



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

—  
TRAITEMENT PAR LE DRAINAGE

DES

ABCÈS DU SEIN

POST-PUERPÉRAUX

A FOYERS MULTIPLES

PAR

Giuseppe GUERRA



—  
THÈSE

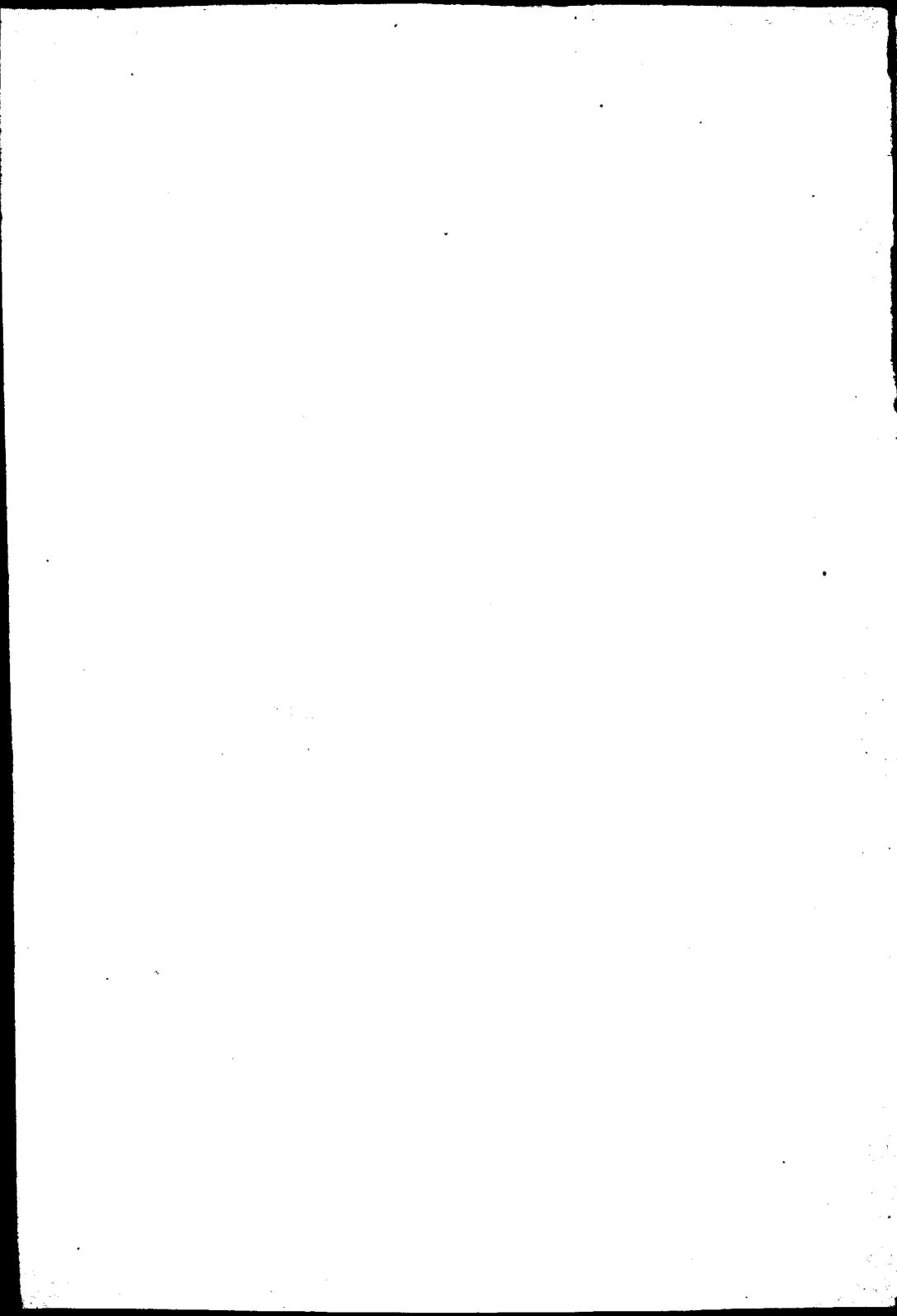
*présentée à la Faculté de Médecine pour obtenir le grade  
de Docteur en médecine.*



—  
GENÈVE

IMPRIMERIE BUZZI-ZIEGLER, QUAI DU SEJRET

—  
1891



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

---

TRAITEMENT PAR LE DRAINAGE

DES

ABCÈS DU SEIN

POST-PUERPÉRAUX

A FOYERS MULTIPLES

PAR

Giuseppe GUERRA

---



THÈSE

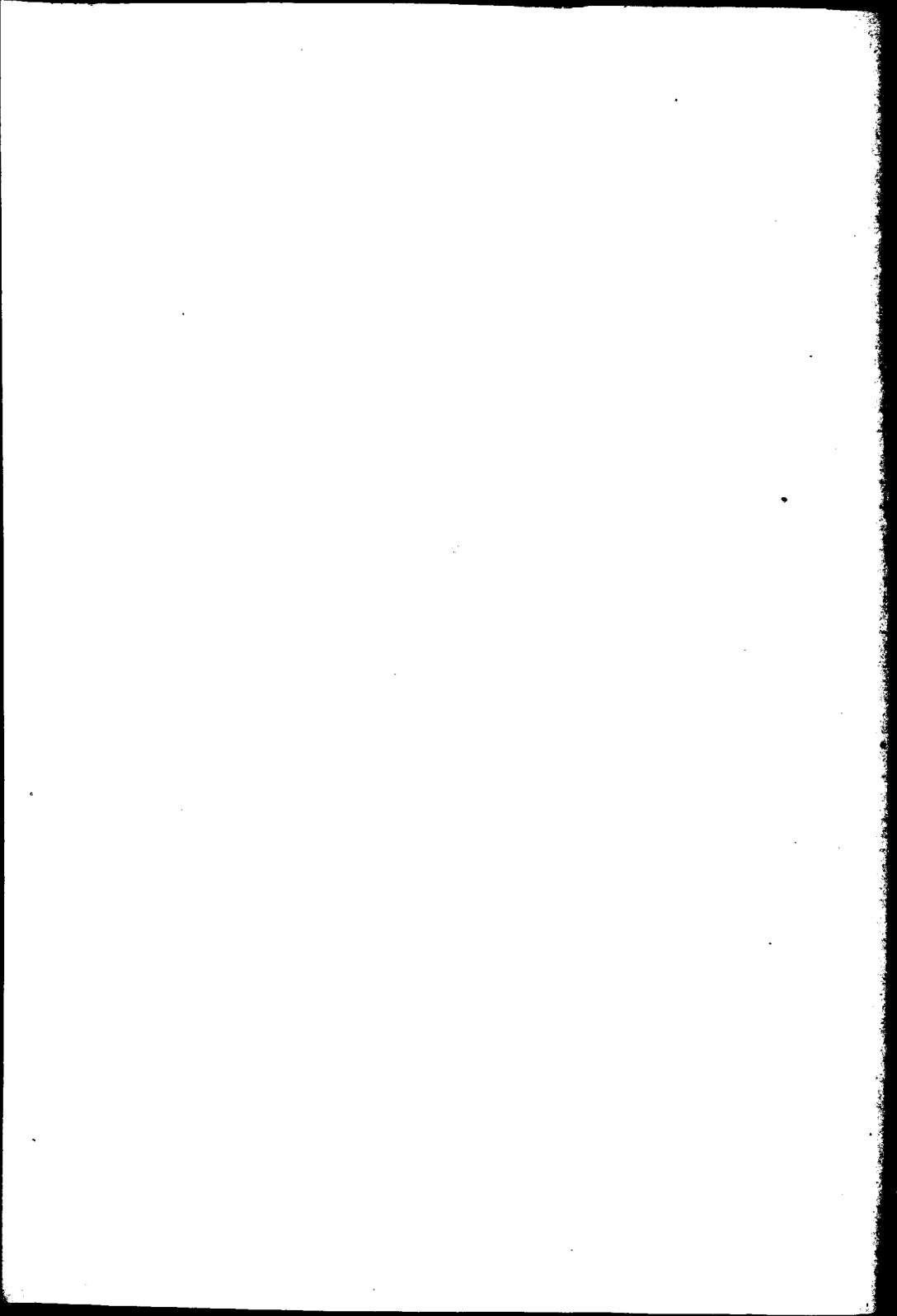
*présentée à la Faculté de Médecine pour obtenir le grade  
de Docteur en médecine.*

---

GENÈVE

IMPRIMERIE BUZZI-ZIEGLER, QUAI DU SEJET

1894



À LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

---

À MM. LES PROF. VAUCHER ET J. REYERDIN

---

À M LE D<sup>r</sup> MAILLART

---

*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse. sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.*

*Le Doyen de la Faculté,*

J.-L. PREVOST.

Genève, 12 Décembre 1898.

## INTRODUCTION

---

Les inflammations de la mamelle sont connues dès la plus haute antiquité : déjà Hippocrate et Gallien en parlent. Aristote, ayant cherché à en expliquer la pathogénie, attribue cette affection à l'ingestion de poils, qui viennent obstruer les canaux galactophores. Quoique cette théorie fût tout ce qu'il y avait de plus opposée aux notions anatomiques les plus élémentaires, elle a néanmoins toujours été admise jusqu'au jour où apparurent les travaux de J.-L. Petit qui lui donnèrent un coup funeste.

En Angleterre, plusieurs chirurgiens ont cherché à jeter quelque lumière sur cette affection, comme par exemple Hey, qui décrit une forme d'abcès du sein, dans laquelle le pus est profondément placé dans la mamelle ou entre la glande et les côtes.

Assly-Cooper admet que l'inflammation peut affecter la glande, être limitée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

C'est à Velpeau que revient l'honneur d'avoir appelé, d'une manière tout à fait spéciale, l'attention des médecins sur les inflammations et abcès mammaires. Nous trouvons, en effet, dans son Traité des maladies des

femmes, qui vit le jour en 1854, une description magistrale des abcès du sein.

Dans l'étude que nous nous sommes proposé de faire, notre but principal, après avoir passé en revue les diverses opinions et les différentes méthodes de traiter les abcès du sein, émises jusqu'ici par les auteurs, est de vouloir appeler l'esprit des médecins sur le traitement curatif des abcès mammaires par la méthode du drainage, qui a, sous certains points de vue, quelque analogie avec la méthode homonyme, déjà indiquée par Chassaignac en 1855.

Les résultats heureux que M. le D<sup>r</sup> professeur Vaucher obtient depuis bon nombre d'années en traitant les abcès du sein à foyers multiples par cette méthode, ont acquis à nos yeux une importance telle, qu'ils nous ont déterminé à choisir ce traitement comme sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis ici d'exprimer à M. le D<sup>r</sup> professeur Vaucher toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour l'élaboration de ce modeste travail.

Nous diviserons ce travail en quatre chapitres dont le premier traitera des *différentes formes* des abcès du sein, le deuxième de l'*étiologie*, le troisième de la *symptomatologie, marche et durée*, le quatrième, enfin, du traitement, qui est à son tour subdivisé en traitement *prophylactique*, en traitement *préventif* et en traitement *curatif* des abcès du sein.

Ensuite, nous mettrons les conclusions, les observations et l'index bibliographique des auteurs que nous avons consultés pour élaborer ce travail.

---

## CHAPITRE PREMIER

### **Différentes formes des abcès du sein.**

A l'exemple du plus grand nombre des chirurgiens, nous pourrions diviser les abcès du sein dans l'ordre suivant, à savoir :

- I. Abcès sous-cutanés ;
- II. Abcès de la glande mammaire ;
- III. Abcès sous-mammaires.

I. L'*abcès sous-cutané* comprend trois variétés : l'*abcès du mamelon*, celui de l'*aréole* et l'*abcès sous-cutané* proprement dit.

a) L'abcès du mamelon seul est rare, mais il existe. Velpeau décrit deux espèces d'inflammations au mamelon : l'une, siégeant dans les conduits lactés, l'autre, dans le parenchyme de l'organe.

b) L'abcès de l'aréole peut occuper toute la zone aréolaire et alors il prend le nom d'abcès sous-aréolaire.

Ou bien, il est fort circonscrit, développé, sans doute, dans une des nombreuses glandes de cette région.

c) L'abcès sous-cutané, proprement dit, peut être simple et occuper seulement la couche celluleuse qui

se trouve en dehors de l'aréole ; il est appelé pour cela abcès extra-aréolaire.

Ou bien il est diffus, occupant toute la couche celluleuse sous-cutanée, envahissant en même temps l'élément cellulo-fibreux qui isole et entoure chaque lobule de la glande ; il détruit ainsi la trame vasculaire.

II. L'abcès de la glande mammaire occupe l'épaisseur de la glande : quand il communique avec un autre abcès superficiel ou avec un abcès sous-mammaire, on a la forme dite en bouton de chemise. (Velpeau.)

III. L'abcès sous-mammaire ou rétro-mammaire peut être partiel ou total : ce dernier occupe toute la bourse séreuse qui sépare la glande mammaire du grand pectoral. Le partiel peut rester cantonné dans la moitié inférieure de la bourse séreuse, ou même être plus limité encore, si celle-ci fait défaut.

---

## CHAPITRE II

### **Etiologie.**

Exception faite de quelques abcès qui peuvent tirer leur origine de certains états diathésiques (diabète albuminurie), ou d'inflammations d'organes voisins (pleurésies ou pericardites purulentes), tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le point de départ des mastites réside dans une infection qui a comme porte d'entrée une solution de continuité des téguments.

Ces lésions peuvent être plus ou moins profondes : souvent elles sont superficielles, quelquefois, au contraire, elles peuvent entamer le derme. Leur siège est au sommet du mamelon, ou à sa base, ou même sur la zone aréolaire. Quand elles sont à la base, elles prennent la forme d'un croissant ; elles peuvent alors attaquer un ou plusieurs conduits lactés ; quelquefois même elles détachent complètement le mamelon. Sur le sommet du mamelon, elles se trouvent dans les dépressions, entre les papilles ; par conséquent, elles peuvent entamer les orifices des canaux galactophores. Leur longueur est variable de trois à quatre millimètres jusqu'à un ou deux centimètres. Elles existent sur un ou sur les deux seins à la fois et peuvent être

isolées ou multiples sur un même mamelon. Très souvent elles laissent suinter du sang.

Dans l'intervalle des tétées, il se forme des croûtes plus ou moins crevassées, qui tombent à la tétée suivante ; dans ces cas, l'excoriation se fendille plus ou moins profondément, et ces ulcérations allongées, profondes, saignantes, si horriblement douloureuses, prennent, suivant leur forme et leur profondeur, les noms d'*érosion*, d'*excoriation*, de *fissure* ou *gerçure* et de *crevasses*.

L'érosion n'est qu'une lésion toute superficielle et peu étendue.

L'excoriation est une plaie n'intéressant que les couches superficielles du derme. Celle-ci a son siège presque toujours au mamelon et varie depuis la dimension d'un grain de millet à celle d'une lentille.

La fissure est une solution de continuité allongée, plus profonde que l'excoriation.

La crevasse, enfin, est une plaie saignante, à lèvres écartées et tuméfiées.

Au moment du repos, ces lésions ne sont pas douloureuses, mais quand les femmes donnent le sein, elles peuvent éprouver des souffrances telles, qu'elles disent supporter de préférence celles d'un accouchement.

Ces affections ont été attribuées à des causes différentes, que nous pouvons diviser en *causes prédisposantes* et en *causes occasionnelles*.

### I. Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous pouvons citer :

- I. La conformation vicieuse du mamelon ;
- II. La primiparité ;
- III. Le tempérament lymphatique avec cheveux blonds.
- IV. Les lésions antérieures du sein.

*a)* CONFORMATION VICIEUSE DU MAMELON.

Les vices de conformation du mamelon ont été notés par presque tous les auteurs comme une cause prédisposante au développement des lésions de continuité sur cet organe. M. J. Duval nous dit dans sa thèse<sup>1</sup> : « Si l'enfant parvient à saisir le mamelon trop court, ce qu'il ne fait jamais qu'avec peine, les sucions qu'il est obligé de faire, la pression, le tiraillement exagéré qu'il fait subir au mamelon avec ses lèvres et ses gencives pour le retenir dans la bouche, détermine sur celui-ci des lésions qui, indépendamment des souffrances qu'elles occasionnent à la mère, peuvent avoir pour elles des suites très graves. »

*b)* PRIMIPARITÉ.

Puisque nous avons admis comme cause prédisposante la conformation vicieuse du mamelon, et puisque nous retrouvons le plus souvent le vice chez la primipare, il est tout naturel d'admettre que la primiparité doit avoir une influence considérable dans la production de semblables affections. Chez la femme, en effet, qui a pu allaiter une fois sans inconvénients, le mamelon s'est développé, la peau s'est habituée au contact ; par conséquent celle-ci n'a plus cette finesse,

<sup>1</sup> Du Mamelon et de son aréole. Paris 1861.

cette délicatesse qui facilitent les érosions. Pour avoir une idée exacte de cette assertion, il nous suffirait de donner un petit coup d'œil sur la statistique faite par M. Rossi. Dans celle-ci nous lisons que sur 37 primipares qui ont essayé d'allaiter leur enfant, 22 ont eu des excoriations au mamelon ; sur 29 femmes qui allaitaient pour la deuxième fois, 4 ont offert des gerçures et des ulcérations, et sur 21 femmes qui avaient eu un troisième accouchement, on n'a observé que deux fois de petites gerçures. D'autre part, M. Courgey nous dit qu'il a noté que sur 100 primipares, il y a eu 59 cas de gerçures et sur 100 multipares, 50 cas avec la même lésion.

Il ne faudrait pas cependant croire qu'une femme qui a pu allaiter une fois, sans avoir des fissures, puisse dans les couches suivantes toujours en être indemne ; ces cas sont rares, mais ils arrivent.

c) TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE AVEC CHEVEUX  
BLONDS.

Les femmes les plus sujettes à ces affections sont celles à peau fine et délicate, blondes, à tempérament lymphatique ou nerveux. Ainsi, sur dix femmes atteintes de ces lésions, il y en a huit à tempérament lymphatique et deux à tempérament nerveux.

Cette observation semble bien indiquer une grande prédisposition des femmes lymphatiques à ces affections. Cependant M. Ressein, dans sa thèse (Paris, 1884), a pu constater le contraire ; sur 28 cas qu'il a observés, il a trouvé que seulement 12 cas correspondaient à la théorie que nous venons d'exposer.

*d)* LÉSIONS ANTÉRIEURES DU SEIN.

Les femmes qui ont eu des crevasses dans un allaitement antérieur ont beaucoup de chance de les voir reparaitre à la suite de grossesses ultérieures.

**II. Causes occasionnelles.**

Parmi les causes occasionnelles, nous pouvons citer :

- L'état de la bouche de l'enfant.*
- La malpropreté.*
- L'allaitement mal réglé.*
- Le froid.*



*a)* ÉTAT DE LA BOUCHE DE L'ENFANT.

Rossi dit que la présence d'ulcérations ou d'inflammations buccales chez l'enfant, est toujours le point de départ et l'origine des excoriations du mamelon chez la mère.

« Explorant attentivement, dit-il, la cavité buccale de tous les nourrissons, lorsque la mère venait se plaindre de gerçures du mamelon, j'ai toujours constaté la présence d'ulcérations ou d'inflammations buccales. »

Cette doctrine nous paraît trop absolue, puisque nous avons eu assez souvent l'occasion d'observer des nourrices atteintes de crevasses et donnant le sein à des enfants, dont la bouche était parfaitement saine.

*b)* MALPROPRETÉ.

Si l'action du mauvais état de la bouche de l'enfant

n'est pas suffisamment démontrée, pour produire des fissures, des crevasses sur le mamelon, il n'en est pas de même d'une mauvaise hygiène et spécialement de l'absence de soins de propreté.

A la fin de la grossesse, il se fait par les mamelles un écoulement de colostrum qui sèche facilement sur place, forme des croûtes et peut même ulcérer la peau sous-jacente. Si la femme, dans ces conditions, ne fait pas chaque jour au moins une toilette scrupuleuse de ses seins, il n'est pas rare de voir se produire des fissures et des crevasses profondes. Il y a des femmes qui ne se donnent pas la peine de s'essuyer le mamelon chaque fois qu'elles viennent de donner à téter. Le lait, dans ces cas, restant dans les sillons du mamelon, devient acide et forme des croûtes, sous lesquelles l'épiderme se ramollit et s'ulcère.

Il y a des auteurs qui admettent que la salive de l'enfant peut être favorable à la formation de fissures ; mais d'autres auteurs récusent cette manière de voir en disant que l'acidité de la salive serait neutralisée par le lait qui est de réaction alcaline.

Le manque de propreté est un fait sur lequel on ne saurait trop insister aujourd'hui. D'après la plupart des chirurgiens, c'est à la malpropreté qu'est due l'origine du plus grand nombre des complications des plaies.

#### c) ALLAITEMENT MAL RÉGLÉ.

Il va sans dire que les suctions répétées trop souvent entretiennent l'épiderme dans un état de macération constante. Quelques nourrices, pour calmer leur enfant quand il crie ou pour le faire endormir, laissent le mamelon plus ou moins longtemps dans la bouche.

Or nous savons, d'après les travaux de M. Sappey, que le mamelon présente sur son pourtour un nombre considérable de glandes sebacées, qui l'enduisent d'une substance grasse destinée à le protéger, substance qui disparaît par un contact trop prolongé avec les liquides.

*d) LE FROID.*

Le froid aurait une certaine influence d'après quelques auteurs. Nous croyons qu'ils n'ont pas tort en l'admettant, car nous voyons assez souvent se former des fissures nombreuses aux lèvres quand nous nous exposons aux grands froids. Est-ce que la même cause ne pourrait pas avoir le même effet sur le sein, quand il se trouve dans les mêmes conditions ? C'est un fait qu'on ne peut pas nier.

*Théories de Nélaton et de Duplay.*

Quelle relation y a-t-il entre les deux faits, lésion du sein et inflammation de la glande mammaire ?

Pour expliquer cette relation, commençons par dire ce qu'un chirurgien français nous montre dans son traité à propos de l'étiologie des inflammations de la mamelle.

Voici donc comment Nélaton s'explique la phlegmasie mammaire :

« Je crois qu'il en est ici de même que pour une  
« foule de cas qui se présentent chaque jour à notre  
« observation et pour lesquels l'explication n'est pas  
« douteuse. Un homme se fait une écorchure au pied  
« ou une petite blessure à la main. Il continue ses  
« travaux sans se préoccuper de la plaie ; il néglige

« même les soins de propreté. Tout à coup il est pris  
« de frissons, la fièvre se déclare, le membre devient  
« douloureux, il survient une douleur inflammatoire  
« et de la plaie partent des trainées rouges, sinueuses,  
« se dirigeant du côté des ganglions de l'aîne ou de  
« l'aisselle, suivant que la plaie se trouve au membre  
« inférieur ou au supérieur. Au niveau de ces gan-  
« glions apparaissent des tumeurs multiples; le  
« malade se plaint de douleurs de plus en plus vives;  
« les parties voisines s'enflamment, le tissu cellulaire  
« ambiant suppure, et bientôt la suppuration vient  
« révéler au chirurgien la formation de foyers puru-  
« lents plus ou moins étendus, plus ou moins nom-  
« breux. »

« Je crois, » continue M. Nélaton, « que cette expli-  
« cation est applicable à ce que nous voyons se passer  
« du côté du sein affecté de tumeurs phlégmoneuses.  
« De même que la tuméfaction du bras et de la jambe  
« reconnaît pour principe une angiolencite et pour  
« point de départ une petite plaie de l'extrémité du  
« membre, de même aussi l'abcès mammaire peut  
« être la conséquence d'une angiolencite, déterminée  
« elle-même par une plaie du sein. »

Cette doctrine de la lymphangite de la glande mam-  
maire, nous l'admettons pour le plus grand nombre  
des cas.

Donc, une simple solution de continuité des tissus  
siégeant au niveau du mamelon ou sur un point quel-  
conque de la glande, quelle qu'en soit d'ailleurs la  
cause, écorchures, égratignures faites par les ongles  
de la malade, par le corset, par les vêtements, peut  
être la cause d'un abcès dans la région mammaire.

Cependant, la théorie de Nélaton sur la lymphan-

gite de la glande mammaire, séduisante par sa simplicité, a suscité des observations et a rencontré grand nombre d'adversaires.

M. Duplay, à propos de cette théorie, dit :

« Cette pathogénie me paraît loin d'être démontrée et, dans tous les cas, elle soulève, à mon avis, deux objections sérieuses : la première, c'est que, contrairement à ce qu'on observe dans la lymphangite, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans la phlegmasie glandulaire de la mamelle; la seconde, c'est que l'inflammation se propagerait en sens inverse du cours de la lymphe, ce qui est absolument contraire à la marche habituelle de la lymphangite. »

Quelle est la théorie de M. Duplay? Cet auteur admet aussi que le point de départ de l'inflammation soit les crevasses du mamelon, mais il l'explique par un autre mécanisme. Il dit que la partie terminale des conduits lactés serait irritée par la lésion voisine, et cette irritation s'avancerait peu à peu jusqu'aux lobules de la glande. Sans rejeter d'une manière absolue cette opinion, il faut cependant demander l'explication de ce mode de propagation de la phlegmasie, quand la lésion, au lieu de se trouver au bout du sein, tout près des conduits galactophores, se trouve à la base du mamelon, ou encore plus loin, sur la zone aréolaire.

Indépendamment des causes que nous avons indiquées, quelques auteurs ont voulu encore en chercher d'autres dans le *froid*, les *traumatismes*, la *stagnation du lait*, les *érysipèles* et les *eczémas*.

*a) LE FROID.*

Le froid a joué jadis un grand rôle dans l'étiologie des abcès du sein, rôle qui est aujourd'hui très contesté. Nous sommes d'avis qu'il ne peut être considéré que comme cause tout à fait secondaire. Nélaton ayant interrogé grand nombre de femmes atteintes d'abcès du sein pour savoir si, en effet, leur tumeur reconnaissait pour cause l'exposition imprudente du sein à l'air froid, reconnut que, dans la majorité des cas, il était impossible d'admettre le refroidissement local comme une cause unique de leur affection.

*b) LES TRAUMATISMES.*

Autrefois, l'action du traumatisme dans l'étiologie des affections de la mamelle a été aussi beaucoup exagérée. On a voulu de nos jours réagir contre cette exagération, mais la réaction a été si forte qu'on est tombé dans l'excès contraire, c'est-à-dire de ne plus vouloir reconnaître le traumatisme comme capable de produire un abcès du sein.

Serait-ce une erreur d'admettre qu'au point frappé il peut se former une suractivité fonctionnelle, suractivité qui, aidée par d'autres causes, peut sans doute avoir une très grande influence sur la production de la phlegmasie de l'organe ?

M. Lehallais cite une observation dans sa thèse qui vient appuyer notre manière de voir : une fille de 19 ans, caissière, d'une constitution faible, se heurta contre l'angle d'un meuble un an avant l'accouchement. Le choc porta à la partie supérieure du sein droit, et ce fut précisément à cet endroit que l'abcès

se produisit au moment de l'allaitement. Dans les annales de gynécologie, nous trouvons que le docteur Berthus a noté plusieurs faits qui démontrent d'une manière tout à fait claire l'apparition d'abcès du sein chez des nouvelles accouchées, à la suite de manipulations diverses, de frictions ou même de secousses communiquées par un enfant vigoureux.

#### c) LA STAGNATION DU LAIT

Il y a eu un temps où l'on considérait la stagnation du lait comme la cause de la mammité, mais maintenant on n'en parle plus, et avec raison; car chaque fois qu'un engorgement laiteux fut suivi d'un abcès, ce fut parce que sur le mamelon ou sur l'aréole se trouvait une écorchure ou une crevasse qui avait servi de porte d'entrée aux micro-organismes. Au contraire, si le mamelon était sain, l'engorgement ne dépassait pas certaines limites; mais, après que les mamelles étaient restées pendant quelque temps dures, bosselées, tendues et douloureuses, la sécrétion diminuait petit à petit et le lait qui restait dans les canaux se resorbait.

#### d) ÉRYSIPÈLE ET ECZÈMA

Pour être aussi complet que possible dans l'exposition des causes des abcès du sein, nous ajouterons encore qu'on a observé des inflammations de la glande mammaire à la suite d'érysipèle qui s'était développé sur cette partie. Nous citerons ensuite l'eczéma du mamelon et de l'aréole, qui est fréquent chez les femmes atteintes de gale (Gosselin).

Le docteur Haeling (thèse de Paris, 1876) fait observer que l'influence de l'eczéma n'est pas directe, mais que l'eczéma produit d'abord une gerçure.

### III. Causes efficientes.

Nous avons vu, dans les pages précédentes, les causes variées auxquelles les auteurs ont attribué les abcès du sein. Parmi celles-ci, il semble qu'il y en a une qui pourrait surtout avoir une grande influence : c'est la solution de continuité de la peau du mamelon et c'est au niveau de cette lésion que l'inflammation prend son point de départ.

Autrefois, on avait l'habitude de considérer la suppuration comme le résultat pur et simple de l'inflammation. Aujourd'hui, cette idée a complètement disparu, grâce aux grandes découvertes de M. Pasteur : ces découvertes nous ont ouvert de nouvelles voies d'investigation sur l'étiologie des maladies infectieuses.

Les recherches bactériologiques font attribuer la suppuration non plus à l'inflammation pure et simple, mais à une cause spécifique, c'est-à-dire à la présence de micro-organismes.

Les premières recherches relatives à ce sujet sont dues à un auteur allemand, Bumm. Cet auteur a entrepris à la clinique de Würzbourg une série de recherches sur les rapports étiologiques de certains microbes avec la mammite puerpérale.

Sur neuf cas d'abcès de la mamelle, il a trouvé six fois dans le pus le *staphylococcus pyogenes aureus* (mélangé ou non avec la variété *albus*) et trois fois le *streptococcus pyogenes*. De ce petit nombre d'observa-

tions, confirmées d'abord par celles d'Ogston, de Passet et de Rosenbach, il semblerait résulter que le *staphylococcus* se lie plutôt aux abcès profonds qui débutent dans le parenchyme de la glande, tandis que le *streptococcus* paraît se rattacher aux abcès consécutifs, aux fissures, dans lesquelles l'inflammation se propage de l'extérieur vers l'intérieur de la glande. Bumm a constaté que le produit de sécrétion des fissures du mamelon contient constamment, à côté des variétés non pathogènes, les deux formes de *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*.

Si l'infection n'a pas lieu dans tous les cas d'érosion, cela tiendrait à ce que ce microbe n'est pas doué d'une grande force d'invasion, ainsi que le montrent les inoculations faites sur des lapins.

Quant au *streptococcus*, l'auteur ne l'a trouvé que deux fois dans la sérosité des fissures, et dans les deux cas il s'est produit un abcès de la mamelle. Il semble donc démontré que, dans un certain nombre de cas, les abcès de la mamelle ont pour point de départ la pénétration de certains microbes par la voie des érosions.

L'infection peut-elle, suivant l'opinion de M. Duplay, se produire par les canaux galactophores ? Pour résoudre cette question, Bumm a examiné au microscope le lait d'un certain nombre de femmes. Après désinfection soignée du mamelon, le lait était recueilli à l'aide de tubes capillaires ou par expression de la glande. L'auteur a constaté que, toutes les fois qu'il y avait des érosions empêchant l'évacuation complète et régulière de l'organe, le lait contenait des bactéries (dix-neuf cas observés pendant huit à dix jours). La variété observée dans le lait se retrouve constamment

dans la sécrétion des érosions. Les premières gouttes de lait contiennent habituellement plus de microbes que les dernières. La présence et la quantité de microbes varient beaucoup : le lait du matin donnant, par exemple, de nombreuses colonies, tandis que celui du soir est presque stérile. Huit fois on a trouvé le *staphylococcus cereus albus* (Passet), trois fois le *streptococcus cereus albus*, deux fois le *staphylococcus pyogenes aureus* seul, deux fois le même microbe associé au *cereus albus*. Quatre fois, malgré la présence de nombreuses érosions, le lait ne renfermait pas de microbes.

De ces examens Bunn se croit autorisé à conclure à la possibilité d'une infection par les canaux excréteurs. Dans ces cas, ce serait en acidifiant le lait et en le coagulant que le microbe parvenu dans les acini déterminerait l'inflammation. Ce phénomène d'acidification et de coagulation du lait a été établi expérimentalement par le *staphylococcus albus* (H. de Brinon).

M. Budin aussi, pour prouver la théorie de l'inflammation par la pénétration des canaux galactophores et de la suppuration consécutive, fait des pressions périglandulaires et périmamelonaires, de telle façon que le pus sort sous forme de filaments grisâtres, jaunâtres, par l'extrémité des canaux lactés. Il recueille ainsi une certaine quantité de lait, dont la culture produit le *staphylococcus pyogenes aureus* et le *staphylococcus albus*.

En résumé, d'après Budin, à la suite d'irritation, de crevasses du mamelon, il se produit de la galactophorite, puis une accumulation de pus dans la glande, dont les acini ne tardent pas à être détruits si on ne

les vide pas par pression. Telle serait, selon Budin, l'origine des abcès du sein (Ozène).

Après Bumm, nous voyons encore un grand nombre de bactériologistes s'appliquer à des recherches sur le même sujet. Leurs résultats les obligent tous à admettre que la cause vraiment efficiente des abcès du sein est due à la pénétration des micro-organismes par les lésions de la peau.

---

## CHAPITRE III

### Symptomatologie, marche et durée.

En décrivant les différentes formes d'abcès du sein, nous avons dit que Velpeau distingue deux espèces d'inflammation dans le mamelon, l'une siégeant dans les conduits lactés, l'autre dans le parenchyme. La première affection, de très peu de gravité, s'accompagne d'un gonflement médiocre et se termine en peu de temps, donnant lieu à de petits abcès qui renferment un pus bleuâtre ou lactescent.

Le gonflement de la seconde variété est plus considérable et les abcès qui se forment peuvent atteindre le volume d'une noisette. C'est une affection très douloureuse, bien limitée au mamelon et qu'elle déforme quelquefois considérablement.

L'abcès *sous-aréolaire* provoque une tuméfaction remarquable dans toute la région et se termine très rapidement dans huit à dix jours. Cet abcès est bosselé, douloureux, tendu, caractérisé par une teinte livide ou bleuâtre avec une douleur sourde ou lancinante, pouvant à la rigueur servir de point de départ aux autres genres d'abcès. Par l'ulcération qui en est

la terminaison presque habituelle, ils finissent par se faire jour à l'extérieur.

L'autre variété d'abcès aréolaires consiste dans la forme tubéreuse ou furonculaire de Velpeau ; ces abcès, fort circonscrits, se développent, comme nous l'avons déjà fait remarquer, dans une des glandes si nombreuses qui font saillie sous la mince peau du disque aréolaire ; ils se terminent par l'expulsion d'un bourbillon formé par les débris de la glande. Il en existe souvent plusieurs simultanés ou successifs, et il n'est pas, suivant M. Tillaux, très utile de les inciser, car ils n'ont pas de tendance à s'étendre et les malades en souffrent peu.

L'abcès *sous-cutané simple* débute tantôt dans la couche cellulo-graisseuse, tantôt il prend son point de départ dans les téguments, tantôt enfin dans la glande mammaire elle-même.

Dans le premier cas, l'affection se manifesterait sans cause connue ; dans le deuxième, elle aurait pour origine une action physique, une violence extérieure, ainsi que l'*érysipèle*, l'*eczéma*, l'*érythème*, les *gerçures*, un *impétigo* du voisinage de l'aréole en particulier, les frottements du corset, un vésicatoire.

Ces sortes d'abcès que l'on observe le plus souvent sur la moitié inférieure et externe, ne disparaissent pas par résorption. Si on les abandonne à eux-mêmes, ces abcès s'ouvrent spontanément dans le courant de la deuxième semaine ; mais quelquefois ils ne finissent par se faire jour qu'après un mois. Si ces abcès sont primitifs, leur gravité n'est pas trop grande et ils guérissent vite ; mais quand ils sont causés par la

glande, alors ils sont plus graves et leur durée est bien plus longue.

L'abcès sous-cutané diffus est rare ; on l'observe à la suite de certains érysipèles phlegmonneux, de certaines lymphangites graves, de certaines phlegmasies très intenses de la mamelle chez des femmes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez des diabétiques ou des albuminuriques. Il est caractérisé cliniquement par un gonflement et une tension extrême de toute la région mammaire, accompagné de douleurs extrêmement vives, d'une sensation très pénible de constriction, d'un état général grave avec symptômes d'adynamie profonde. La peau présente une teinte foncée, rouge, violacée ; on peut y observer des phlyctènes.

Si l'on n'intervient pas et d'une manière très énergique, la glande mammaire semble imbibée de pus comme une éponge, tout le tissu cellulaire se sphacèle. Le professeur Duplay a pu extraire par un des nombreux orifices de sortie du pus la glande presque toute entière, atteinte elle-même par cette mortification qui l'avait privée de ses vaisseaux nutritifs. C'est une maladie grave ; heureusement qu'elle est rare.

L'abcès de la glande mammaire est une affection qui atteint presque exclusivement la nouvelle accouchée. L'affection débute généralement dans le cours de la deuxième semaine. Son début est quelquefois brusque, caractérisé par des frissons, par un malaise général ; la fièvre est ordinairement modérée, mais persistante. Dans le cas où l'abcès se forme, c'est du

sixième au dixième jour qu'on perçoit une fluctuation profonde.

Quand le chirurgien intervient immédiatement, tout est fini au bout de quelques semaines ; en cas contraire, les lobes s'enflamment les uns après les autres et la maladie peut durer plusieurs mois. Tantôt l'inflammation semble envahir d'emblée la totalité de la glande, tantôt, au contraire, elle est limitée à une portion circonscrite de celle-ci.

Dans le premier cas, nous voyons que la mamelle présente une tuméfaction uniforme ; elle est rénitente, chaude, douloureuse ; lorsque l'inflammation est localisée, on pourra constater que la tuméfaction, la rougeur et la douleur occupent la partie correspondant à la partie du mamelon ou de l'aréole qui est ou a été le siège d'une solution de continuité. A la palpation, on peut constater un ou plusieurs noyaux d'induration, entourés d'un empâtement diffus qui, dans les jours suivants, peut s'étendre et gagner les parties avoisinantes de la mamelle. La peau devient rouge, oedémateuse ; sa température est notablement augmentée.

Le moindre contact, le plus petit mouvement retentissent très douloureusement dans la région enflammée ; les précautions que prennent les malades pour sortir le sein, quand il s'agit de le montrer au médecin, donnent une bonne idée des souffrances qu'elles éprouvent. L'appétit disparaît, le sommeil se perd. Bientôt les noyaux durs, qu'on a constatés à la palpation, ne tardent pas à se ramollir ; le phlegmon se termine par suppuration. La terminaison par suppuration s'effectue rarement avant quinze jours. Elle met quelquefois un mois, six semaines à se produire. On

trouve souvent plusieurs points enflammés : deux, trois et jusqu'à six dans un même sein : les deux mamelles peuvent être prises à la fois. Cette multiplicité de foyers inflammatoires est malheureusement un caractère trop commun dans les phlegmons mammaires. Il arrive encore assez souvent, que les abcès se succèdent et, en effet, nous savons que Velpeau a compté jusqu'à vingt-cinq, trente-trois, quarante-et-un, quarante-six et même cinquante-deux abcès consécutifs sur un même sein, dans un espace de deux à trois mois.

Quand les abcès glandulaires sont abandonnés à eux-mêmes, ils s'ouvrent spontanément, mais il va sans dire que cette terminaison se fait plus ou moins attendre, suivant que le point de départ de l'abcès se trouve situé plus ou moins profondément. Ces abcès peuvent présenter plusieurs clapiers, communiquant ou non entre eux.

La dénomination d'abcès en bouton de chemise, qui fut donnée par Velpeau, est très caractéristique, car le pus qui se trouve dans la profondeur du parenchyme glandulaire, ayant la tendance à s'ouvrir un chemin à l'extérieur, arrive d'abord dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, où il forme un second foyer qui communique avec le premier par un canal rétréci, plus ou moins long, plus ou moins droit.

De la même façon que le pus vient constituer un abcès dans la partie antérieure de la glande, il peut arriver, mais il est rare, que ce pus prenne la direction inverse, c'est-à-dire qu'il vienne se loger dans la partie post-glandulaire.

Dans quelques circonstances, l'évolution se fait à la fois vers la peau et vers la bourse séreuse rétro-mammaire.

Le plus souvent, le pus de ces abcès est franchement phlegmoneux : quelquefois, et ce n'est pas rare, il peut renfermer une certaine quantité de lait ; ce qui indique que quelques conduits lactés ont été détruits par le pus.

Dans des circonstances encore mal déterminées, on a constaté que le pus peut devenir fétide et la cavité, où il est enfermé, contenir des gaz.

Quand l'abcès est peu profond, quand il est sans clapiers anfractueux, la guérison marche régulièrement après l'ouverture du foyer. Dans les conditions contraires, les ouvertures ont la tendance à rester fistuleuses, avec une persistance indéfinie et donnant un écoulement séreux plutôt que véritablement purulent.

La phlegmäsie totale du tissu cellulaire ou de la bourse séreuse rétro-mammaire commence par des phénomènes généraux : fièvre intense, insomnie, quelquefois même du délire ; la douleur est très forte. La mamelle est extrêmement saillante, projetée en avant ; mais, par une exploration attentive, on reconnaît que cette augmentation de volume ne tient pas à la tuméfaction du sein, que cette glande est seulement soulevée, projetée en avant, qu'elle n'est enfin ni bosselée, ni inégale comme dans le phlegmon. Lorsqu'on comprime le sein d'avant en arrière, il semble qu'il repose sur une éponge (Velpeau).

La coloration de la peau est normale ; on aperçoit un fort réseau de veines sous-cutanées.

Ordinairement cette maladie a une marche très rapide ; elle se termine rarement par résolution.

Le plus souvent, son issue est la suppuration, et

celle-ci se voit déjà quelquefois au bout de trois à quatre jours. Assez rarement, on observe la terminaison par gangrène.

La collection purulente est parfois énorme ; on a noté des abcès qui renfermaient jusqu'à un litre de pus ; la périphérie de la glande est marquée au bout de quelque temps par une saillie en bourrelet au niveau de ses parties déclives ; en bas et en dehors se trouve le lieu d'élection pour l'incision. On a observé des fusées purulentes vers l'aisselle, l'abdomen, le cou, la plèvre, le médiastin, mais ces fusées ne sont pas fréquentes. Il n'arrive jamais que ces abcès traversent la glande pour venir au jour.

Après l'ouverture de ces abcès, on a noté des fistules assez persistantes. A la suite d'un abcès rétro-mammaire, la plèvre peut s'enflammer et cette complication n'est pas tellement rare.

Le soulèvement de la glande mammaire dans l'abcès profond et partiel du sein n'est que dans la région où se trouve l'abcès. Les phénomènes généraux sont moins intenses que ceux que nous venons de décrire pour l'abcès total ; l'abcès vient s'ouvrir dans le point de la circonférence de la mamelle le plus voisin de l'abcès.

Pour ce qui regarde les autres caractères, ils sont à peu près analogues à ceux de la variété précédente.

## CHAPITRE IV

### Traitement.

Les abcès du sein étant une affection assez fréquente et causant aux femmes qui en sont atteintes les douleurs les plus violentes, un grand nombre de chirurgiens ont fait tout leur possible pour trouver une thérapeutique capable de les prévenir ou de les guérir.

Les moyens thérapeutiques auxquels on a eu recours dans cette affection sont nombreux; mais il est bon de dire ici tout de suite ce qu'on observe malheureusement pour d'autres maladies, c'est-à-dire quand on a à sa disposition beaucoup de médicaments, c'est parce qu'il n'y en a pas un qui soit vraiment spécifique.

Nous subdiviserons le chapitre du traitement en quatre parties. La première sera destinée à la *prophylaxie*, la deuxième au *traitement des lésions du sein*, la troisième au *traitement préventif* des abcès du sein, la quatrième, enfin, au *traitement curatif* des abcès du sein.

#### a) PROPHYLAXIE.

Jaquemier conseille aux mères de donner le sein pour la première fois dix heures après l'accouche-

ment; M. Pinard est du même avis. La mère donnera à têter toutes les deux ou trois heures pendant le jour et, pendant la nuit, les tétées devront être beaucoup plus espacées, pour que la mère ait du repos. MM. Tarnier et Chautreuil conseillent aux femmes qui veulent nourrir de faire quelques lotions sur les bouts des seins avec de l'eau-de-vie, de la teinture d'arnica, afin de les durcir et de prévenir ainsi les excoriations et les gerçures. Si les mamelons sont ombiliqués, on pourra les rendre plus saillants par quelques tiraillements faits avec les doigts; c'est un exercice qui ne doit être fait que dans les derniers mois, et qui doit être fait d'une manière intelligente, parce que, en cas contraire, il pourrait devenir une cause efficace d'inflammation. Il y a des chirurgiens qui conseillent de faire, un mois avant l'accouchement, des frictions avec une pommade au tannin ou avec un mélange, à parties égales, d'amandes douces, de beurre de cacao et de tannin.

Il est pourtant préférable d'employer les astringents; ces derniers n'ont pas l'inconvénient de tacher le linge, ni de rancir, et par conséquent de produire une irritation de la peau. Maintenant l'on vante beaucoup le glycérolé d'amidon et de tannin sous cette forme :

Glycérolé d'amidon : 30 grammes.

Acide tannique : 4 »

Un conseil que les femmes ne devraient jamais oublier, c'est que, chaque fois qu'elles viennent donner le sein, elles devraient se laver les mamelons avec de l'eau-de-vie, suivant l'avis de Trousseau. A l'eau-de-vie il est très bon d'ajouter quelques gouttes d'acide sulfurique; mais aujourd'hui on donne la

préférence à une solution légèrement astringente (sulfate de zinc), ou mieux encore alcaline (bicarbonate de soude).

Nous avons vu dans l'étiologie que M. Rossi fait jouer un grand rôle dans la production des lésions du mamelon, aux affections buccales de l'enfant ; il est donc prudent de regarder si la bouche de l'enfant est atteinte de muguet, d'aphtes ou d'autres inflammations quelconques. Sitôt qu'elles apparaîtront, la nourrice aura soin de recouvrir le mamelon d'une légère couche d'huile d'amandes douces, et après la tétée elle enlèvera de nouveau ce corps gras et fera une lotion avec une des solutions que nous avons indiquées plus haut. Il est évident que l'enfant exigera un traitement spécial pour son affection, et pour celle-ci M. Rossi conseille de laver la bouche avec de l'eau d'orge, dans laquelle on ajoutera du miel rosat, du vinaigre ou du jus de citron. M. Gubler fait observer que les solutions alcalines, et surtout le borax, réussissent très bien contre ces affections.

#### b) TRAITEMENT DES LÉSIONS DU SEIN.

Quand la nourrice n'a pas pris toutes les précautions ou que les médicaments que nous venons d'indiquer ont échoué, et qu'on voit l'apparition de fissures, de crevasses sur les mamelons, quelle sera alors la conduite à tenir ?

La première indication est de dire à la mère de présenter le sein à de longs intervalles, entre lesquels elle aura recours à l'un des nombreux médicaments que l'on a conseillés dans ces cas. Quand les lésions seront très douloureuses, on pourra recourir aux

émollients et aux corps gras, additionnés ou non d'un anesthésique quelconque.

Nous lisons dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, p. 300, que M. le Dr V. Gautier préconise la cocaïne contre les affections du mamelon.

Hausmann (Berlin, *Klin. Wochens.*, N° 14, p. 189, 1878) publie deux observations démontrant les bons résultats des compresses phéniquées sur les gerçures du mamelon des femmes qui allaitent. Il emploie dans ce but une solution au 5°.

Dans le service d'accouchements de la Charité à Berlin, on a expérimenté sur une grande échelle la médication recommandée par Hausmann. Steiner (Berlin, *Klin. Wochens.*, N° 27, p. 393, 1878) dit que quarante accouchées ont été traitées avantageusement de cette façon. Le mode d'administration est d'ailleurs différent : les compresses ont été remplacées par des badigeonnages au moyen d'un pinceau. Suivant Hausmann, les compresses phéniquées sont meilleures que la pommade ou le badigeonnage.

Nous trouvons encore dans la *Gazette des Hôpitaux* que M. Charrier emploie l'acide picrique contre les mêmes affections. Cet auteur dit qu'il faut avoir, avant tout, de l'acide chimiquement pur ; on emploie deux solutions :

L'une concentrée, dont voici la formule :

Eau distillée :	1000 grammes.
Acide picrique :	13 »

L'autre plus faible :

Eau distillée :	1000 grammes.
Acide picrique :	1 »

Voici comment on procède : le bout du sein est bien nettoyé avec une éponge fine imbibée d'eau tiède. Cela fait, on prend un petit blaireau, très fin, que l'on trempe dans la solution concentrée, et l'on promène plusieurs fois de suite le pinceau sur la crevasse et sur tous les points enflammés. Ce pansement est fait une fois par jour, le matin ; mais, après chaque tétée, on trempe le mamelon pendant trois ou quatre minutes dans un petit verre rempli de la solution au millième.

Dans le service de M. Pinard, le pansement boriqué, pour des femmes atteintes de fissures, de crevasses du mamelon, a donné des résultats très encourageants. Au moyen de ce pansement, les douleurs vives se calment rapidement et les inflammations de la mamelle n'ont généralement pas lieu.

L'acide borique a un pouvoir antiseptique faible, il est vrai, mais il a des avantages que le phénique ou le sublimé n'ont pas : il est inodore, il n'est pas toxique et ne produit aucune irritation sur la peau.

La solution qu'on emploie est la suivante :

Eau distillée :	200	grammes.
Acide borique :	6	»

On se sert de compresses, que l'on trempe dans la solution chaque fois que la femme vient de donner le sein. Au-dessus des compresses, on met un morceau de gutta-percha pour empêcher l'évaporation du liquide. On applique ensuite du coton, et le tout est retenu en place par un bandage de corps. Ce pansement est très bon pour deux raisons : avant tout, il met le sein à l'abri du froid ; puis il exerce une certaine compression sur l'organe, qui lui est d'une

grande utilité, car il y a des auteurs qui ont pu constater qu'une compression bien faite et appliquée à temps peut prévenir la formation des abcès. Un autre avantage du pansement à l'acide borique, c'est qu'il peut favoriser la cicatrisation des fissures et des crevasses, il n'irrite pas la peau et ne détermine pas des phénomènes toxiques chez l'enfant.

Autrefois on a souvent employé le *borax*, l'*alun*, la *monésia*, l'*extrait de saturne*, l'*eau de Goulard*. Mais puisqu'on a observé des coliques de plomb chez les enfants, il est prudent de proscrire toute préparation dont le plomb forme le principe actif.

En Angleterre et en Allemagne, on emploie beaucoup les balsamiques, tels que la teinture de *cachou*, le *baume du Pérou*.

La teinture de benjoin rend aussi de bons services, surtout par son application facile et pour n'être nullement nuisible à l'enfant, qui peut téter sans qu'on essuie le mamelon. Un certain nombre de topiques agissent comme isolants, le collodion simple, le collodion riciné. Mais de tous ces procédés M. Duval préfère le mamelon artificiel, qui permet l'allaitement sans douleur et la guérison des plaies. La pommade au précipité blanc, le calomel en suspension dans l'eau de guimauve, la solution au millième de sublimé corrosif, souvent employés autrefois, le sont beaucoup moins à l'heure actuelle.

#### c) TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ABCÈS DU SEIN.

Que faudra-t-il faire quand on constatera le commencement du phlegmon à la mamelle ?

Les moyens topiques auxquels on a eu recours sont

nombreux : *vésicatoires, sangsues, applications de glace, emplâtres* ayant tous pour base l'opium, la belladone, etc.

L'efficacité de tous ces médicaments étant plus ou moins douteuse, nous n'en dirons rien et passerons vite en revue certains autres médicaments, qui nous paraissent, à bon droit, être appelés à remplacer les premiers.

Commençons donc par la compression à laquelle déjà depuis longtemps, on a eu recours dans différentes inflammations. Velpeau publia, en 1826, un mémoire sur la compression dans l'érysipèle phlegmoneux. M. Harpin dit, dans sa thèse, que Gosselin, à l'aide de la compression, a pu faire avorter un phlegmon de l'avant-bras. Tous les différents moyens de compression qu'on a employés autrefois ne le sont plus aujourd'hui, comme, par exemple, les plaques de fer-blanc, de plomb, d'étain. D'autres, comme les bandes de toile, de caoutchouc ou de laine, et les bandelettes de diachylon, sont, à l'heure qu'il est, très rarement employés.

La meilleure de toutes les compressions s'obtient de la manière suivante : un cataplasme de fécule est appliqué sur la mamelle, une couche assez épaisse de coton est superposée et le tout est tenu en place au moyen d'un bandage de Mayor. On devrait abandonner l'application des cataplasmes de farine de lin, car on voit très souvent une forte éruption causée par ceux-ci. M. Lehallais attribue cette éruption aux matières albuminoïdes qui se modifient en présence de l'oxygène de l'air. Quand on se trouvera dans la nécessité d'employer ces cataplasmes, il faudra donner la préférence à la farine de lin fraîche, qui est moins

irritante que celle qui date de quelque temps. Une compression régulière a une influence bien plus puissante que l'action antiphlogistique des cataplasmes. Au moyen de la compression, l'afflux sanguin est diminué, la résorption des exudats inflammatoires est favorisée et les douleurs sont calmées.

Un traitement qui ressemble au précédent est celui adopté par Philander A. Harris (*American journal of obstetrics*), qui consiste dans l'application d'un bandage tendant à relever la mamelle et à la comprimer. Harris conseille, en même temps, la cessation de l'allaitement. L'auteur rejette toute espèce de traitement local. Seize observations détaillées viennent confirmer les avantages de ce traitement. Quand les réactions inflammatoires sont très vives, on ordonnera à la malade de prendre un purgatif, de faire des bains de pieds sinapisés. Si on croit utile de faire tarir le lait, on prescrira l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour.

Si, malgré tout, la suppuration survient, il faut donner issue au pus.

#### d) TRAITEMENT CURATIF DES ABCÈS DU SEIN.

Faut-il ouvrir les abcès du sein ?

Nous posons cette question, parce que si nous donnons un coup d'œil dans les ouvrages des chirurgiens qui nous ont précédés, nous verrons tout de suite que les opinions ont été partagées sur ce point.

Pour ne remonter qu'à Moriceau, nous lisons dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 9<sup>me</sup> édition, 1740, l'aphorisme suivant :

« Il ne faut pas laisser trop séjourner la matière des apos-

thèmes des mamelles après sa parfaite maturité, de crainte que cette matière ne corrode la propre substance des glandes et des réservoirs du lait. »

A. Levret, dans l'*Art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique*, Paris, 1760, p. 184, s'exprime ainsi :

« J'ai pour méthode, dans tous ces dépôts, d'attendre que la matière se fasse jour d'elle-même, tant pour éviter que l'air extérieur ne pénètre dans l'intérieur du sein, que parce que le plus long séjour du pus accélère la destruction des cloisons qui partagent les différents foyers voisins ; d'où il résulte qu'il se fait une moindre ouverture aux téguments. D'ailleurs, l'instrument tranchant laisse toujours des cicatrices plus ou moins grandes, plus ou moins difformes ; au lieu que, si la peau s'ouvre spontanément, à peine aperçoit-on les vestiges de l'ouverture après la guérison. »

Gardien pense qu'en général « l'ouverture de ces dépôts doit être abandonnée à la nature ; si l'on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, la cicatrice est moins difforme, moins grande, la maladie moins longue ; toutes les duretés se fondent ; le pus, par son séjour, détruit les brides et les cloisons qui partagent l'abcès en différents foyers purulents. Il ne peut être utile de donner issue au pus avec l'instrument tranchant que dans les cas où la glande mammaire est saine, et que tout le tissu cellulaire est infiltré de pus, qui est situé profondément et qui par son séjour, si on néglige de faire une petite incision, détruit les graisses et les tissus de la mamelle. »

Gardien, *Traité complet d'accouchements et des maladies des filles et des enfants*, t. III, p. 281. Paris, 1816.

Dans les œuvres de Astley-Cooper, traduites par Chassignac et Richelot (Paris, 1839), nous lisons les lignes suivantes :

« 1° Si l'abcès marche avec rapidité ; s'il est placé à la superficie du sein et si les douleurs ne sont pas très vives, il est préférable d'abandonner les choses à leur cours naturel.

« 2° Si, au contraire, l'abcès à son début est très profon-

dément situé, si sa marche est lente, si la douleur locale est très vive, si la fièvre d'irritation est intense et si la malade est, par l'effet d'une transpiration abondante, fatiguée et complètement privée de sommeil, on gagne beaucoup de temps, et l'on amène un soulagement marqué dans les souffrances par l'évacuation du pus au moyen de la lancette ; mais il faut attendre, pour faire l'ouverture de l'abcès, que le pus se rapproche de la surface, sans quoi l'incision ne sert à rien, elle se referme et l'accumulation purulente continue. »

Bayer avait cette opinion : « Lorsque la fluctuation est manifeste, on doit, si l'abcès est petit ou médiocre, laisser à la nature le soin de l'ouvrir. La cicatrice qui succède à la rupture spontanée de ces abcès est moins apparente que celle qui résulte de l'incision, et cet avantage n'est point à dédaigner. Mais, lorsque l'abcès est vaste, il vaut mieux l'ouvrir, parce que l'ouverture spontanée serait insuffisante ou défavorablement placée pour l'évacuation du pus. »

Dans le traité des maladies des femmes de Velpeau, on lit : « Les abcès tubéreux s'ouvrent en général naturellement, si aucun traitement intempestif ne vient troubler leur travail inflammatoire ; mais il leur faut du temps et alors les téguments de plus en plus amincis, décollés, ne permettent pas au foyer de se déterger, de se modifier, de se cicatriciser aussi promptement, ni aussi bien que si la chirurgie était intervenue à propos. J'ai donc pris l'habitude, dit-il, fondée sur des observations nombreuses, d'ouvrir ces petits dépôts dès que la fluctuation y est appréciable. Il en résulte peu de douleurs et un coup de lancette, donné par erreur dans une bosselure non abcédée, n'aurait aucune gravité.

« L'incision doit même en être assez large pour permettre de les vider du premier coup. »

« Toutes fois, comme même en les négligeant, ils finissent à peu près constamment par guérir, attendez, laissez agir le travail pathologique, quand l'idée de l'instrument épouvante, effraie considérablement la femme. »

Velpeau parle dans le même sens des abcès sous-cutanés en dehors de l'aréole.

« Pour ce qui est des abcès et phlegmons sous-mammai-

« res. l'incision est le seul remède essentiel, le seul remède efficace de ce genre d'abcès à l'état simple », dit-il.

Mais notre auteur ne tient plus le même langage au sujet des abcès parenchymateux : « L'ouverture prématurée, utile dans les abcès sous-cutanés et dans les abcès profonds, est évidemment, dit-il, moins avantageuse, si ce n'est même nuisible, quand il s'agit d'abcès parenchymateux... »

« Il semble y avoir, vis-à-vis de ceux-ci, quelque avantage à ne point se presser, à donner au foyer le temps de s'ouvrir lui-même, ou bien à ne l'inciser quelquefois que par une sorte de ponction. »

A une époque plus près de la nôtre, nous voyons le chirurgien Chassaignac faire paraître dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1855, plusieurs articles destinés à faire prévaloir les avantages de l'intervention.

M. Gosselin ne niait pas les avantages de l'intervention, mais il s'abstenait de celle-ci, le plus possible, parce qu'il redoutait énormément l'érysipèle et les complications si fréquentes des plaies.

D'après cette petite revue que nous venons de faire, nous voyons que les partisans de l'intervention étaient plus nombreux que ceux de la non-intervention.

Quelle est l'opinion des chirurgiens modernes sur ce point ? Nous croyons qu'il n'y a plus personne qui soit adversaire de l'intervention. Tout le monde sait, à l'heure qu'il est, que par l'évacuation du pus on amène un soulagement marqué dans les souffrances, que les dangers de l'érysipèle et des autres complications des plaies ont presque disparu, grâce à l'auxiliaire puissant des antiseptiques, que les cicatrices résultant de l'intervention, au lieu d'être plus difformes, comme on a osé le prétendre, sont beaucoup

plus régulières que celles qui résultent de l'ouverture spontanée, que la guérison enfin est bien plus rapide et plus sûre.

A cette heure donc, l'intervention est la règle presque immuable ; la seule question qui se pose est celle du moment précis où l'on doit intervenir.

L'ouverture sera-t-elle précoce ou tardive ? Sur ce point également, les opinions des auteurs n'étaient pas toutes concordantes. Nous avons vu, en effet, que Assley-Cooper disait : « Pour faire l'ouverture de l'abcès, il faut que le pus se rapproche de la surface, qu'il soit collecté, sans quoi l'incision ne sert à rien, elle se referme et l'accumulation purulente continue. »

Velpeau préconisait l'ouverture prématurée pour les abcès sous-cutanés, mais disait que la même ouverture n'aurait pas été si avantageuse, elle aurait été même nuisible, quand il s'agissait d'abcès parenchymateux.

M. Gille, dans sa thèse, nous dit : « Nous demandons l'intervention aussitôt que la fluctuation apparaît. »

Dans le *Progrès médical* de l'année 1891, page 379, M. le professeur Duplay s'exprime ainsi : « Que faire en présence d'une infection mammaire ? Au début, la compression, les réfrigérants, les topiques résolutifs, mais je n'ai en eux qu'une médiocre confiance. Je suis d'avis d'inciser dès qu'il y a de la fluctuation. »

Plus loin, le même auteur ajoute : « Actuellement, avec un auxiliaire aussi puissant que celui des antiseptiques, on ne craint plus l'intervention : ce qu'on doit aujourd'hui surtout craindre, c'est de laisser par une trop longue attente les fusées purulentes traverser et détruire la glande. »

La manière de faire du professeur Duplay est suivie à l'heure actuelle par presque tous les médecins, et ces derniers sont parfaitement convaincus que, au moyen d'une intervention précoce, il est bien rare d'être obligé de pratiquer tant de contre-ouvertures, il est bien rare de voir survenir des fistules. Donc il faudra donner issue au pus sitôt qu'on aura constaté sa présence.

Quelles sont les différentes méthodes auxquelles on a eu recours pour donner issue au pus ? Il y en a plusieurs : on a eu d'abord l'incision simple, qui, comme son nom l'indique, consistait à faire au moyen d'un bistouri une incision plus ou moins longue, plus ou moins profonde, suivant la grandeur de l'abcès, et vider de cette façon la cavité purulente. On favorisait, en outre, la sortie du pus par de légères pressions faites sur l'organe tout entier. Cette méthode a été abandonnée parce qu'elle était très souvent suivie d'érysipèle et d'autres complications terribles ; elle a dû céder la place à la ponction.

C'est Chassagnac le premier qui pratiqua la ponction. Au moyen d'une lancette, il faisait une petite ouverture ; puis, par tous les moyens possibles, ventouses, compressions, lavages à l'eau tiède, il s'efforçait de débarrasser les cavités purulentes de leur contenu. Il fixait ensuite le long du corps le bras du côté malade, faisant l'occlusion de la petite plaie et appliquant la cuirasse de diachylon.

Bon nombre de chirurgiens ont suivi l'exemple de Chassagnac, mais bientôt ils s'aperçurent que la ponction présentait tous les inconvénients de l'incision sans en avoir les avantages. Le pus, on le comprend, devait difficilement être expulsé en totalité de l'abcès.

Ce qui le prouve, ce sont les efforts de Chassaignac pour arriver à un meilleur résultat; c'est la nécessité où il fut d'introduire le drainage chirurgical comme complément de sa méthode.

Il faut le reconnaître, cette innovation fut un grand pas vers la solution de cette intéressante question. Mais, comme le dit très bien M. Pianté dans sa thèse, « ce drainage était fait à l'aveuglette; il était dirigé contre des éléments dont l'auteur ignorait la nature parasitaire et infectieuse. »

Chassaignac faisait toujours la plus petite ouverture possible et introduisait par celle-ci, dans une direction ou dans une autre, la pointe d'un trocart suffisamment long pour traverser la glande et suffisamment gros pour laisser passer un drain. Cette nouvelle méthode n'a pas eu assurément tous les avantages qu'il s'en était proposé: le soin qu'il prenait de cautériser les petites plaies faites à ses opérées, pour les mettre à l'abri de l'érysipèle, prouve qu'il a dû en avoir fréquemment.

Il n'est donc pas étonnant que cette méthode a dû également succomber rapidement.

Une autre méthode, de laquelle nous ne dirons que quelques mots, est celle de la cautérisation. Quelques chirurgiens, et M. Gillette en particulier, se sont montrés volontiers partisans de l'ouverture des abcès mammaires par cette méthode. Elle était trop lente, très douloureuse et laissait après elle des cicatrices très visibles; après tout, elle ne mettait pas à l'abri de l'érysipèle, car nous savons par M. Gosselin que, sur quatre femmes qu'il avait opéré de cette manière, il a dû noter deux érysipèles, dont un suivi de mort. La cautérisation n'a donc pas eu les bons résultats que l'on attendait d'elle.

Les abcès du sein, comme les abcès des autres régions et comme toute affection chirurgicale en général, ont bénéficié immensément de la méthode antiseptique. Depuis Lister, on a commencé à laver la poche ou les poches purulentes avec les solutions antiseptiques qui devaient entraîner à l'extérieur le pus et les débris sphacelés, qui devaient, enfin, empêcher la décomposition du pus.

Les solutions que l'on employait et que l'on emploie encore le plus souvent sont celle d'acide phénique au 2<sup>e</sup> p. 100 et celle de sublimé au millième.

Depuis que la méthode antiseptique a été acceptée, il est reconnu que les cas d'érysipèle chirurgicaux ont diminué progressivement et d'autant plus que la méthode antiseptique est suivie plus rigoureusement dans les services de chirurgie.

Les chirurgiens, maîtres d'une arme tellement puissante pour combattre les micro-organismes reconnus comme cause efficace de l'érysipèle et de toute complication des plaies, ont pensé que l'on pourrait guérir les abcès du sein par cette méthode en respectant le plus possible les téguments, c'est-à-dire en se limitant à une petite ouverture destinée aux injections antiseptiques. L'idée n'était pas mauvaise, mais les résultats ne furent pas trop brillants. L'ouverture étant d'un très petit calibre, la sortie du pus n'était pas facile : il arrivait que le séjour du pus dans les foyers retardait beaucoup la guérison. Il fallait donc faciliter l'écoulement du pus : on songea alors à l'aspiration. Après qu'on eut employé différents moyens, plus ou moins bons, pour obtenir cette aspiration, le trocart capillaire et l'aspirateur de MM. Potin et Dieulafoy vinrent remplir d'espoir la

plupart des chirurgiens; mais cet espoir ne devait pas être de longue durée. On reconnut bientôt tous les inconvénients de l'appareil : le moindre grumeau venait oblitérer la canule du trocart et bien souvent la fistule n'était pas empêchée. Outre cela, il suffisait seulement que le pus fût épais pour sortir très difficilement par la canule et quelquefois même pour ne pas sortir du tout.

Il nous resterait maintenant à parler de la méthode par l'incision antiseptique, méthode qui, par les beaux résultats qu'elle fournit, jouit à l'heure actuelle d'une belle et grande réputation; ensuite il nous resterait à parler de la méthode par le drainage, suivie d'injections antiseptiques, excellente méthode aussi, car nous l'avons vue donner des résultats magnifiques dans les mains de M. le professeur Vaucher, qui la pratique depuis plusieurs années dans son service à la Maternité de Genève.

Mais avant de parler de ces deux procédés, que nous décrirons plus loin d'une manière tout à fait détaillée, nous voulons nous arrêter un instant pour comparer entre elles les différentes méthodes que nous venons de mentionner.

En thèse générale, nous dirons que toutes les méthodes anciennes et pratiquées jusqu'à Gosselin étaient très dangereuses, parce qu'elles consistaient à ouvrir des voies à l'absorption, sans aucune précaution pour en éloigner les agents virulents.

L'incision avait pour avantages la disparition immédiate de la douleur, l'amélioration de l'état général, les cicatrices plus régulières, la moindre mortification de la peau et l'absence des fusées purulentes. Mais

quand on pense aux graves dangers de l'érysipèle et de l'infection purulente, auxquels elle donnait souvent lieu, on comprend facilement les chirurgiens qui la laissèrent de côté pour se limiter à la *ponction simple*, à la *ponction avec aspiration* et à la *ponction avec drainage*. Toutes ces trois opérations occasionnaient, il est vrai, plus rarement l'érysipèle; les cicatrices qu'elles produisaient étaient peu importantes, mais au point de vue de l'efficacité, il n'y en avait pas une qui valût quelque chose. Toutes avaient le même défaut, c'est-à-dire elles ne vidaient pas d'une manière rapide et complète les cavités purulentes; par conséquent la guérison se faisait attendre longtemps.

Si la cautérisation n'exposait pas facilement aux dangers des complications des plaies, elle devait être cependant une opération lente et douloureuse; la guérison devait être très longue à se produire.

La *ponction avec injection antiseptique* est une opération moins grave que celle de *l'incision antiseptique*; pour pratiquer la première on pourra se passer de la narcose; pour la seconde, au contraire, celle-ci sera le plus souvent indispensable.

La plaie résultant de la ponction sera petite, celle de l'incision, par contre, sera grande. Si la ponction est plus avantageuse au point de vue de la gravité, elle ne l'est certainement pas au point de vue de l'efficacité. Par la ponction le pus s'écoule difficilement, il peut même arriver qu'un clapier n'ayant pas été ponctionné, la guérison est retardée par la rétention du pus. Avec l'incision on n'a pas cet inconvénient et on peut nettoyer complètement, d'une seule séance, toutes les cavités purulentes de leur contenu.

De cette façon, il n'y aura plus d'irritation et celle-ci faisant défaut, on n'aura pas non plus la douleur et la fièvre. Ces avantages sérieux ne sont que rarement obtenus au moyen de la ponction. L'incision antiseptique est donc à préférer à la ponction avec injections antiseptiques.

Les avantages que présente l'incision antiseptique sont grands et nombreux, mais il ne faudrait pas croire pour cela que cette méthode ne laisse plus rien à désirer. Nous savons parfaitement bien que quand on est en présence d'un abcès petit et dont le pus est bien collecté et, qu'en outre, on a la ferme conviction qu'il n'y a pas à côté de cet abcès d'autres abcès en formation, la chose la plus simple et la plus naturelle est de pratiquer une large incision. Malheureusement, ce n'est pas toujours sous cette forme que les abcès du sein se présentent ; il arrive, et ce n'est pas rare, de les voir sous la forme d'abcès multiples. Quand ceux-ci sont bien formés, la chose est encore facile, car en introduisant les doigts ou une sonde cannelée dans la cavité principale, on cherche à faire communiquer entre eux les différents foyers purulents. Mais le cas est bien autrement compliqué quand les abcès sont à peine en formation et qu'il est impossible de constater leur présence.

Dans ces conditions, excepté les abcès qui pourront s'ouvrir dans l'incision que l'on vient de pratiquer, parce qu'ils ne se trouvent séparés de celle-ci que par une mince cloison ; tous les autres qui sont séparés par une plus grande épaisseur de tissus, pourront très bien, en suivant le chemin le plus court, venir du côté de la peau et obliger ainsi le médecin à une deuxième et à une troisième intervention.

Pour démontrer que l'on peut trouver un foyer purulent dans un sein et que, à côté ou à distance de ce même foyer, il peut en exister d'autres en voie de formation, nous ne croyons pas nécessaire de recourir à l'observation de Velpeau, où il nous dit qu'il a compté 52 abcès consécutifs sur un même sein dans l'espace de deux mois.

Pour les abcès qui se présentent sous cette forme, la méthode par le drainage est, sans doute, celle qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. M. le professeur Vaucher nous dit avoir drainé un grand nombre d'abcès du sein, appartenant à la forme dont nous venons de parler, et il n'a jamais observé l'apparition d'un nouvel abcès.

Si maintenant, au moyen de la méthode de l'incision antiseptique, on observe de temps à autres l'apparition d'abcès secondaires et jamais avec celle par le drainage, nous croyons fermement être du côté de la raison en admettant que cet effet favorable est dû à l'action des drains.

Nous nous expliquons cette action de la façon suivante : Au fur et à mesure que les abcès secondaires se forment et suppurent, le pus, au lieu de s'ouvrir un chemin du côté de la peau, trouve plus de facilité d'aller du côté des drains, peut-être parce que le chemin est plus court. Ceci est, sans doute, un avantage qu'il faut assigner d'une manière spéciale à la méthode par le drainage. Outre celui-ci, nous pouvons encore dire que les plaies faites au moyen du trocart, étant beaucoup plus petites que celles faites par l'incision, leur guérison est plus rapide.

Tout dernièrement, nous avons eu l'occasion de soigner un sein atteint d'abcès, qui avait déjà été incisé

par un autre médecin. Les plaies faites par le trocart étaient déjà toutes complètement cicatrisées, quand celle de l'incision était seulement en voie de cicatrisation.

Ce n'est pas tout. M. Duplay, à la fin de sa leçon qui traite de l'incision antiseptique des abcès du sein et que nous avons déjà citée plus haut, dit « je veux terminer par une considération plus pratique ; ne vous attendez pas à voir de suite après la guérison de l'abcès, la glande reprendre sa consistance normale ; elle est parfois dure comme du bois encore pendant des semaines ; il peut même se faire une poussée aiguë. »

Par la méthode du drainage, nous n'avons pas à nous plaindre de pareils inconvénients ; tous les seins, soignés par ce moyen, ont recouvré leur souplesse naturelle au bout de très peu de temps, et si l'on n'avait pas aperçu, en regardant de très près, les toutes petites cicatrices, il eût été impossible de dire que ces seins, cinq semaines avant, avaient été atteints d'abcès énormes.

Pour ce qui concerne les bénéfices immédiats de l'opération, nous dirons qu'ils sont complètement analogues à ceux qu'on obtient par l'incision ; la douleur disparaît immédiatement, l'état général de la malade s'améliore, et si la fièvre ne s'abaisse pas toujours tout de suite, un jour plus tard, tout au plus, on voit osciller la température à très peu de distance de la normale.

En présence de tous ces avantages, nous ne pouvons qu'accepter cette méthode comme bonne, et il serait très avantageux de préférer celle-ci à celle de l'incision antiseptique chaque fois qu'on aura à faire

à un abcès dont les symptômes et la marche font croire que cet abcès n'est pas unique, mais que plusieurs lobules de la glande sont atteints d'inflammation à des degrés différents.

La description claire et bien détaillée que M. Pianté nous offre dans sa thèse, en décrivant le procédé de M. Léon Tripier, de Lyon, pour l'incision antiseptique, nous aidera beaucoup.

« Cette incision, pour être absolument inoffensive « pour donner tous les résultats attendus, doit être « entourée de certaines précautions. »

« Voici le *modus faciendi*.

« Pendant qu'on procède à l'anesthésie, on s'occupe à désinfecter soigneusement le champ opératoire et les parties voisines. On lave au savon d'abord le creux axillaire du côté malade, les deux seins, le cou, la poitrine jusqu'à l'ombilic inclusivement ; on passe le rasoir pour enlever tous les poils du creux axillaire, ainsi que les squammes épidermiques et les poils du sein malade ; puis enfin on termine par un autre lavage de toutes ces parties avec de l'eau phéniquée forte à 50 p. 1000.

Une fois ces précautions prises, le chirurgien, pourvu d'un vêtement spécial dont les manches sont relevées au-dessus du coude, les mains absolument désinfectées, armé d'un bistouri qui a préalablement séjourné dans de l'huile phéniquée portée à 120° centigrades, fait une incision verticale de 0,04 centimètres environ au milieu du point le plus fluctuant de l'abcès. Par une légère pression exercée tout autour, la cavité purulente se vide presque complètement. On introduit dans la cavité un doigt, pour se rendre

compte des anfractuosités qu'elle peut présenter; si l'on rencontre des tractus fibreux qui cloisonnent en tous sens, séparant des intervalles remplis de pus et de débris cellulaires, on brise les moins résistantes de ces cloisons et on arrive ainsi à avoir une poche principale, une sorte de carrefour. Quand on constate que la cavité principale est en communication avec des espèces de galeries en forme de culs-de-sac, alors à l'extrémité de chacune d'elles on fait une contre-ouverture de la manière suivante: le doigt est introduit d'abord pour soulever et tendre les tissus; de l'autre main, le chirurgien fait avec le bistouri une incision de dix à quinze millimètres, n'intéressant que le derme; par cette incision, et de dehors en dedans, il enfonce jusque dans la cavité de l'abcès, à travers des tissus qui l'en séparent, une sonde cannelée. En suivant la rainure de la sonde cannelée, il glisse le plus loin possible le dilatateur-gouttière.

Cela fait, saisissant un drain avec la pince de Lister, il l'introduit dans la gouttière du dilatateur, qui le conduit de cette façon jusqu'à sa destination; puis enfin retire le dilatateur. Quand chaque cul-de-sac est ainsi successivement mis en rapport avec l'extérieur et que tous les drains sont disposés, comme il vient d'être dit, il est temps de procéder au lavage antiseptique de la cavité purulente. Ceci consiste à faire passer par l'orifice principal et par chacun des drains un courant d'une solution de chlorure de zinc à 8 %. Cette première irrigation est suivie d'une seconde à l'eau phéniquée faible, qui a pour but d'enlever l'excédent de la solution du chlorure de zinc et les caillots formés sous son influence qui pourraient obstruer les drains. On lave ensuite soigneusement le

pourtour de la plaie et tout l'organe avec des tampons de coton imprégnés d'eau phéniquée forte. c'est-à-dire à 50 °<sub>00</sub>. Le lavage terminé, on remplit la cavité de gaze iodoformée légèrement tassée, et du iodoforme en poudre fine est insufflé au moyen du pulvérisateur de Woelfler sur toutes les surfaces cruantées. De la gaze phéniquée froissée et saupoudrée d'iodoforme est appliquée à l'extérieur sur la plaie et sur les ouvertures des drains, puis tout autour du sein, de façon à former une couche élastique et éminemment propre à l'absorption des liquides qui s'échapperont de la plaie. Cette couche de gaze est recouverte des doubles de Lister, de dimension suffisante pour recouvrir toute la poitrine. Cette pièce du pansement est fendue avec les ciseaux au niveau du creux axillaire, afin d'embrasser la racine du bras et de se rejoindre sur l'épaule, où on commence à la fixer à l'aide d'une bande de tarlatane mouillée dans l'eau phéniquée.

D'autres bandes font le tour de la poitrine, reviennent sous le sein malade, qu'elles tendent à soulever. légèrement d'abord, plus vivement ensuite, passent sur l'autre épaule, redescendent successivement d'un côté et de l'autre du thorax, de façon à emprisonner dans leurs méandres non seulement le sein malade, mais encore celui qui ne l'est pas. Pour ce dernier, il est utile chez les femmes grasses de le garnir en dessous et de côté avec du coton pour ne pas le léser.

Reste à placer le coton sur les bords du pansement, pour prévenir l'introduction des germes. C'est d'abord autour du cou, des épaules et des côtés qu'on le distribue par bandes de 0,20 centimètres environ de longueur. On le maintient à l'aide de bandes de tarlatane qui servent aussi à immobiliser le bras du côté du sein malade.

Le principe formulé par M. Léon Tripiier est qu'après toute opération de quelque importance, il faut toujours ouvrir et renouveler le pansement le lendemain pour se rendre compte de l'état de la plaie, et surtout pour le débarrasser des liquides assez abondants qu'elle a éliminés et qui souillent les pièces de l'appareil. »

Abstraction faite de la toilette antiseptique qu'on fait sur le champ opératoire et ses environs, qui reste toujours la même pour tous les opérateurs, on peut observer que tous les chirurgiens ne suivent pas strictement la méthode que nous venons d'indiquer. Mais les petites variations qu'on y observe concernent seulement la plus ou moins grande longueur de l'incision, le nombre des drains et la méthode de les appliquer.

Billroth, par exemple, pour les abcès de petit volume, se limite à une incision de 1 centimètre de longueur seulement, et faite toujours dans la direction radiaire de la mamelle. — Immédiatement, au moyen d'une pince, il introduit un drain. Il presse légèrement sur l'abcès, pour que le pus sorte par le drain, puis il fait des injections très faibles.

Cet auteur pense que, quand on soigne dès le début un abcès du sein, on ne doit jamais irriter les cavités purulentes par de fortes injections.

« Le pus des mastites, » dit-il, « n'est presque jamais décomposé; pour cela il n'est pas nécessaire de le désinfecter. »

« Autrement, » continue M. Billroth, « il faudra traiter les abcès dans lesquels on a une ouverture spontanée ou une incision insuffisante sans précautions antiseptiques. Dans ces cas, le professeur de

Vienne ne se contente plus d'une petite ouverture, mais il fait plusieurs ouvertures radiaires de 2-3 centimètres de longueur. Dans la cavité purulente, il introduit un doigt et, à côté de celui-ci, un tube irrigateur; il fait maintenant des injections avec une solution d'acide phénique au 3 %, jusqu'à ce que celle-ci sorte presque claire, puis il déchire les cloisons dans la profondeur de l'abcès, afin de mettre toutes les cavités en communication. Il fait une nouvelle injection à l'eau phéniquée et place ensuite de gros drains dans les différentes ouvertures.

Une chose encore, sur laquelle tous les chirurgiens sont complètement d'accord, est celle qui concerne le pansement: celui-ci doit être changé chaque fois qu'il est traversé ou que la malade accuse des douleurs. S'il est traversé, il faut le changer, parce que dans ces conditions il ne remplit plus son but qui est d'absorber les liquides; si la malade accuse des douleurs, c'est, ou parce que le pansement est mal fait et empêche la sortie du pus, ou parce qu'il y a un nouvel abcès en voie de formation; dans ces cas, il faudra défaire le pansement et ouvrir immédiatement l'abcès s'il existe.

Les pansements doivent toujours être faits avec le plus grand soin, soit pour obtenir une bonne compression, soit pour réaliser une antiseptie sérieuse, car il ne faut jamais oublier que la moindre négligence pourrait entraîner les plus graves conséquences.

Voici, en regard de la description de l'incision antiseptique, celle du procédé opératoire de M. le professeur Vaucher (incision, drainage et injection antiseptique).

Après avoir fait l'anesthésie et le nettoyage antiseptique du champ opératoire et de ses environs, on palpe le sein malade et dans la partie où l'on sent que la fluctuation est la plus appréciable, on fait au moyen d'un bistouri aseptique une incision de un à deux centimètres. Cette ouverture pratiquée, on comprime l'organe pour faire sortir la plus grande quantité de pus possible ; puis on fait dans la cavité purulente un lavage avec une solution de sublimé au millième. On s'arme ensuite d'une sonde cannelée, aseptique bien entendu, qu'on introduit par l'ouverture préalablement pratiquée, et en promenant la pointe de la sonde dans tous les sens où on peut constater la présence de liquide, on cherche, en brisant les cloisons, à mettre en communication entre eux les différents clapiers qui peuvent se trouver dans la glande. Cela fait, on nettoie avec la solution antiseptique les différentes cavités.

Si l'abcès est petit et formé d'une seule cavité, M. le professeur Vaucher se contente de passer un seul drain dans la cavité purulente, ce qu'on fait toujours, du reste, quand on opère par la méthode de l'incision antiseptique.

Mais si l'abcès est grand ou qu'on soupçonne qu'il y a plusieurs lobules enflammés, il conseille de placer deux drains, même trois s'il le faut. Généralement ces drains sont au nombre de deux et placés en croix perpendiculairement l'un à l'autre.

Pour le placement de ces tubes, notre professeur, à l'exemple de Chassaignac, se sert d'un trocart ; mais celui qu'il emploie est un peu plus grand que celui du chirurgien français. Par l'ouverture donc préalablement pratiquée, il introduit le trocart ; en donnant à celui-ci la direction la plus favorable pour le but qu'il

se propose, il le pousse jusqu'à sa sortie à l'endroit voulu du côté opposé. Cela fait, il retire la lame du trocart, fait passer le tube dans la canule et retire cette dernière. De la même façon, il place le second tube ; puis il noue les extrémités des tubes entre elles avec un fil aseptique. Il fait passer maintenant par les drains, à l'aide d'une seringue, un courant de la solution antiseptique, courant qui continue jusqu'à ce que l'eau sorte claire. Avec des tampons d'ouate stérilisée, on essuie soigneusement le sein et les parties environnantes. Puis du iodoforme en poudre fine est insufflé, au moyen du pulvérisateur de Wœlfler, sur les ouvertures d'entrée et de sortie des drains. Sur tout le sein, on applique de la gaze iodoformée, et au-dessus de celle-ci on place du coton stérilisé en quantité suffisante pour que la mamelle soit bien soutenue et doucement comprimée, sans causer de douleurs à la malade. Le tout est tenu en place par le bandage de Mayor.

Il est très avantageux de refaire le pansement tous les matins, au moins pour les quatre premiers jours, puis tous les deux jours. Quand on sera sûr que la poche ou les poches ne contiennent plus de pus, il faudra sortir les drains. Dès ce moment, une compression méthodique est absolument nécessaire ; c'est grâce à cette compression que l'on obtiendra la disparition des clapiers dans l'organe.

Notre Professeur pratique ce traitement déjà depuis plusieurs années et il a toujours eu des résultats très satisfaisants ; les observations que nous avons consciencieusement recueillies cette année et que nous allons publier plus loin, en sont la preuve. Dans celles-ci, en effet, on verra que sur sept cas d'abcès du

sein soignés par la méthode de drainage, il y a eu une femme seulement qui ait eu besoin d'un mois et sept jours pour se guérir; toutes les autres ont obtenu leur guérison, on peut dire presque complète, au bout de trois à quatre semaines.

## CONCLUSIONS

---

I. Les abcès du sein sont dus à des micro-organismes qui peuvent être cultivés : l'origine infectieuse des abcès de la mamelle étant démontrée, il est nécessaire de se mettre à l'abri de l'infection par des précautions antiseptiques dont l'ensemble constitue le traitement prophylactique.

II. Les solutions de continuité des téguments servant de porte d'entrée aux microbes, elles doivent être l'objet de soins tout à fait spéciaux. Par des précautions hygiéniques, il faut donc prévenir leur production et se hâter de les combattre par des moyens appropriés aussitôt qu'elles apparaissent.

III. Une douce compression ouatée et l'immobilisation du bras réussira souvent à provoquer la résolution de la phlegmasie mammaire.

IV. Quand on constate la présence du pus, il faut immédiatement lui donner issue.

V. La méthode de l'incision antiseptique pure a beaucoup moins de chances de prévenir les abcès secondaires que la méthode de l'incision antiseptique combinée au drainage.

VI. Si toutes les précautions antiseptiques sont prises rigoureusement, avant, pendant et après l'opération, on n'observera jamais ni lymphangite ni érysipèle.

VII. Les douleurs sont calmées immédiatement. La guérison survient en moyenne au bout de 25 à 30 jours.

VIII. Les mamelles reprennent en général leur forme et leur souplesse naturelle au bout de cinq à six semaines.

IX. Les cicatrices avec la méthode du drainage sont moins appréciables qu'avec l'incision antiseptique simple.

---

## OBSERVATIONS

---

### Obs. 1. Abscès du sein à foyers multiples. Drainage. Guérison après 26 jours.

D... Fanny, 22 ans, ménagère, entre à la Maternité le 9 juillet 1892.

Réglée à 13 ans, règles toujours régulières.

Accouchée pour la première fois le 14 juillet 1890; grossesse, accouchement et suites normaux.

Accouchée pour la seconde fois le 18 juin 1892; grossesse et accouchement normaux. Elle a nourri 8 jours, souffrait en allaitant à cause de quelques crevasses qu'elle avait au mamelon. La sage-femme qui la soignait n'ayant fait subir aucun traitement et n'ayant point fait prendre des précautions, il s'est formé un énorme abcès, occupant la partie inférieure et interne du sein droit. On constate de la fluctuation par places. En un endroit, la peau est tellement tendue qu'elle commence à se gangrener.

Le 10 juillet, après avoir lavé soigneusement le champ opératoire avec une solution de sublimé au millième, on fait une incision sur la partie la plus déclive du côté externe du sein, qui laisse écouler une grande quantité de pus *bonum et laudabile*. Comme on constate que l'abcès n'est pas unique, mais multiple, on cherche, à l'aide d'une sonde cannelée, à mettre en communication entre eux les différents clapiers. Ensuite on place deux drains en croix. À l'aide d'une seringue, on fait passer par les drains une solution de sublimé au millième; on lave la mamelle avec la même

solution et on l'essuie soigneusement. A l'endroit où les drains percent la peau, on met de l'iodoforme en poudre. Puis de la gaze iodoformée et par dessus du coton stérilisé complètent le pansement. Le tout retenu en place par le bandage de Mayor. Le soir de l'opération, la température est montée à 38°5.

Le 11, soulagement notable; le sein est encore dur et infiltré. En le comprimant, on fait écouler par les drains beaucoup de pus. Même pansement. Apyrexie.

Le 12, le pansement est de nouveau traversé; le sein est moins dur et moins infiltré que hier. La douleur est presque nulle. Même pansement.

Le 13, le sein n'est presque plus infiltré, il n'est plus douloureux. Le pansement est traversé. Même pansement. La malade veut absolument quitter la Maternité, pour ne revenir qu'à la consultation tous les deux jours. On lui fait cette concession.

Le 15, le pansement est traversé. En comprimant légèrement, il sort encore une petite quantité de pus, qui n'est plus aussi épais que celui des premiers jours. Pas de douleurs. Le volume du sein a diminué, l'hyperémie des premiers jours a disparu. Même pansement.

Le 20, il ne s'écoule plus par les drains, depuis plusieurs jours, qu'un peu de sérosité purulente.

Le 22, on ôte les drains et on les remplace par de petites mèches de gaze iodoformée.

Le 25, les plaies des drains ont un bel aspect bourgeonnant et ont déjà diminué en surface. Ecoulement nul. L'abcès est évacué en totalité. Même pansement.

Le 30, la souplesse du sein est presque normale. Les plaies sont presque cicatrisées. Même pansement.

Le 5 août, les plaies sont cicatrisées. La malade est parfaitement guérie.

**Obs. 2. Abscès du sein à foyers multiples pendant l'allaitement. Drainage. Guérison en 19 jours.**

B... Marie, 28 ans, couturière, entre à la Maternité le 18 janvier 1893.

Accouchée à la Maternité d'un garçon à terme le 7 décembre 1892. Elle a allaité son enfant, lorsque, au commencement de janvier, elle a eu des écorchures au mamelon des deux seins. Quelques jours après, elle sent de fortes douleurs dans tout le sein gauche. Elle a été obligée de cesser l'allaitement. Après quelque temps, les écorchures du sein droit guérissent. Au-dessus de l'aréole du sein gauche, au contraire, se forme une collection purulente. La peau à cet endroit devient de plus en plus mince et s'ouvre spontanément.

C'est à ce moment que la malade vient à la Maternité.

La peau est sphacelée sur une étendue grande comme une pièce de 5 francs. On enlève la plaque de sphacèle et on constate la présence de deux abcès.

Le 22 janvier, le sein est devenu plus douloureux, très hyperémié. Les ganglions de l'aisselle gauche sont engorgés et douloureux. Très profondément, dans la glande, on soupçonne la formation d'une nouvelle collection purulente. On ne pouvait pas s'expliquer autrement cette hyperémie et cette douleur.

Le 24 janvier, on passe un drain qui traverse de part en part toute l'épaisseur de la glande. Il s'écoule par les drains une certaine quantité de pus.

Lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Le 30 janvier, quoique au sixième jour seulement après le début du traitement, le sein a complètement changé de volume et de coloration. La lymphangite superficielle a disparu. Les douleurs n'existent presque plus. Les ganglions de l'aisselle ont regressé et ne sont plus douloureux.

Même pansement,

Le 1<sup>er</sup> février, on sort le drain, qui est remplacé par des mèches de gaze iodoformée. Pansement iodoformé. Lavage tous les deux jours jusqu'au 8 février. La malade demande son *exéat*, qu'on lui accorde. Il ne reste plus que deux petites plaies bourgeonnantes et un peu d'induration çà et là dans la glande.

Le 12 février, la malade vient à la consultation, et on constate que le sein est parfaitement guéri.

**Obs. 3. Absès des deux seins pendant l'allaitement. Drainage. Guérison après 10 jours.**

D... Emma. 24 ans, repasseuse. entre à la Maternité le 4 février 1893.

Réglée à 15 ans ; règles toujours régulières.

Accouchée pour la première fois le 14 janvier 1893. Elle n'a pas donné le sein à son enfant pendant quelques jours, à cause de gerçures très douloureuses sur les deux mamelons.

Le 28 février, elle ressent des douleurs sourdes dans le sein droit, avec irradiations dans le dos et dans le bras droit. Le sein devient turgide, rouge, très douloureux à la pression. La malade dit avoir mis des cataplasmes de farine de lin.

Les ganglions axillaires sont engorgés et douloureux.

Peu à peu, le sein gauche devient aussi douloureux.

Le 3 février, elle fait demander un médecin qui lui ordonne des cataplasmes et des injections de morphine pour lui donner un peu de repos pendant la nuit.

Le lendemain, le 4 février, la malade arrive à la Maternité.

Le 5 février, on lui fait une incision au moyen du bistouri à la partie supérieure du sein droit avec contre-ouverture en dessous.

Il s'écoule une quantité de pus très liquide, clair, mélangé à du lait.

On passe ensuite un drain.

Le sein gauche a subi également la même opération ; il s'écoule de celui-ci une quantité de pus assez considérable.

Lavage au sublimé, pansement iodoformé. Le lavage au sublimé et le pansement iodoformé sont répétés tous les jours, comme d'habitude, jusqu'au 10 février, jour dans lequel on ôte les drains.

Il ne s'écoule qu'une très petite quantité de pus. Même pansement.

Le 12 février, les deux seins sont souples, pas de douleurs à la pression. Les absès sont complètement évacués. Les plaies sont presque cicatrisées.

Le 15 février, la malade quitte la Maternité complètement guérie.

**Obs. 4. Abscès du sein à foyers multiples pendant l'allaitement. Drainage. Guérison après 24 jours.**

M..., Marie, 35 ans, ménagère, très bien constituée, entre à la Maternité le 10 avril.

Accouchée pour la troisième fois le 5 mars 1893. Grossesse et accouchement normaux. Elle a nourri son enfant au sein pendant 20 jours à peu près. Dès les premiers jours de l'allaitement, elle a observé des gerçures douloureuses sur le mamelon du côté droit. Une sage-femme lui ordonna de mettre sur le sein malade des cataplasmes de farine de lin. Après 8 jours de ce traitement, le sein devint turgide, douloureux, livide et sur les parties tout à fait périphériques, on observait une éruption due très probablement à la farine de lin. Un abcès s'ouvrit spontanément à gauche du mamelon. La sage-femme fait continuer les cataplasmes. La malade n'allant guère mieux, elle vient à la Maternité.

Le 10 avril, le sein est volumineux, très douloureux à la pression; sur le côté gauche du mamelon du sein droit on constate une perte de substance, par laquelle sort du pus très épais. On lave le sein avec une solution de sublimé au millième, on met un protectif sur la perte de substance, puis on applique du coton phéniqué et on renvoie ainsi au lendemain l'application des drains.

Les ganglions sont enflammés.

Le 11, on lui passe un drain en profitant de l'ouverture existante.

Lavage de la cavité purulente au sublimé, pansement iodoformé, comme d'habitude.

Le soir de l'opération, grand soulagement. Pas de fièvre.

Le 12, le pansement est traversé; le volume du sein a beaucoup diminué, les douleurs sont presque nulles.

Même pansement.

Tous les jours pendant une semaine, on fait des lavages antiseptiques dans la cavité purulente et les pansements sont toujours faits à la gaze iodoformée.

Le 24 avril, on ôte le drain et on le remplace par une petite mèche de gaze iodoformée.

Les plaies présentent un bel aspect bourgeonnant. Les ganglions de l'aisselle ne sont plus perceptibles. Pas de douleur à la pression.

Le 4 mai, le sein a acquis le volume de son congénère. Pourtant à une palpation attentive, on constate quelques indurations. Il n'est pas douloureux.

Les plaies sont complètement cicatrisées. La femme demande sa sortie.

**Obs. 5. Abscess du sein droit à foyers multiples. Drainage. Guérison après 37 jours.**

G..., Joséphine, 23 ans, ménagère, entre à la Maternité le 8 septembre 1893.

Réglée à 14 ans, menstruation irrégulière, mais indolore. Premier accouchement à 5 mois, il y a 2 ans.

Accouchée pour la deuxième fois, le 10 mai 1893, d'un enfant né à terme et qui n'a vécu que trois mois. Cet enfant a toujours été maigre, chétif; il a subi un traitement spécifique contre la syphilis héréditaire.

La malade dit n'avoir jamais eu des maladies antérieures.

Elle allaite son enfant pendant un mois environ; elle n'a jamais remarqué des crevasses.

Quelque temps après le sevrage, elle aurait pris froid et son sein depuis ce jour-là a commencé à devenir douloureux et à enfler.

Une sage-femme consultée pour cette indisposition avait conseillé de frictionner le sein avec de la pommade camphrée, médicament qui n'a apporté aucun soulagement, au dire de la malade.

Voyant que la pommade ne faisait pas l'effet désiré, la malade consulte un médecin qui diagnostique un abcès et lui ordonne une pommade pour se frictionner.

Le 4 septembre, la malade vient à la Maternité et consulte M. le Dr Chenevière, chirurgien-adjoint, qui constate un abcès, dont la fluctuation cependant n'était pas encore

bien sensible. M. Chenevière lui ordonne de se frictionner avec de la pommade belladonnée et d'appliquer des cataplasmes de farine de lin.

Le 8 septembre, elle entre dans le service.

*Status.* Femme de taille moyenne, bien conformée, blonde, un peu pâle.

*Systèmes* digestif, respiratoire, circulatoire, uro-génital, rien de particulier.

*Système nerveux.* Légers maux de tête de temps à autres.

Le sein droit est volumineux, très hyperémié. La surface est bosselée, surtout du côté externe; à la pression il est très douloureux.

Le 9 septembre, on lui passe un drain qui va d'un côté à l'autre du sein malade. Sa direction est de haut en bas et de dedans en dehors. Par le drain sort beaucoup de pus. On lave le sein et on fait des injections antiseptiques intraglandulaires. Pansement iodoformé.

Le soir de l'opération, la température monte à 39°,5.

Le 10, température, matin, 37°,0; soir, 38°,2. Le sein est encore dur et douloureux par places quand on le comprime. Lavage et pansement iodoformé.

Le 11, température, 37°,5. Le sein est moins dur, moins douloureux que hier. La malade dit se sentir beaucoup mieux. Même pansement.

Le 12, le sein est moins rouge, moins volumineux et presque pas douloureux à la pression.

Même pansement. Apyrexie.

Le 13, le pansement n'étant pas traversé et ne causant pas de douleurs à la malade, il est laissé en place.

Le 14, pansement traversé. Du côté interne et au-dessous du mamelon, on constate une masse dure, résistante.

Lavage et pansement iodoformé. Température 36°,5.

Le 16, le sein a beaucoup diminué de volume.

Les plaies du drain présentent un bel aspect bourgeonnant. On ôte le drain. Même pansement.

Le 19, l'abcès a donné un peu de pus. Il est moins dur et presque pas douloureux.

Le 25, la malade quitte la Maternité, quoique les plaies ne soient pas encore complètement fermées, surtout celles qui se trouvent en dehors et en bas. Même pansement.

On permet à la malade de se rendre chez elle, mais à condition de venir tous les trois jours à la consultation.

Le 10 octobre, une des plaies est complètement guérie, l'autre pas encore; on y constate une petite ouverture. Même pansement.

Le 15, la plaie est cicatrisée. Le sein est complètement guéri.

**Obs. 5. Abscès du sein à foyers multiples. Incision. Drainage. Guérison en 29 jours.**

T... Alphonsine, 24 ans, ménagère, entre à la Maternité le 26 octobre 1893.

Réglée à 15 ans, menstruation normale, durée 2 jours, pas de dysménorrhée.

Accouchée pour la première fois le 14 juin 1892; grossesse, couches normales.

Accouchée pour la seconde fois le 1<sup>er</sup> octobre 1893; couches normales; la mère nourrit son enfant.

Les suites de couches sont bonnes jusqu'au dixième jour; à ce moment, la malade éprouve des frissons, de la fièvre, les seins deviennent douloureux, surtout le gauche; celui-ci devient en même temps plus dur et plus volumineux que le droit.

Les jours suivants, la malade éprouve des douleurs intenses dans le sein gauche, elle cesse d'allaiter avec son sein malade. La fièvre est forte; la malade est obligée de vaquer à ses occupations. Elle fait demander la sage-femme, qui badigeonne le sein malade avec de l'huile camphrée, applique des cataplasmes et fait des frictions avec de l'onguent mercuriel.

Malgré ce traitement, les douleurs s'exaspèrent, la fièvre augmente.

Le 25 octobre, la malade consulte un médecin, qui ouvre l'abcès par une incision latérale et conseille à la malade d'entrer à la Maternité pour avoir des soins réguliers.

Le 26, la malade entre à la Maternité.

Status. Femme de petite taille, maigre, pâle, fatiguée. Allaité son enfant avec le sein droit, dont le mamelon est

très douloureux. Le sein gauche est très augmenté de volume, la peau est hyperémiée, la surface est bosselée, la consistance est inégale. On observe deux incisions latérales, par lesquelles sort du pus franchement phlegmoneux. Sur les deux mamelons, il y a des crevasses.

La température est très élevée (39°.8). La sensibilité spontanée et provoquée très exagérée. Langue chargée, peu d'appétit, envie de vomir, constipation. Oppression. Pouls fréquent, 100 à 120 pulsations. Insomnie, angoisse. Miction normale, pas d'albumine dans l'urine.

Le 27 octobre, les incisions pratiquées sur le sein gauche ne se trouvant pas sur les parties déclives, le pus a de la peine à sortir. On se décide alors de traiter la malade par la méthode du drainage. Après anesthésie à l'éther et lavage antiseptique sur le champ opératoire, on fait une nouvelle incision. Le pus sort par celle-ci en abondance. On fait des lavages dans les différentes cavités que la sonde cannelée a réussi à découvrir. Ensuite on place deux drains en croix. Par les drains on fait de nouveau passer un courant de la solution antiseptique; puis pansement à la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la malade dit éprouver un grand soulagement, malgré une température de 39°.8.

Le 28, le pansement est traversé; la peau du sein est moins hyperémiée; on fait des injections par les drains et on fait le même pansement. T. m.=37°.2, S=38°.0.

Le 29, on refait le pansement. Apyrexie. La malade dit se trouver assez bien.

Le 30, même pansement; température normale.

Le 31, le sein est encore dur; par les drains sort encore un peu de pus. Apyrexie. Le soir, la température monte brusquement à 39°.

Le 1<sup>er</sup> novembre, la fièvre est retombée à 38°. Par de légères pressions, on fait sortir par les drains du pus très épais. Faisant passer par les drains des injections antiseptiques, on les voit sortir très sales. On continue les injections jusqu'à ce que le liquide sorte bien clair. La fièvre qu'on avait observée était sans doute due à la rétention.

Le 2 novembre, la température est redescendue à 37°. La malade se sent mieux. Par les drains ne sort presque plus de pus. Même pansement.

Le 3 novembre, le sein est encore dur, la peau n'est plus hyperémisée. La douleur a disparu, même à une légère pression. Par les drains ne s'écoulent que quelques gouttes de pus. On enlève les drains. Apyrexie.

Le 8 novembre, le sein a diminué de volume; il est peu douloureux à la pression. Il ne s'écoule par les ouvertures que quelques gouttes de pus très clair. Température normale.

Le 10 novembre, le sein gauche va de mieux en mieux; mais celui du côté droit devient douloureux et en dedans on constate une induration. On met de l'onguent mercuriel belladonné sur les deux seins.

Le 15 novembre, le sein gauche ne donne plus de pus par les ouvertures. Son volume est presque normal, mais à la palpation on constate encore des indurations. Celui du côté droit est dur, douloureux, mais la peau n'est pas hyperémisée. Injections antiseptiques dans le sein gauche qui ressortent encore un peu troubles. Onguent mercuriel belladonné sur les deux seins.

Le 19 novembre, l'état général de la malade est bon. Les deux seins ne sont presque plus douloureux, mais ils sont encore un peu durs. La malade demande sa sortie, et on la lui accorde, à condition qu'elle vienne tous les quatre jours pour le pansement.

Le 25, les seins sont encore un peu durs, mais presque plus douloureux. Les plaies sont complètement cicatrisées.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

*Billroth.* — Handbuch der Frauenkrankheiten. I, II, III, X. Stuttgart. 1879-1880. In-8°.

*Borie.* — Des abcès parenchymateux du sein et de leur traitement. Paris, 1858.

*Budin.* — Pathogénie de certains abcès du sein. Bull. de l'Académie de Méd., 16 avril 1889.

*Bumm.* — Zur Aetiologie der puerperalen Mastitis. Archiv. für Gynackologie. Band XXVII, Heft 11. 1887.

*Chassaignac.* — Traitement des abcès du sein par le drainage. Gaz. méd. de Paris, 1855.

*M.-J. Duval.* — Du mamelon et de son aréole. Paris, 1861.

*Duplay.* — Traité de pathologie externe, t. V, p. 586. 1878.

*Duplay.* — Des abcès du sein. Progrès méd. Paris, 1891. XIV, 379.

*Gautier (V.).* — Revue médicale de la Suisse romande, p. 30. 1886.

*Gille.* — Etude sur les abcès du sein et sur leur traitement. Th. de Paris, 1893.

*Giraldès.* — Des abcès du sein. Gaz. des Hôp., 1854, p. 581.

*Gosselin.* — Clinique chirurgicale de la Charité, t. II, p. 598, 1879.

*Gourgey* (Stéphane). — Fréquences des lésions du mamelon et de la mamelle chez les nourrices. Remarques statistiques sur 589 observations d'accouchements et de suites de couches. Th. de Paris, 1877.

*Lehalls.* — Etiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées. Th. de Paris, 1878.

*Nélaton.* — Sur l'étiologie et le diagnostic des abcès du sein. Press. méd., 1863, et Revue méd. chir., t. XIII, p. 168, 1853.

*Piante.* — Etude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Th. de Lyon, 1885.

*J.-L. Petit.* — Traité des maladies chirurgicales, vol. 1<sup>er</sup>, 1774.

*Rossi.* — Osservazioni sulle cause delle escoriazioni ai capezzoli e della mastitide nelle primipare e metodo di cura più appropriato onde preservare. Ann. univ. di med. Milano, 1845, CXIV, 580-599.

*Tillaux.* — Traité de chirurgie clinique, p. 707. Paris, 1891.

*Trousseau.* — De la compression comme méthode exclusive de traitement des abcès du sein. J. des conn. méd. chir. Paris, 1841, VIII, 45.

*Vacher.* — Abcès du sein chez les nourrices. Th. de Paris, 1882.

