelle, de larges débridements et des grattages ou résections complètes, tout comme s'il s'agissait de suppurations ordinaires. Aucune fistulisation ultérieure n'est à craindre avec l'allergine, combinée au traitement local : la réparation est certaine.

Ces craintes du chirurgien, j'ai dû maintes fois les combattre, et chaque fois l'événement m'a donné raison. Il me souvient notamment des appréhensions d'un de mes plus distingués collègues des Hôpitaux, qui, mis en face d'une synovite tuberculeuse suppurée de la gaine des péroniers, chez une fillette qu'il ne voulait pas opérer, me demanda de la traiter par l'allergine. Un pus mal lié remplissait la poche. Après deux injections, jugeant le débridement nécessaire, je demandai l'incision !... Haut-le-corps du chirurgien ! Sur mon insistance, on incise, et il s'écoule un pus transformé, bien lié, d'allure inflammatoire aiguë. Le tout se referme rapidement, à la grande surprise de l'opérateur, qui en face du succès, et de l'aspect nouveau de la suppuration, se prend à douter du diagnostic initial porté. Un cobaye devait plus tard dissiper tous les doutes.

Cette collaboration de l'allergine et du traitement local doit s'étendre également au traitement des tuberculoses cutanées ; il doit s'appliquer aussi au pneumothorax artificiel. Depuis que j'associe les deux méthodes, j'ai constaté une raréfaction consi-

13/15

dérable des épanchements pleuraux consécutifs à la collapsothérapie. Il existe là une ressource qu'apprécieront les phthisiologues adonnés à ce genre de traitement.

Ceci dit, il est sous-entendu que les malades traités par l'allergine (1) ne peuvent que bénéficier des mesures d'hygiène classique généralement opposées à la tuberculose. L'aération, le froid sec de la montagne, le repos et une bonne nourriture, l'usage de quelques rares préparations toniques à caractère surtout alimentaire, ne pourront que faciliter le rôle curateur de cette substance. Qu'on me pardonne ces notions banales dictées par le bon sens, mais il importait de les préciser, car le grand intervalle qui sépare les piqûres d'allergine est parfois une cause de démoralisation pour le malade, dont il faut savoir occuper les loisirs et les méditations.

Conclusions. — J'en ai fini avec le traitement de la tuberculose et avec la prépondérance qu'il convient d'accorder au rôle de l'allergine dans la lutte contre le bacille. J'ai, dans les pages qui précèdent, schématiquement délimité la séparation des pouvoirs dévolus au sérum et à l'allergine. Je pourrais m'étendre sur les raisons de ce dualisme, si mes publications antérieures ne l'avaient déjà fait (2) et si je ne redoutais la fatigue du lecteur, à l'affût d'un moyen thérapeutique nouveau et non d'une dissertation de pathologie générale. Qu'il retienne toutefois des règles précédentes, qu'à côté des cas types il en existe d'assez nombreux dont la classification est difficile. *Sérum* ou *allergine* ? La pathologie n'admet pas les compartiments. Tel ancien tuberculeux aux sommets antérieurement touchés, mais dont la tuberculose n'est qu'à peu près stabilisée, la voit se réveiller et s'étendre sous la forme d'une localisation congestive des bases. Le sommet réclamant de l'allergine, et la base, du sérum, le médecin nous écrit son embarras.

En pareille circonstance notre conseil est d'aller au plus pressé : il faut éteindre l'incendie. Le sérum, et spécialement le sérum par la voie rectale, qui n'est jamais offensive, est donc indiqué. L'allergine ne viendra que plus tard, à son heure, si le sérum n'a pas suffi, mais d'une façon générale, enfants : sérum ; adultes : allergine, est une formule à retenir.

(1) L'allergine n'étant pas dans le commerce, ceux de nos collègues qui désirent l'essayer devront s'adresser au Professeur A. JOUSSER qui s'efforcera, dans la mesure de ses moyens, de leur donner satisfaction.

(2) Les médications spécifiques de la tuberculose (*Presse médicale*, 14 mars 1923).

Parfois l'association des méthodes est bien plus complexe.

Il me souvient d'un malade observé avec le Docteur DEROIDE, de Calais, chez lequel le sérum put éteindre une pneumonie bacillaire hémoptoïque du sommet. Mais ce n'était qu'un demi-succès ; bientôt la radiologie nous montrait que derrière la gangue congestive se cachait une lésion ulcéreuse. Il fallut recourir au pneumothorax. Les bienfaits de ce dernier étant mal assurés, ce fut le tour de la cure d'altitude, aidée de l'allergine, d'intervenir ; en sorte que dans ce cas toutes les armes furent successivement employées pour réduire le bacille. Je dirai donc, et ce sera ma conclusion, que dans la lutte antituberculeuse nous ne devons négliger aucune méthode. Ici, comme toujours, soyons éclectiques et bannissons toute formule exclusive et rigide, toute idée de système. Il n'est pas de pire déformation de l'esprit.

15/15