

leurs, les auteurs qui ont le plus récemment écrit sur la matière ont été amenés à distinguer deux sortes d'inflammations : l'une *réparatrice* ou *constructive*, l'autre *destructive* ayant pour dernier terme l'ulcération, la suppuration ou la gangrène. Un traumatisme simple à l'abri de l'air, chez un sujet sain, réalise les conditions nécessaires à l'évolution normale du processus réparateur qui aboutit à une soudure, à une cicatrice, en un mot à la production d'un tissu organisé. Ce travail a besoin pour s'effectuer des diverses modifications physiologiques et histologiques étudiées par les écoles française et allemande. A l'exception des inflammations de quelques tissus essentiellement simples dans leur structure, on retrouve constamment l'exsudation, la prolifération cellulaire et la diapédèse de COHNHEIM. Les leucocytes, malgré leur affluence, ne forment pas de pus et la suppuration ne peut exister, parce qu'il n'y a là que des éléments vivants en pleine évolution histologique.

Tout autre est la marche du processus dans la suppuration. Qu'un agent irritant pyogène (et tout nous porte à croire qu'il s'agit ici de parasites) intervienne dans ce processus ou agisse primitivement sur un organe, les leucocytes émigrés des vaisseaux par diapédèse ainsi que les cellules proliférées sont envahis et perdent leur vitalité. Leurs cadavres accumulés, mêlés à l'exsudat constituent le pus ordinaire; ce qui n'était qu'une perturbation du processus réparateur, lorsqu'il s'agissait d'un traumatisme, devient une véritable maladie lorsque les mêmes agents pénètrent dans l'organisme en dehors de toute solution de continuité des téguments.

D'ailleurs ce serait une erreur de croire que la suppuration ait seule le privilège de détruire les tissus; certains agents atteignent le même résultat d'une autre façon, qui a été bien étudiée par WEIGERT sous le nom de *nécrose de coagulation*. On savait depuis longtemps qu'il existe dans les conditions pathologiques les plus variées, des portions de tissus privées de vie, décolorées, amorphes, ne contenant plus aucun élément anatomique, en un mot ressemblant à de la fibrine coagulée. Avant d'arriver à cet état, les éléments subissent diverses transformations; le premier phénomène est la disparition du noyau des cellules dont le protoplasma devient vitreux. Plus tard ces cellules se fragmentent, s'accroissent aux voisines, de façon à produire une masse réfringente ou des blocs amorphes. Ainsi se trouve constitué un reticulum fibreux, très commun à la surface des ulcères, dans la diphtérie, la tuberculose, les néoplasmes, etc. WEIGERT a été amené à conclure que cette nécrose *in vivo*, quel'on trouve également dans les infarctus ischémiques, est un phénomène comparable à la coagulation de la fibrine du sang, c'est-à-dire à la précipitation de la substance fibrinogène du sérum au contact d'un ferment contenu dans les cellules nécrosées.

Ces notions étaient nécessaires pour bien faire comprendre au lecteur que, dans l'état actuel de la science, il est encore impossible de donner une définition satisfaisante de l'inflammation. Les uns veulent réserver ce nom au processus physiologique réparateur; d'autres, plus nombreux, pensent qu'il doit être appliqué uniquement aux complications de ce travail et en particulier à la suppuration.

## CHAPITRE II

## ABCÈS CHAUDS OU PHLEGMONEUX

- Bibliographie.** — VIDAL DE CASSIS, *De la fluctuation*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — VELPEAU, *Clin. chirurg.*, 1841, t. III, p. 371. — LISFRANC, *Méd. opér.*, *Ouverture des abcès*, 1845. — BOINET, *Iodothérapie*, p. 476, 1855. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration et du drainage*, 1859. — COSMAO-DUMONEZ, *Injections iodées*, in *Bull. de thérap.*, 1862, t. LXII, p. 345. — Article ABCÈS des *Dictionnaires de médecine*. — JOSEPH H.-G., *Lister's Antisept. Behandlung der Abcesse*, Leipsig, 1867. — BÖHM, *Über Prof. List. Meth. der Behandlung von Abcession*, in *Wien. Med. Wochens.*, 1869. — ROSER W., *Zur Kritik der Listerschen Abcess. Behandlung*, in *Arch. d. Heilk.* Leips., 1869, t. X, p. 165-171. — DUCKWORTH, *St. Barth. Hosp. Reports*, 1874. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Même sujet*, in *Chirurgie antiseptique*. — HOUZÉ DE L'AULNOIT, *Du traitement par l'eau salée*, in *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1878. — ASSAKY, *Températ. des abcès chauds*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1881. — RICHELLOT, *Abcès et pansement de Lister* (*Union méd.*, février 1882). — BEGEHOLD, *Ulcération des gros troncs vasculaires dans les abcès*, in *Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre 1881. — *Même sujet*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, HUMBERT, TH. ANGER, p. 638-644. — MONOD, p. 666-737, t. VIII, 1882. — HOWARD MARSH, *Abcès, etc.*, *Encycl. chir.*, t. II, 1883.
- Micro-organismes dans les abcès.* — A. POULET, *Gaz. hebd.*, 1875. — NEPVEU, *Soc. de biologie*, 1875. — PASTEUR, *Théorie des germes, etc.*, in *Acad. de méd.*, 1878. — OGSTON, *Report upon Micro-organ.*, etc., in *The British Med. Journ.*, 1881. — USKOFF, *Virchow's Arch.*, 1881. — COUNCILMAN, *Zur Ätiologie der Eiterung*, *eod. loc.*, 1883. — I. STRAUSS, *Soc. de biol.*, 1883, C. R., p. 651. — CORNIL, *eod. loc.*, p. 673, et *Arch. de Physiol.*, p. 317, 1884.
- Thèses de Paris. — 1805, DUPUY. — 1807, PORET. — 1815, JACQUIER. — 1821, MONSSEAUX. — 1840, KELLEY. — 1843, CONTE. — 1845, LALLART. — 1846, ESTEVAO. — 1859, PINEAU. — 1860, MARIOTTE. — 1876, HERPIN. — 1880, CHAMEROY. — 1881, BLANC. — 1882, PICHANCOURT, SARTRE.

**Définition.** — Sous le nom d'abcès, on désigne une collection de pus dans une cavité accidentelle (FOLLIN). Cette définition différencie nettement l'abcès des autres collections purulentes qui pourraient envahir les cavités naturelles (séreuses, sinus, etc.). Nous pouvons en déduire aussi que tout abcès présentera à étudier un contenant et un contenu.

**Division.** — Récemment encore les classiques divisaient les abcès en quatre groupes : 1° abcès chauds; 2° abcès froids; 3° abcès par congestion ou ossifluents; 4° abcès métastatiques. Or, dans ces dernières années, les travaux de VOLKMANN, KÖNIG, les recherches de JOSIAS, BRISAUD, LANNELONGUE et de KIENER ont prouvé que l'abcès, dit froid, était une lésion tuberculeuse du tissu cellulaire. Le terme d'abcès froid doit donc être abandonné et remplacé par celui d'*abcès tuberculeux du tissu cellulaire*.

Les travaux récents nous ont encore appris que les abcès ossifluents ont aussi pour point de départ une lésion tuberculeuse du squelette : il nous semble donc rationnel de n'admettre plus que deux classes d'abcès :

- 1° Abcès chauds ou phlegmoneux ;
- 2° Abcès tuberculeux ; nous renverrons leur description aux maladies des tissus cellulaire et osseux.

Restent les abcès métastatiques qui ne sauraient être séparés de l'infection purulente.

**Étiologie.** — Les abcès qui se développent rapidement après une inflammation aiguë sont toujours *symptomatiques*. En interrogeant attentivement le malade, on trouve facilement d'ordinaire la cause de la suppuration.

Ces abcès peuvent succéder à une maladie grave (fièvre typhoïde, variole) ; on les désigne alors sous le nom d'*abcès critiques*. Le plus souvent leur origine se rattache à une lésion extérieure : contusions, traumatismes divers, introduction de corps étrangers solides ou liquides dans l'intérieur de nos tissus, ou bien ils compliquent une inflammation de voisinage (abcès péri-urétraux de la blennorrhagie, abcès péri-articulaires des arthrites). Ce sont ces abcès que GERDY désignait sous le nom d'*abcès circonvoisins*.

La cause occasionnelle peut être très éloignée du point où l'abcès se développe ; telles sont, par exemple, les adénites et péri-adénites de l'aisselle et de l'aîne, consécutives aux lésions des extrémités : la propagation de l'inflammation s'est faite dans ce cas par les lymphatiques.

**Siège.** — Les abcès chauds se développent dans les plans superficiels et profonds ; ils se montrent de préférence dans le tissu cellulaire sous-cutané et les espaces inter-musculaires ; certaines régions abondamment fournies de tissu cellulaire (aisselle, creux poplité, fosse ischio-rectale), y sont particulièrement sujettes. Ces collections sont, au contraire, rares dans les viscères et les centres nerveux.

**Anatomie pathologique.** — A. *Parois et formation de la cavité.* — Nous avons déjà étudié la série des phénomènes qui caractérisent l'inflammation, et démontré qu'à un moment donné il se faisait une exsudation de lymphe plastique et une néoformation de jeunes cellules, période d'induration de l'abcès ; peu à peu, au lieu de s'organiser pour arriver à constituer un tissu normal, ces éléments se mortifient, et leurs débris vont former le pus. En se collectant, ce liquide refoule les parties périphériques, au milieu desquelles il se creuse une cavité. Cet abcès ne présente pas de paroi propre, les tissus à l'entour sont infiltrés de jeunes éléments ; plus tard, lorsque les parties mortifiées auront été éliminées, se développeront des bourgeons charnus.

Le foyer purulent constitue en général une cavité unique, traversée par des organes, vaisseaux ou nerfs, qui ont échappé à la destruction.

B. *Contenu de la cavité.* — Le contenu de la cavité est un liquide onctueux, jaunâtre et crémeux : pus louable ou de bonne nature des anciens. Les expériences récentes de OGSTON, USROFF, COUNCILMAN, I. STRAUSS, CORNIL ont démontré que le pus de tous les abcès aigus contenait une série d'organismes inférieurs. Ces micro-organismes sont loin d'avoir tous la même dimension, la même forme et la même disposition. « On trouve d'abord des chaînettes com-

posées de quatre à vingt ou même trente micrococci. Ceux-ci sont tantôt isolés, tantôt réunis deux par deux dans une même chaînette, de telle sorte que leur série linéaire présente d'abord trois, quatre ou un plus grand nombre de micrococci ronds, puis un ou plusieurs diplo-cocci, puis de nouveaux microbes isolés... Les chaînettes sont tantôt presque rectilignes ou légèrement infléchies, tantôt coudées en crosse ou en S ; quelquefois on voit plusieurs chaînettes réunies et qui se croisent, ou qui forment un petit amas » (CORNIL).

Grâce aux recherches de I. STRAUSS, nous savons aujourd'hui que ces organismes inférieurs sont la cause *sine quâ non* de la production du pus ; les substances considérées comme irritantes, telles que l'essence de térébenthine, l'huile de croton, etc., ne suffisent pas, à elles seules, pour provoquer la suppuration ; ces corps peuvent être *phlogogènes* mais non *pyogènes*. Pour qu'il y ait suppuration vraie, il faut l'intervention d'organismes inférieurs, ces organismes se rencontrent dans le pus de tous les abcès, quelle qu'en soit la cause. S'il est facile de comprendre leur présence lorsqu'un traumatisme extérieur avec solution de continuité des téguments a ouvert une porte d'entrée, il n'en est plus de même lorsque le foyer n'a jamais eu de communication avec l'air ambiant (abcès de la convalescence des fièvres graves, abcès consécutifs à une contusion sans solution de continuité des téguments). « Pour expliquer la production des bactéries dans le pus, dans ces derniers faits, on pourrait supposer que les microbes de la suppuration existent normalement en petit nombre dans les liquides de l'économie, qu'ils sont sans action nocive sur les tissus normaux, mais qu'ils se multiplient et déterminent la suppuration lorsque les tissus mortifiés ou lésés ne leur opposent plus une résistance suffisante » (CORNIL). Cette hypothèse, très séduisante, aurait besoin d'être appuyée sur des faits.

Indépendamment des bactéries, le contenu des abcès examiné au microscope présente encore, d'après CORNIL et RANVIER :

- 1° Des cellules rondes, entièrement semblables aux globules du sang, ne contenant qu'un noyau.
- 2° Des cellules de même diamètre contenant plusieurs petits noyaux.
- 3° Des cellules semblables, offrant des granulations graisseuses en plus ou moins grande abondance.
- 4° De grandes cellules, mesurant deux  $\mu$  en moyenne et renfermant des granulations graisseuses, corpuscules granuleux de GLÜGE.
- 5° Des globules rouges entiers ou fragmentés.

L'odeur du pus, fade et douceâtre d'ordinaire, devient dans certaines circonstances aigre ou ammoniacale, parfois même repoussante. Ces abcès fétides siègent habituellement au voisinage d'une cavité naturelle ; on attribue leur formation à la transsudation des gaz normalement contenus dans cette cavité ; l'un de nous, dès 1875 (*Gaz. hebdom.*), signalait la présence dans ces abcès, de quantités considérables d'organismes inférieurs ; c'est probablement un micrococcus qui occasionne cette odeur désagréable. Ces sortes de collections se rencontrent fréquemment sur des sujets surmenés ou en puissance de tares organiques.

C. *Lésions de voisinage.* — Le propre de l'inflammation, d'une façon générale,

est de ramener certains tissus, en particulier le tissu connectif, à l'état embryonnaire, et d'en déterminer la prolifération; cette prolifération anormale devient fort utile dans un certain nombre de cas. C'est grâce à sa production que l'on voit le feuillet externe d'une séreuse en contact avec un abcès s'épaissir et opposer au pus une barrière infranchissable.

**Symptômes.** — 1° *Abcès superficiels.* — Une douleur vive, limitée à un point fixe, augmentant par la pression et les mouvements, tel est le premier symptôme qui annonce la formation d'un abcès du tissu cellulaire. Bientôt, au niveau du point qui va être envahi, se montre une plaque rouge qui se développe rapidement. Le malade accuse des battements dans la région, qui devient le siège d'une chaleur âcre et mordicante. Douleur, chaleur, rougeur vont en augmentant, en même temps la partie se tuméfié, s'acumine; les téguments, d'un rouge foncé, sont tendus et luisants, à la palpation la tumeur est dure et résistante, la main appliquée à sa surface constate l'existence de battements.

Presque nuls au début, bornés à un léger état saburral et à quelques frissons, les symptômes généraux apparaissent bientôt. La fièvre est plus ou moins intense suivant l'étendue de l'abcès, puis du quatrième au septième jour surviennent une série de petits frissons; les symptômes locaux semblent immédiatement s'amender. La douleur devient moins vive, moins pongitive, la rougeur moins accentuée, les tissus sont plus souples, les phénomènes généraux subissent une détente; le pus est alors formé, à la palpation la tumeur est fluctuante, nous reviendrons sur ce phénomène.

2° *Abcès profonds.* — Bien différents sont les caractères des abcès profonds, leur marche est souvent des plus insidieuses. Douleurs sourdes, profondes, limitées en un point, gêne des fonctions du membre, tels sont au début les symptômes locaux. Leur apparition s'annonce dans certains cas par des phénomènes généraux très graves. Le sujet en pleine santé est pris de frissons avec vomissements; dès le soir, la température atteint déjà 39° et 40°; l'intensité des douleurs augmente très rapidement, la région tout entière devient chaude et indurée. Les symptômes généraux, beaucoup plus accusés que dans le cas précédent, dominent entièrement la scène et acquièrent un haut degré de gravité. Au bout de quelques jours dans la région malade se développe une rougeur diffuse, avec empatement œdémateux; à ce moment les phénomènes généraux s'amendent, le pus est collecté.

**Diagnostic.** — C'est sur la sensation de *fluctuation* que l'on se base pour affirmer l'existence d'un liquide dans une tumeur, et dans le cas actuel la présence de pus dans un abcès. En quoi consiste ce symptôme? « C'est, disent les auteurs du *Compendium*, une sensation que fait naître le toucher exercé sur une collection de liquide, par les mains appliquées chacune sur un point différent de la tumeur. »

Dans les grandes collections liquides superficielles, si l'on applique la main gauche sur un des côtés de la tumeur et que l'on frappe du côté opposé avec la droite, la main gauche, soulevée, éprouve un choc spécial : *sensation de flot*. Dans les abcès, pour percevoir la fluctuation, un peu plus d'attention est nécessaire; on procède d'ordinaire de la façon suivante : la pulpe des doigts d'une main, la gauche par exemple, est appliquée sur un des côtés de la collec-

tion, les doigts de la main droite sont placés du côté opposé; alors, en pressant alternativement avec chaque main, on éprouve une sensation particulière; les doigts dans le point opposé à celui où l'on a pressé sont doucement et progressivement soulevés; en recommençant alternativement les mêmes manœuvres, l'observateur arrive à bien s'assurer de l'exactitude de la sensation.

La fluctuation est un phénomène souvent trompeur, les cas abondent où les chirurgiens du plus grand mérite ont, sur ce symptôme, commis des erreurs graves. En effet, pour peu que la collection soit profonde, la fluctuation devient assez difficile à reconnaître, et, de plus, plusieurs circonstances peuvent amener une sensation particulière : la *fausse fluctuation*. — Les masses musculaires, par exemple, donnent très facilement cette impression dans le sens de leurs fibres; si donc l'abcès siège dans l'épaisseur d'un membre sous les masses musculaires, il faudra redoubler de soins et rechercher alternativement la fluctuation et dans le sens même de la fibre musculaire, et dans un sens perpendiculaire à cette direction. Dans le cas d'abcès profond, lorsque le pus est bridé sous de fortes aponévroses, il existe une autre série de symptômes pour arriver au diagnostic. La palpation simple permet de constater une tension profonde; de plus, souvent existe un œdème du tissu cellulaire sous-cutané; la présence de cet empatement œdémateux sera un des meilleurs signes de la suppuration. La sensation de fluctuation n'est pas toujours facile à obtenir, ce n'est plus par les moyens précédemment indiqués que l'on arrivera à en constater la présence; il faut agir sur de très larges surfaces, avec la face palmaire de la main gauche, amasser le plus possible la tumeur, puis avec la pulpe des doigts de la main droite presser lentement, doucement; la collection étant serrée, le liquide refoulé reviendra sur lui-même, soulevant la main qui le presse : *choc en retour*. — L'erreur est facile dans ce cas, et pour l'éviter il faudra toujours répéter ces manœuvres en divers sens. La pression exercée sur le point le plus acuminé de la tumeur détermine parfois l'apparition d'une douleur excessivement vive, analogue à la sensation que produirait un clou enfoncé dans les tissus; parfaitement limitée en un point, cette douleur est aussi un symptôme de l'existence du pus.

Les recherches les mieux dirigées peuvent être insuffisantes pour permettre d'affirmer le diagnostic; dès lors il reste une ressource, la *ponction exploratrice*. Elle sera faite soit avec un bistouri à lame longue et étroite, soit avec le trocart simple et mieux avec les appareils d'aspiration.

**Marche et pronostic.** — Abandonnés à eux-mêmes, les abcès superficiels ont une tendance marquée à s'ouvrir à l'extérieur. La tumeur s'acumine, un travail d'ulcération détruit les tissus superficiels sur une étendue plus ou moins grande, et le pus s'écoule au dehors. Suivant le traitement mis en usage, la suppuration a une durée variable, puis les parois de la poche se tapissent de bourgeons charnus, peu à peu la cicatrisation se fait par deuxième intention. Le pus des abcès profonds rencontre des difficultés bien plus grandes à se porter à l'extérieur, les aponévroses lui opposant une résistance considérable. De là souvent des décollements très vastes, le pus fusant dans les interstices cellulaires va se faire jour loin du foyer; ainsi se forment plus tard des trajets fistuleux dont on obtient difficilement la cicatrisation. Dans

d'autres cas, l'aponévrose finit par céder en un point, le pus arrive dans le tissu cellulaire sous-cutané; il existe alors deux collections, l'une superficielle, l'autre profonde, communiquant entre elles par un orifice étroit (*abcès en bouton de chemise* de VELPEAU). Enfin, malgré le travail adhésif dont nous avons parlé, l'abcès s'ouvre parfois dans une cavité naturelle produisant, suivant les circonstances, des accidents divers.

Ces quelques données, jointes à ce que nous avons dit des symptômes généraux, suffisent pour établir la gravité plus grande des abcès profonds.

**Traitement.** — Le traitement abortif n'est plus en usage de nos jours, malgré quelques succès dus à l'emploi du vésicatoire (VELPEAU) ou à la compression. Dans ces derniers temps, toutefois, VERNEUIL a signalé de remarquables résultats en ce genre, obtenus en dirigeant sur la région malade la pulvérisation phéniquée (*Spray*) pendant des heures entières. En général, dans le cours de la période inflammatoire, on doit s'efforcer de calmer la douleur et favoriser la production de la collection. Les moyens les plus employés sont les émoullients, bains locaux et cataplasmes; on peut, afin de diminuer la souffrance, faire sur la région malade, avant l'application du cataplasme, de vastes embrocations de pommade belladonnée, ou bien encore arroser le cataplasme de laudanum ou de toute autre préparation opiacée.

L'existence du pus étant reconnue, il faut lui donner issue aussi promptement que possible, sauf dans des cas très rares; ce principe devient bien plus important lorsqu'on craint les fusées purulentes, lorsqu'un organe est exposé à souffrir du voisinage de la collection, ou lorsque, par sa présence, elle compromet quelque fonction essentielle (mastication, déglutition, respiration). Les moyens que le chirurgien peut employer sont: les caustiques, l'instrument tranchant et le fer rouge; quel que soit le procédé adopté, la région opératoire aura été reconnue à l'avance, de façon que l'intervention chirurgicale ne détermine pas d'accident.

1° *Caustiques.* — Les caustiques trouvent leur indication: 1° lorsque le malade est pusillanime; 2° lorsqu'avant d'arriver sur la collection, on doit traverser une cavité séreuse; le travail inflammatoire déterminé par le caustique fait adhérer les deux feuilletts de la séreuse, et empêche l'épanchement du pus dans l'intérieur de la cavité. Les caustiques les plus usités dans ce cas sont: la pâte de Vienne (potasse caustique 5 p. 100, chaux vive 3 p. 100), la pâte au chlorure de zinc de Canquoin (chlorure de zinc 1 partie, farine de froment 1, 2, 3 parties, suivant les cas).

2° *Fer rouge. Thermo-cautère.* — Les anciens chirurgiens se servaient souvent du cautère pour ouvrir les abcès; l'effroi produit sur les malades par la vue du fer rouge avait été la cause de l'abandon de ce procédé; aujourd'hui, avec le thermo-cautère de PAQUELIN, cet inconvénient n'existe plus. On emploie le thermo-cautère: 1° quand le malade déjà affaibli ne peut supporter une déperdition sanguine; 2° chez certains sujets (tuberculeux, diabétiques, etc.). Dans la majorité des cas, c'est au bistouri qu'il faut donner la préférence.

3° *Instrument tranchant.* — La région malade a été d'abord explorée avec soin; le point où doit porter l'incision déterminé, les téguments sont lavés avec du savon et de l'eau tiède, puis avec une solution phéniquée forte. Ces pré-

cautions indispensables prises, le bistouri étant tenu de la manière la plus convenable (voir *Traité de petite chirurgie* ou *de médecine opératoire*), le chirurgien ponctionne directement jusque dans l'intérieur de la cavité; abaissant alors la main, il agrandit l'incision en retirant l'instrument. Si l'abcès est profond, il faut aller couche par couche, couper successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, écarter les fibres musculaires, en s'assurant constamment de l'œil et du doigt qu'aucun organe important ne se trouve dans le champ de l'incision.

Dès que l'abcès est ouvert, par de douces pressions le chirurgien fait sortir le liquide qu'il contient. L'opérateur évitera en pareille occasion les manœuvres brusques, et saura être patient. La cavité étant bien évacuée, on y injecte suivant les régions une solution phéniquée forte ou faible, que l'on a soin de faire ressortir entièrement après quelques minutes.

Il faut alors placer le tube à drainage. Un tube en caoutchouc rouge ou noir, qui a été lavé, ou mieux qui a séjourné dans une solution antiseptique, est introduit dans la cavité; ce tube doit être assez gros pour que le pus puisse s'écouler librement, et assez court pour que, par son extrémité, il n'aille pas irriter le fond de l'abcès. Un fil de soie permet de le fixer à l'extérieur. — A chaque pansement on retire ce tube, il est nettoyé dans une solution phéniquée forte, et comme la plaie diminue de profondeur graduellement, on le raccourcit chaque jour. Un pansement de LISTER ordinaire est appliqué sur la plaie et comprimé légèrement le foyer.

Avec cette méthode, la guérison est des plus rapides. Une seule injection suffit; l'incision n'a pas besoin d'être très grande, d'après RICHELOT et MAC-CORMAC on peut se contenter d'une ouverture suffisante pour admettre le tube à drainage. Si l'incision que l'on a faite paraît un peu vaste, il sera facile d'y remédier à l'aide de deux ou trois points de suture.

Au pansement phéniqué, GOSSELIN préfère les injections répétées d'alcool. La cavité de l'abcès est ouverte par une incision de 0<sup>m</sup>,01 environ; le pus étant évacué, on lave la cavité avec de l'alcool à 90°. L'abcès, vidé et lavé, des compresses de tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée sont mises sur la région. Dès le lendemain, la couleur du liquide a changé, il est jus de pruneaux; la sécrétion très abondante au début diminue les jours suivants, et fait place à une sérosité analogue à de la lymphe; la guérison est dès lors très rapide, en peu de temps tout est terminé.

Dans certaines régions (face, cou, etc), il est nécessaire d'éviter à tout prix les moindres cicatrices. Au lieu du bistouri, on prendra alors une grosse aiguille, dans le chas de laquelle on introduira un petit tube à drainage ou un cordon de soie phéniquée, puis on traversera l'abcès dans toute son étendue. Le pus s'écoulera par le drain ou le long des fils, la guérison sera un peu plus lente; en revanche, une fois la suppuration terminée et le drain enlevé, il restera deux petites taches blanches imperceptibles, ce qui, chez les femmes et surtout chez les jeunes filles, a une importance capitale.