Je pense que l'apport des leucocytes après l'introduction de la matière pulvérulente rend ce phénomène à peu près inévitable, mais la résorption l'emporte sur la production, et, finalement, la réaction du milieu venant à s'apaiser, la cicatrice cellulo-musculaire s'élabore, sans qu'il y ait eu abcès au sens clinique du mot. Il n'en est pas moins vrai qu'à un moment donné, il y a toujours eu suppuration, virtuelle, si l'on veut, mais histologiquement indiscutable, je n'en veux pour preuve que les gonflements, les menaces d'abcès, les apparences de phlegmons qui si souvent troublent le succès de nos injections les mieux faites. On sent qu'il faudra bien peu de chose pour amener la continuation du processus, et l'ulcération cutanée, qui est proprement la seule ligne de démarcation entre l'injection suivie d'abcès et celle qui ne suppure pas. Si cette limite n'est pas franchie, c'est vraisemblablement en raison des précautions d'asepsie que nous prenons constamment.

L'aboutissant ultime de l'injection est variable, j'ai montré dans une publication précédente, comment des foyers à contenu crémeux pouvaient s'organiser et simuler à s'y méprendre les vieux épanchements huileux consécutifs aux traumatismes, sur lesquels Morel-Lavallée le père, avait appelé l'attention. La paroi contenait, dans le cas que j'ai confié à l'éminent histologiste, M. Pilliet, une enveloppe extérieure formée par l'aponévrose amincie, une nappe de muscle strié uni au tissu conjonctif scléreux, une coque de bourgeons charnus, et enfin une couche de leucocytes plus ou moins altérés, adhérents aux bourgeons charnus, et constituant la vraie membrane pyogénique. Je ne présente du reste ce résultat qu'à titre d'exception, car, dans l'immense majorité des cas, les vieilles injections restent introuvables, ou se révèlent tout au plus par un petit capiton cellulaire.

La suppuration des injections de calomel, qui ne nous préoccupe plus en clinique, puisque nous sommes arrivés à la prévenir à coup sûr, n'en reste pas moins un problème