les mains de tous, le professeur Grasset (de Montpellier) a comblé cette lacune pour les questions de pathologie interne. Nous avons essayé de faire de même pour les question de pathologie externe.

Le professeur Grasset a bien voulu nous encourager dans cette voie, lorsque nous lui avons soumis notre projet. Il nous a permis de lui emprunter le plan général et presque le titre même de son ouvrage : nous aimons à l'en remercier cordialement.

Notre livre n'est donc pas un traité de thérapeutique chirurgicale; il n'a d'autre prétention que de servir de guide au praticien, lui indiquant la conduite à tenir, dans les cas les plus fréquents et lui rappelant les procédés usuels de la chirurgie courante.

Tenant compte de la réalité qui nous met en face de docteurs, la plupart éloignés des grandes villes ou insuffisamment outillés, nous avons dû reconnaître pour eux une aire de compétence et les inviter à en respecter les limites. Sous ces réserves, ils trouveront dans notre livre les indications de tous ordres, auxquelles il y aura lieu de satisfaire.

Il ne s'agit point ici d'une œuvre originale; les méthodes et les procédés indiqués dans ce volume sont ceux que nous ont appris nos maîtres et qui nous ont paru les meilleurs.

Conçu dans cet esprit essentiellement utilitaire et pratique, notre livre semble devoir répondre à un besoin.

Puisse-t-il avoir atteint le but que ses auteurs se sont proposé!

J. Braquehaye — G. de Rouville

CONSULTATIONS CHIRURGICALES

ABCÈS CHAUDS

Éléments étiologiques : Infection (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacterium coli, bacille d'Eberth...) ; voies de pénétration : effraction, progression le long des conduits naturels, embolisation (vaisseaux sanguins ou lymphatiques).

Signes cliniques : Douleur, chaleur, tuméfaction, rougeur; frissons, fièvre, céphalalgie, état gastrique... (période de formation du pus). Œdème, fluctuation plus ou moins nette (suivant le siège plus ou moins profond de l'abcès), coïncidant avec atténuation des phénomènes généraux (abcès collecté). Ouverture spontanée ou chirurgicale : pus crémeux, bien lié, plus rarement séreux, mal lié, bleu (bacille pyocyanique)... Cicatrisation rapide de la cavité par bourgeonnement.

I. — ABCÈS EN FORMATION.

Pansement humide : Envelopper la région enflammée de compresses chaudes de tarlatane bouillies, trempées dans la liqueur de van Swieten (sublimé au millième); recouvrir ces compresses d'une lame de taffetas gommé, par dessus laquelle on applique une épaisse couche de ouate; maintenir le tout par quelques tours de bande.

Balnéation prolongée chaude : Si la région s'y prête (extrémité des membres), préférer cette méthode à la précédente : employer à cet effet la solution phéniquée faible à 2 p. 100, la liqueur de van Swieten dédoublée ou l'eau boriquée à 4 p. 100; porter progressivement la température du bain à 45° et l'y maintenir.

Dans l'intervalle des bains, pansement humide.

II. — ABCÈS COLLECTÉ.

A. Évacuer le pus.

Anesthésie locale au chloréthyle ou générale au bromure d'éthyle.

1° Faire au bistouri une incision suffisante pour que l'évacuation du pus soit complète (après antisepsie) ;

2° Faire, s'il est nécessaire, des incisions multiples ;

Faire ces incisions parallèles à la direction des organes importants (gros vaisseaux, nerfs, tendons).

3° *Si l'abcès est profond* : Inciser méthodiquement, couche par couche.

4° *Si l'abcès siège dans une région dangereuse* (*cou, aine*, etc.) : Inciser d'abord la peau au bistouri ; effondrer ensuite, avec une sonde cannelée solide, les différents tissus jusqu'au pus ; puis dilater largement l'orifice, par où sort le pus, avec le dilatateur-gouttière de Tripier ou une pince introduite fermée et retirée ouverte.

B. Drainage et antisepsie du foyer. Pansement.

a. *Abcès petit, nettement circonscrit* : Nettoyer énergiquement sa cavité avec un tampon de gaze stérilisée, imbibée de la solution phéniquée forte à 5 p. 100 ;

Drainer avec une mince lamelle de gaz iodoformée ;

Pansement humide, légèrement compressif (I).

b. *Abcès volumineux à cavité anfractueuse* : Introduire l'index aseptique dans la cavité et l'unifier le mieux possible ;

Drainer avec un drain en caoutchouc de gros calibre, enfoncé jusqu'au fond de la poche et fixer le drain avec un crin de Florence aux bords de la plaie.

Pansement antiseptique humide comme I.

ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX

Éléments étiologiques : Bacille de Koch ; idiopathiques et symptomatiques (lésions osseuses, synoviales, articulaires, ganglionnaires) ; lymphatisme, misère physiologique ; hérédité !...

Signes cliniques : A. *Idiopathiques.* Tumeur sous-cutanée (le plus souvent), indolente, mobile (tuberculome) ; évolution chronique ; ramollissement (au bout d'un temps variable), fluctuation centrale, zone d'induration périphérique, amincissement et adhérence de la peau (avec ou sans phénomènes inflammatoires (rougeur, douleur) d'infection secondaire) ; perforation, évacuation (pus séreux, grisâtre, à flocons caséeux) ; ulcérations à bords irréguliers, décollés, violacés, à fond pulpeux, caséeux ; ou bien fistule (abcès froid profond) ; persistance indéfinie ou cicatrisation lente par bourgeonnement.

B. *Symptomatiques.* Mêmes symptômes et évolution ; signes concomitants des lésions d'origine.

I. — TUBERCULOME LIMITÉ, DUR, SANS TRACE DE CASÉIFICATION, OU CASÉIFICATION CENTRALE AU DÉBUT.

Circonscrire le tuberculome par une incision suffisamment distante des limites du tuberculome pour porter en plein tissu sain et l'extirper comme une tumeur.

Réunir par la suture les lèvres de la plaie.

II. — TUBERCULOME CASÉIFIÉ. — ABCÈS FROID PROPREMENT DIT.

Repos et compression pendant une huitaine de jours.

Si l'abcès reste stationnaire, ou surtout, s'il s'accroît, intervenir comme suit :

A. — Gomme suppurée de petit volume ou située dans une région aisément accessible.

Ouvrir la poche par une large incision, après antisepsie locale ;

Disséquer et enlever en totalité la membrane qui la limite;

Tenter la réunion.

Si la membrane pyogénique ne peut être enlevée en totalité : Excision partielle de cette membrane;

Curettage énergique de la partie restante;

Cautérisation avec le chlorure de zinc au 10e, la solution phéniquée à 5 p. 100 ou le thermocautère.

Ne pas réunir, ou tout au plus réunion partielle de la plaie (si elle est très étendue);

Tamponnement à la gaze iodoformée ou à la gaze imbibée de naphtol camphré;

Pansement légèrement compressif.

B. — Abcès froid, volumineux.

a. *Injections d'éther iodoformé à 1 p. 10, ou d'huile de gaïacol iodoformé à 5 p. 100.*

Technique : Ponctionner l'abcès, après antisepsie locale, dans la partie la plus déclive, avec la plus grosse aiguille de l'aspirateur Potain et évacuer le contenu de l'abcès.

Injecter par la canule, laissée en place, une quantité de la solution d'éther iodoformé ou d'huile de gaiacol iodoforme, au dixième, variable avec le volume de l'abcès (jamais plus de 100 grammes).

Oblitérer avec le doigt la canule et surveiller la distension de la poche.

Si la distension est trop forte, enlever le doigt qui bouche la canule (pas de distension avec l'huile de gaïacol iodoformé).

Retirer la canule d'un coup sec et oblitérer l'orifice des téguments avec du collodion iodoformé sur une légère couche d'ouate.

b. *En cas d'échecs successifs de cette méthode* (2 à 5 fois): *Intervention sanglante.*

Technique : (antisepsie) Incision large (unique ou multiple).

Excision aussi complète que possible de la paroi;

Grattage à la curette, de la cavité, si l'excision de la poche a été incomplète.

Cautérisation au chlorure de zinc au 10e, à la solution phéniquée forte, 5 p. 100 ou au thermocautère.

Drainage avec un ou plusieurs très gros drains en caoutchouc enchemisés de gaze iodoformée.

Pansement antiseptique.

Ultérieurement, faire par le ou les drains des injections modificatrices avec la teinture d'iode, le naphtol camphré ou la glycérine iodoformée.

Toucher de temps en temps la plaie bourgeonnante avec la solution d'acide phénique à 50 p. 1000.

Bien entendu, si l'abcès est symptomatique, joindre, si possible, au traitement de l'abcès, le traitement de la lésion causale (résections, curettage d'os, de fongosités tendineuses, etc.).

Ne pas négliger le traitement général (tuberculose), très important.

S'il n'est pas possible d'unifier suffisamment la poche : drainages multiples par les différentes contr'ouvertures jugées nécessaires et faites sur le doigt ou la sonde cannelée introduits dans la cavité de l'abcès.

Laver par les drains avec la solution phéniquée forte à 5 p. 100 ou la solution de chlorure de zinc à 1 p. 100;

Pansement humide.

ABCÈS PÉRI-ANO-RECTAUX ET FISTULES A L'ANUS

I. — ABCÈS ET FISTULES DE LA MARGE DE L'ANUS.

Éléments étiologiques : Hémorroïdes enflammées, tuberculose, malpropreté, transpiration, irritation et grattage (oxyures).

Signes cliniques : 1° Abcès tubéreux : Petits abcès indolents, très près de l'orifice anal, développés dans les glandes pilo-sébacées ; s'ouvrent et cicatrisent facilement, donnant rarement lieu à des fistules.

2° Abcès de la marge de l'anus proprement dits : Siègent dans le tissu cellulaire sous-cutanéo-muqueux. Signes des phlegmons ; douleurs vives empêchant la station assise ; défécation douloureuse ; rénitence, fluctuation. Après l'ouverture, fréquemment transformation en fistules.

3° Fistules : Borgne interne, borgne externe, complète. D'abord démangeaison et écoulement de pus par la fistule ; exploration au stylet ; toucher rectal. Crises inflammatoires à répétition (abcès) dues à l'oblitération de la fistule.

Chez les tuberculeux, aspect fongueux de l'orifice, bords décollés et déchiquetés.

A. — Abcès tubéreux.

Soins de propreté et antisepsie de l'anus ; incision au bistouri ; pansement sec antiseptique à la gaze iodoformée.

B. — Abcès de la marge proprement dits franchement inflammatoires.

1° Raser et aseptiser la région ; l'anesthésier au chloréthyle.

2° Inciser très largement, mettre à nu toute la cavité de l'abcès (ne pas laisser de parties décollées) ; tamponner la cavité à la gaze iodoformée.

3° Pansement : gaze iodoformée, ouate hydrophile, bandage en T.

4° Constiper le malade avec trois ou quatre pilules d'extrait thébaïque (d'un centigramme) par jour.

5° Soins de propreté fréquents et minutieux, surtout après chaque selle, jusqu'après cicatrisation complète.

C. — Abcès à marche subaiguë chez les tuberculeux.

Comme pour B, mais gratter à la curette la cavité de l'abcès et la cautériser avec un tampon de ouate imbibé de chlorure de zinc au 10e ou au thermocautère.

Anesthésie générale souvent utile.

D. — Fistule sous-cutanéo-muqueuse.

Incision ou excision de la fistule.

Technique : 1° Raser et aseptiser la région ; anesthésie générale ou locale (cocaïne, nirvanine). Le malade a été purgé la veille.

2° Introduire une sonde cannelée dans la fistule (compléter la fistule si elle est borgne).

3° Sur la sonde cannelée, inciser au thermocautère le pont cutanéo-muqueux et cautériser profondément le fond de la gouttière ainsi formée ;

Ou mieux : exciser, au bistouri ou aux ciseaux courbes, la totalité du trajet fistuleux embroché par la sonde cannelée.

4° Tamponner à fond la plaie à la gaze iodoformée ; entourer un gros drain (de 8 à 10 millimètres de diamètre) de gaze iodoformée et l'introduire dans l'anus.

Ouate, gaze iodoformée.

Laisser ce premier pansement en place quatre ou cinq jours. Pendant ce temps, constiper le malade (trois fois par jour une pilule avec 2 centigrammes d'extrait thébaïque) et prescrire un cachet avec 50 centigrammes de naphtol β.

Surveiller avec soin la cicatrisation qui doit se faire par la profondeur.

Purger le malade vers le sixième jour et lui permettre de se lever vers le dixième jour.

Si le fond de la plaie prend un aspect blafard et si la cicatrisation s'arrête, crayonner avec le nitrate d'argent.

II. — ABCÈS ET FISTULES DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE.

Éléments étiologiques : Comme A. En plus : rectite chronique ; rétrécissements du rectum ; inflammations périprostatiques.

Signes cliniques : Douleurs dans le périnée ; difficulté de la défécation, dysurie, phénomènes généraux ; toucher rectal ; tuméfaction large occupant une moitié du périnée ; œdème, peau tendue, violacée. A l'ouverture, élimination d'une grande quantité de pus fétide. Parfois tendance gangréneuse du foyer enflammé (forme très grave) envahissant l'espace pelvi-rectal supérieur à travers le releveur. Ouverture dans le rectum, etc.

Fistules : comme pour A, mais leur orifice est plus éloigné de l'anus (4-6 centimètres) et le stylet introduit passe en dehors du sphincter.

A. — Abcès ischio-rectal.

Le plus tôt possible, inciser l'abcès, sans attendre les signes de suppuration superficielle.

Technique : Préparation du malade : raser l'anus ; antisepsie. Anesthésie générale. Le malade est placé sur le dos, le siège au bord d'une table, les cuisses relevées, écartées et soutenues chacune par un aide ou par des appuie-jambes (position dite de la taille).

Instruments : Bistouri, curette, thermocautère.

Incision longue (6-9 centimètres), parallèle au raphé périnéal ; bien mettre à jour la cavité de l'abcès. Débrider les prolongements (vers le périnée, vers l'espace pelvi-rectal supérieur, etc.), sans intéresser la paroi rectale, afin de ménager le sphincter.

S'il y a lieu, curettage et thermocautérisation des parois de l'abcès (surtout dans les abcès tuberculeux).

Pansement : Tamponner lâchement la plaie à la gaze iodoformée et surveiller la cicatrisation qui doit se faire par la profondeur.

Constiper le malade dans l'intervalle des pansements (1 pilule avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque par jour) et, le jour du pansement, lavement laxatif.

B. — Abcès gangréneux.

Comme I, mais larges débridements et cautérisation profonde au thermocautère dans les régions voisines.

Larges irrigations au permanganate ou à l'eau oxygénée.

Drainage (gros drain enrobé de gaze iodoformée). Pansement humide.

C. — Fistules de l'espace ischio-rectal, simples.

Excision du trajet et suture.

Technique : Préparation du malade : Huit jours avant l'opération, purger le malade et, en plus, lui faire prendre chaque jour un cachet avec 50 centigrammes de naphtol β ;

Le purger de nouveau l'avant-veille de l'opération et le mettre dès lors au lait. Continuer le naphtol.

La veille au soir, lavement boriqué et pilule avec extrait thébaïque : 5 centigrammes.

Nouveau lavement boriqué le matin de l'opération.

Position de la taille ; raser l'anus ; antisepsie de la région ; anesthésie générale.

Instruments : Deux pinces de Kocher (ou pinces à griffes ou à verroux), bistouri, ciseaux courbes, forte sonde cannelée, quatre pinces hémostatiques, pince à griffes, aiguilles courbes à suture (de Reverdin ou de Hagedorn), catgut n° 1.

1° Introduire la sonde cannelée dans l'orifice externe de la fistule et la faire pénétrer dans le rectum par l'orifice interne (en perforant la muqueuse si la fistule est borgne externe). Mettre l'index gauche dans le rectum, saisir l'extrémité rectale de la sonde et la ramener au dehors.

2° Inciser au bistouri les parties molles, couche par couche, jusqu'au tissu fibreux qui entoure le trajet fistuleux (sans l'ouvrir).

3° Dissection aux ciseaux courbes du trajet fistuleux (embroché par la sonde cannelée) qui est extirpé complètement, sans avoir été ouvert. Lorsqu'on coupe la muqueuse rectale, au niveau de l'orifice profond de la fistule, on la jalonne avec deux pinces de Kocher pour l'empêcher de remonter.

4° Le trajet excisé, suture au catgut de la brèche ainsi faite (points séparés) : l'aiguille, entrée d'un côté, devra sortir de l'autre, en dépassant dans son trajet les tissus cruentés, afin d'amener un adossement parfait. Commencer par les points supérieurs, dont on laissera les fils longs (comme points d'appui) jusqu'à la fin de la suture.

Pansement : Drain de 8 à 10 millimètres de diamètre entouré de gaze iodoformée, introduit dans le rectum. Pour les soins consécutifs, comme A, IV, 4.

Purger le malade au huitième jour et laisser le premier pansement jusque-là, si tout va bien. Séjour au lit : quinze jours.

D. — Fistules multiples.

Traiter comme A la fistule principale, mais ne pas suturer.

Faire aboutir, dans l'incision ainsi formée, les autres trajets qu'on ouvrira comme A, IV.

E. — Fistules chez les tuberculeux.

Si les lésions pulmonaires sont très avancées, aucun traitement actif, mais soins de propreté.

Dans le cas contraire, traitement chirurgical et y ajouter le traitement général de la tuberculose.

III. — ABCÈS ET FISTULES DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR.

Éléments étiologiques : 1° Abcès antérieurs : affections génito-urinaires (prostatites et péri-prostatites, lésions des vésicules séminales, de la vessie, etc.).

2° Abcès postéro-latéraux : Rectite chronique, corps étrangers, opérations chirurgicales, nécrose (sacrum, coccyx).

Signes cliniques : Phénomènes généraux ; garde-robes éloignées et douloureuses ; dysurie et même rétention d'urine. Par le toucher rectal : empâtement, douleur. L'ouverture se fait soit vers le rectum, soit à l'extérieur à 5 ou 6 centimètres de l'anus (fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur).

A. — Abcès d'origine génito-urinaire.

Faire l'incision de la taille prérectale et aller à la recherche du pus par cette voie, sans ouvrir le rectum.

B. — Abcès d'origine rectale.

Faire l'incision médiane postérieure, de l'anus au coccyx, sans intéresser les parois rectales. Sectionner le releveur et établir un bon drainage.

C. — Abcès ostéopathiques.

Après l'incision, comme B, traiter, si possible, la lésion osseuse d'origine.

D. — Fistules.

Comme B, mais y joindre le grattage, la cautérisation.

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES

Éléments étiologiques : Pyélonéphrites blennorragique, calculeuse, tuberculeuse, etc. ; contusions et plaies du rein ; cholécystite, perforation du côlon...

Infections générales (fièvres typhoïde, puerpérale, etc.).

Homme adulte surtout.

Signes cliniques : Début par des phénomènes généraux (fièvre, état gastrique, coustipation, etc.) ou par une douleur localisée par la pression au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, entre la douzième côte et la crête iliaque, accrue par les mouvements, la toux, le palper bi-manuel.

Période d'état : Douleur, tuméfaction, état général plus ou moins sérieux.

Terminaison : Suppuration (œdème, rougeur de la peau de la région lombaire) et ouvertures diverses (région lombaire, triangle de J.-L. Petit, plèvre, poumon, côlon, aine, ombilic, péritoine, etc.).

I. — Tout à fait au début.

Repos au lit ; grands bains chauds prolongés ; révulsion sur la région lombaire (teinture d'iode, ventouses scarifiées).

II. — Dès qu'il y a du pus.

(En cas de doute, ponction exploratrice avec l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain.)

Incision précoce par la voie lombaire.

Technique : Instruments : bistouri, ciseaux, sonde cannelée, six pinces à forcipressure, un très gros drain.

Position du malade : Sur le côté sain, légèrement incliné sur le ventre ; afin de faire saillir la région malade, placer un coussin sous le flanc du côté sain.

Antisepsie et préparation du champ opératoire. Anesthésie générale.

Repères à reconnaître : La ligne des apophyses épineuses ; la 12e côte (si elle est longue) ; la crête iliaque ; le bord externe de la masse sacro-lombaire.

Commencer l'incision sur la 11e côte, à quatre travers de

doigt de la ligne des apophyses épineuses, c'est-à-dire immédiatement en dehors du bord externe de la masse sacro-lombaire; faire une incision verticale de 6 centimètres, parallèle à ce bord et la recourber ensuite vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Couper la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle, les muscles grand oblique et grand dorsal, le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse, le petit oblique, le transverse. Dès lors, à la sonde cannelée, se diriger vers le rein, en passant en dehors du carré des lombes, ou à travers lui, s'il est large.

Le pus s'écoule: agrandir l'incision aux ciseaux et, avec le doigt dans la poche de l'abcès, crever les poches secondaires, s'il y a lieu; unifier le foyer. En même temps, explorer le rein refoulé par la main d'un aide placée sur l'abdomen.

Faire un grand lavage de la poche à l'eau bouillie; placer deux gros drains en canons de fusil dans la cavité suppurée; fixer ces drains par un fil à la paroi.

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée; ouate, bandage de corps avec sous-cuisses.

Laisser les drains en place jusqu'à ce qu'ils soient expulsés par la cicatrisation profonde; en diminuer la longueur au fur et à mesure que la cicatrisation s'opère.

ABCÈS AIGUS DU SEIN

Éléments étiologiques : Infection (staphylocoques, streptocoques) par voie canaliculaire (galactophorite), par voie lymphatique (angioleucite), greffée sur état congestif de la mamelle (puerpéralité, puberté...); fissures, gerçures, crevasses du mamelon et de l'aréole.

Inoculation par l'enfant (ophtalmie purulente, salive...), accoucheur, sage-femme, etc. (mains, objets de toilette septiques...).

Signes cliniques : Frissons, fièvre 38°,5-39° (huitième au quinzième jour après l'accouchement); pesanteur, tension du sein, douleurs de plus en plus vives; gonflement et asymétrie de la mamelle; noyaux durs (uniques ou multiples) intra-mammaires, très sensibles, sans adhérences à la peau; rénitence, fluctuation; foyers souvent multiples (d'emblée ou successifs) : ouvertures successives à la peau (fistules cutanées multiples). Abcès en bouton de chemise (foyers parenchymateux et sous-cutanés). Abcès rétro-mammaires. Destruction totale ou partielle de la glande; déviation, déformation persistante du mamelon...

I. — SUPPURATION LIMITÉE AUX CONDUITS GALACTOPHORES (GALACTOPHORITE SUPPURÉE).

Évacuer le pus par l'expression du sein.

Technique : Laver le sein à l'eau boriquée à 4 p. 100 : « Appliquer sur le sein le pouce et l'index (aseptiques) près de la circonférence de l'aréole; appuyer d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes; puis, tout en continuant à presser, rapprocher les doigts d'arrière en avant jusqu'à la pointe du mamelon. »

Évacuer complètement le pus, à chaque séance.

Recommencer la manœuvre deux fois par jour, si c'est nécessaire.

Continuer le traitement jusqu'à disparition de la sécrétion purulente (deux ou trois jours en moyenne).

Après chaque séance, lavage du mamelon à l'eau boriquée (4 p. 100) et pansement ouaté compressif.

II. — ABCÈS NETTEMENT COLLECTÉ, UNIQUE.

Évacuer le pus par une large incision (antisepsie des mains, de la peau du sein) : faire, au point déclive, une incision radiée suivant une ligne partant de l'aréole et se dirigeant vers la circonférence du sein.

Nettoyer la cavité avec un tampon imbibé de la solution phéniquée forte (5 p. 100).

Conduire jusqu'au fond de la poche un large drain et l'y fixer à l'aide de lanières de gaze iodoformée ou salolée, introduites dans la cavité de l'abcès.

Pansement ouaté légèrement compressif.

III. — ABCÈS NETTEMENT COLLECTÉS, MULTIPLES ET DISTANTS LES UNS DES AUTRES.

Agir pour chaque abcès, isolément, comme pour II.

IV. — ABCÈS MULTIPLES, CONTIGUS.

Incision large comme pour II. Avec le doigt ou la sonde cannelée, effondrer les cloisons qui séparent les foyers purulents, unifier le mieux possible la cavité suppurante.

Drainer largement avec de gros drains assurant une évacuation parfaite et ressortant par des contr'ouvertures pratiquées aux points cardinaux de l'abcès.

Pansement : Gaze iodoformée, ouate, bande de flanelle.

Faire par les drains, à chaque pansement, de larges irrigations avec la solution phéniquée à 3 p. 100.

Raccourcir et supprimer les drains, le plus rapidement possible.

V. — ABCÈS EN BOUTON DE CHEMISE.

Pratiquer, près du mamelon, une incision juste suffisante pour livrer passage à l'index.

Aller avec l'index à la recherche du pus et enfoncer le doigt jusqu'au sillon thoraco-mammaire.

Faire une contr'ouverture au niveau de ce sillon.

Nettoyer soigneusement la cavité purulente et introduire un gros drain par l'orifice inférieur.

Suturer l'incision supérieure.

Pansement et soins consécutifs comme pour II.

VI. — ABCÈS MULTIPLES OUVERTS ET FISTULES INTARISSABLES.

Après échec des injections modificatrices, des cautérisations, du curettage (teinture d'iode pure, nitrate d'argent 1 p. 50) : Recourir à l'*évidement méthodique du sein de Bœckel* :

Technique : Circonscrire les fistules par une incision elliptique.

Disséquer rapidement les deux lèvres de la plaie.

Extirper avec les pinces et le bistouri toutes les parties malades, en allant, au besoin, jusque sur les côtes.

Désinfecter au sublimé.

Réunir la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles, sans drainage.

Pansement ouato-iodoformé laissé huit jours en place.