

consiste dans la résection d'une extrémité costale postérieure au niveau de la gibbosité et de l'apophyse transverse correspondante, de façon à obtenir le drainage latéral du foyer.

Enfin, la *généralisation tuberculeuse* peut emporter le malade.

MEMBRES

RUPTURES SOUS-CUTANÉES DES TENDONS

Déchirures sous-cutanées (ligament rotulien, tendon d'Achille).
Le principal symptôme est l'impotence.

Traitement.

Deux conduites : la meilleure est la mise à jour de la région et la *réunion des deux bouts* tendineux.

En cas d'impossibilité, traiter la fracture tendineuse par le *massage* et l'*immobilisation* au moins pendant les premiers jours. Le massage devra être continué pendant des mois.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

[*Instruments* :

Aiguille d'Emmet.

Soie forte et grosse (n° 3 ou 4) et soie fine (n° 0 ou 1).

Fil d'argent moyen.

Crins de Florence assortis.

Anesthésie.

Générale : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564).

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal, le membre étendu sur une table ou un coussin, et maintenu par un aide placé à l'extrémité.

Exécution.

Une fois la région préparée aseptiquement, placer au-dessus de la plaie la bande de caoutchouc.

Incision assez longue au niveau de la rupture et dans l'axe du membre.

Lavage à l'eau bouillie et *nettoyage* complet de la région inter-fragmentaire.

Suture des deux bouts du tendon. Pour cette suture, s'inspirer des types figurés pages 456 et 457.

S'il s'agit d'un *gros tendon* comme le tendon d'Achille, comme le tendon rotulien :

a. Passer dans les deux bouts, à 1 centimètre de leur tranche, un fil de soie assez gros, en le faufilant dans l'épaisseur du tendon.

b. Avant de serrer sur le côté les chefs de ce fil, suturer à la soie fine les bords postérieurs de la déchirure.

c. Serrer le gros fil et le nouer.

d. Suturer à la soie fine les bords antérieurs de la rupture.

Ne pas oublier de suturer l'aponévrose d'enveloppe, puis la peau. En cas de déchirure de la capsule articulaire, fermer cette déchirure au catgut avant de procéder à la suture tendineuse.

En cas d'*écartement très grand* des deux bouts, faufiler un double fil d'argent transversalement dans le bout musculaire ; deux ou trois anses longitudinales appuyées sur ce fil traverseront l'insertion osseuse (olécrâne, rotule...).

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement.

Sec aseptique.

Appareil plâtré (p. 564).

Suites.

Enlever les crins au *septième jour*.

Immobilisation pendant au moins trois semaines. Commencer alors les mouvements passifs, le massage prudent.

RUPTURES SOUS-CUTANÉES DES VAISSEAUX

Consécutives à des écrasements, des déchirures par un fragment osseux, au cours d'interventions sur les articulations.

Caractères. — Si la plaie artérielle se bouche d'elle-même (recroquevillement des tuniques), le membre devient pâle, froid, insensible : plus de pouls au-dessous du point lésé. On observe une tuméfaction sous-cutanée au niveau de la plaie.

En cas contraire, symptômes d'anévrisme diffus ; tumeur de volume croissant, pulsatile.

Pronostic : grave, en raison de la possibilité du sphacèle du membre.

Traitement.**1^{er} CAS. — ARRÊT CIRCULATOIRE**

Désinfecter minutieusement la peau de tout le membre traumatisé (p. 24).

Envelopper ce membre dans une couche d'ouate très épaisse. Serrer modérément.

Malade au *repos absolu* pendant huit à quinze jours jusqu'à ce que la chaleur soit revenue complètement dans le membre.

2^e CAS. — ANÉVRYSME DIFFUS

Dès le début de l'accident, essayer de la *compression digitale* du tronc artériel, au-dessus de la plaie, pendant plusieurs heures (vingt-quatre heures, au besoin).

En cas d'échec, ou plusieurs heures après l'accident, la conduite la plus rationnelle, mais délicate, est l'ouverture de la poche et la ligature des deux bouts.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Anesthésie.

Générale : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

Opération.

S'il s'agit de la continuité d'un membre, mettre la bande d'Esmarch à la racine, faire exécuter la compression digitale par un aide.

1. Fendre la poche dans sa longueur.
2. La débarrasser rapidement du sang et des caillots.
3. Chercher les deux bouts de l'artère pour les lier. Si la veine satellite est lésée, lier aussi ses deux bouts. Mais porter ces ligatures le moins loin possible de la section (pour épargner les collatérales), assez loin cependant pour que la ligature soit solide.
4. Faire lever la compression, pour s'assurer qu'aucun vaisseau ne donne plus.

Pansement.

Aseptique sec.

Suites.

Lever le pansement au bout de huit jours; cette intervention ne met pas à l'abri du sphacèle.

PLAIES DES NERFS

Pronostic. — Dépend de l'infection de la plaie (entraînant la névrite), du séjour de corps étrangers, de l'importance de la plaie elle-même, de celle du nerf lésé.

Si la suture est faite à temps et bien faite, on peut espérer la régénération.

En général, la lésion est d'autant moins grave que le sujet est plus jeune et que la plaie est plus éloignée des centres nerveux.

Traitement.

Opérer la réunion immédiate, si la plaie n'est pas infectée ou si les chances d'infection sont faibles (coup de couteau, éclat de verre). Sinon (plaies contuses nettement souillées), s'occuper d'abord de guérir la plaie et de tarir la suppuration (une suture dans ces conditions exposerait à la nécrose des extrémités nerveuses et à la névrite).

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Une pince à disséquer fine.
Aiguille fine et courbe.
Fil de soie fin (n° 1).
Catgut (n° 0 ou 1).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Trois (un pour l'anesthésie)].
2° De l'appareil plâtré (p. 564).

Opération.

En cas de nerf contus, mâché, commencer par aviver son extrémité obliquement (fig. 308) ou en V (fig. 309). Saisir le nerf par sa gaine avec la pince à disséquer sans le tirer, ni le léser (surtout le bout supérieur). Passer avec une aiguille fine un fil de soie fine à travers le cordon nerveux dans le bout supérieur et dans l'inférieur.

Pour les nerfs de volume assez gros, passer un ou deux fils d'appui transversaux à 1 centimètre de la section, puis deux ou trois d'affrontement, à quelques millimètres de cette même section (fig. 310). Couper les fils ras.

Essayer par un *surjet* au catgut de refaire une enveloppe cellulo-fibreuse au nerf ainsi suturé.

La *suture à distance* peut être nécessaire en cas d'écartement trop grand entre les bouts nerveux.

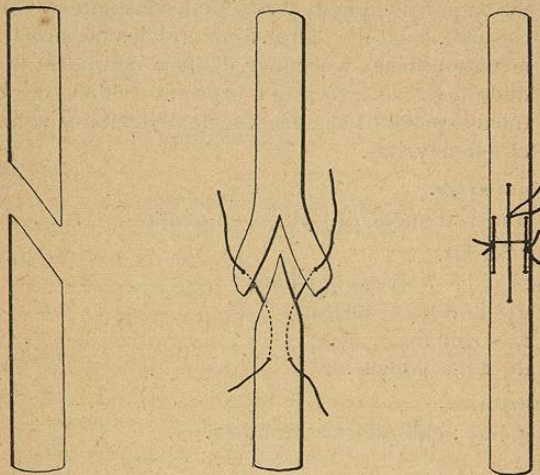


Fig. 308. — Suture nerveuse. Avivement oblique (Bouglé).

Fig. 309. — Suture nerveuse. Avivement en V (Bruns).

Fig. 310. — Suture nerveuse. Procédé de Mickulicz (Bouglé).

Pour cela, passer deux à quatre anses de catgut d'un bout à l'autre.

Ici, surtout, le réengainement par réfection d'une enveloppe cellulo-fibreuse sera des plus utiles.

Pansement.

Aseptique sec.

Appliquer un *appareil plâtré* (dans l'attitude la meilleure pour le rapprochement des extrémités nerveuses).

Suites.

Au bout de trois semaines, enlever l'appareil et commencer un *massage* quotidien léger (effleurage).

Quelques jours après, recourir aux pressions, puis aux mouvements passifs, aux mouvements actifs, aux mouvements actifs avec résistance.

En même temps, tous les deux jours, *bain* local sulfureux.

Le traitement *électrique* sera employé trois fois par semaine : commencer par les courants galvaniques faibles : $I = 8$ à 10 m. a., pendant une demi-heure à une heure (contre l'atrophie musculaire). Au bout de quinze jours de traitement, ajouter les courants faradiques, à chaque séance de galvanisation que l'on écourtera, au fur et à mesure que les mouvements commenceront à revenir.

PLAIES DES TENDONS

Pronostic. — Le retour fonctionnel est la règle, mais l'infection possible des gaines, le nombre des tendons sectionnés, la blessure d'organes voisins peuvent modifier beaucoup le pronostic.

Traitement.

Réunir les bouts divisés le plus tôt possible.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 407).

[Instruments.

Soie (n° variable suivant la grosseur du tendon).

Catgut fin (n° 1).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Trois (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564).

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, le membre étendu sur la table ou sur

un coussin, en position favorable, pour que le ou les muscles intéressés soient dans le relâchement.

Exécution.

La région préparée et la plaie nettoyée aseptiquement

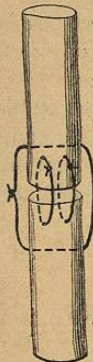


Fig. 311. — Suture d'un gros tendon. Procédé de Le Dentu.



Fig. 312. — Suture d'un tendon plat. Procédé de Le Fort (Mauclaire).

(p. 24), appliquer la bande de caoutchouc au-dessus de la plaie, de façon à bien voir ce que l'on va faire, grâce à l'absence de sang.

1. *Recherche des bouts.* — Le bout inférieur se trouve aisément en faisant mouvoir la région qu'il commande.

Le bout supérieur est plus difficile à trouver : rouler une bande de haut en bas pour le faire saillir dans la plaie ; ou faire exprimer par un aide la région au-dessus de la plaie, toujours de haut en bas.

En cas d'échec, faire une incision dans la direction de la gaine, mais en dedans ou en dehors d'elle (pour éviter la fusion ultérieure des cicatrices).

2. Les bouts affrontés, si l'un ou l'autre est mâchonné, contus, l'aviver d'un coup de ciseaux. Dans tous les cas, *nettoyer les surfaces* que l'on va réunir.

3. *Suture tendineuse.*

Tendon gros, arrondi (fig. 311). — Passer au travers du corps du tendon, un fil d'appui en anse noué sur le côté, à 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la surface de section.

Passer deux ou trois fils d'affrontement dans un sens



Fig. 313. — Suture d'un tendon grêle. Procédé de Schwartz.

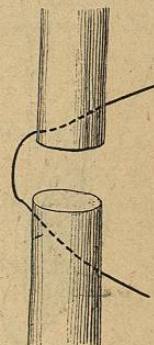


Fig. 314. — Suture d'un tendon grêle. Procédé de Tillaux.

perpendiculaire par rapport au premier, noués sur la face antérieure.

Tendon plat (fig. 312). — Placer un fil transversal qui pénètre deux fois dans chaque extrémité et se noue à la partie inférieure.

Tendon grêle. — Passer un seul fil obliquement dans chaque bout, le nouer latéralement (fig. 314) ou encore : serrer chaque extrémité dans un fil circulaire sur lequel s'appuiera un fil d'affrontement (fig. 313).

Autres genres de suture : *suture en accordéon* (lorsque les bouts sont trop éloignés) (fig. 315).

Suture à distance : placer dans chaque bout, à quelques millimètres de la tranche, des anses de catgut que l'on

entremêlé ensemble et qui sont soutenues par deux fils circulaires enserrant les extrémités.

Suture par anastomose (fig. 316). Si l'on ne peut trouver que le bout périphérique, l'anastomoser au

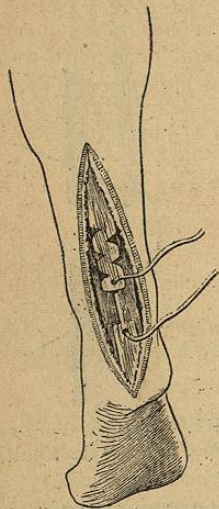


Fig. 315. — Allongement du tendon d'Achille par incisions en accordéon (Poncet).

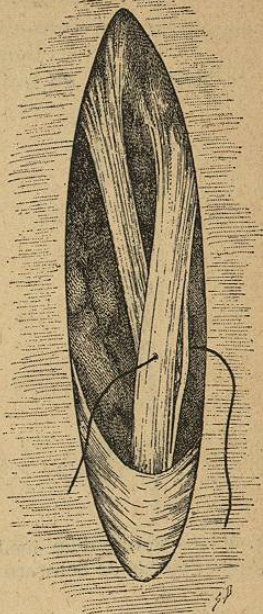


Fig. 316. — Anastomose tendineuse. Procédé de Tillaux et Duplay (Mauclaire).

tendon le plus voisin comme fonctions. Pratiquer une boutonnière longitudinale dans le tendon engainnant. Y inclure l'extrémité périphérique du tendon sectionné. Fixer le tout par un ou deux fils.

4. Ne pas oublier de reconstituer les parois de la gaine du tendon par un surjet de fin catgut.
5. *Suture* de la peau au crin. Eviter que la suture de la gaine et celle de la peau ne soient superposées, pour que leurs cicatrices ne se confondent pas.

Pansement.

Sec aseptique. Application d'un appareil plâtré (p. 564), dans une attitude favorable au relâchement du muscle intéressé.

Suites.

Enlever les crins le septième jour.

Laisser l'appareil au moins quinze jours à trois semaines. Commencer alors seulement la mobilisation prudente (mouvements passifs), et au bout de quelques jours, une fois la plaie complètement cicatrisée, le massage.

PLAIES DES VAISSEAUX

Pronostic. — Toujours à réserver en raison des hémorragies secondaires, de la gangrène, de la septicémie, de la pyohémie.

PETITS VAISSEAUX. — Le sang sort modérément.

Lorsqu'il s'agit de petits vaisseaux, on les prend dans les mors d'une pince à forcipressure.

Les *tout petits vaisseaux* seront tordus : la pince sera enroulée sur place, sans traction, jusqu'à ce qu'elle se détache du vaisseau.

Les *vaisseaux plus importants* seront liés au delà de la pince dont l'extrémité est soulevée pour que le fil morde bien sur le vaisseau lui-même. Se servir du nœud du chirurgien.

VAISSEAUX DE MOYEN OU DE GROS CALIBRE. — C'est l'hémorragie plus ou moins abondante.

Hémostase provisoire.

En attendant un aide ou des instruments, faire la compression *au-dessus* de la plaie avec la main ou avec un lien (bande de caoutchouc, mouchoir, garrot) (fig. 317), ou comprimer la plaie elle-même (racine des membres).

Dans les hémorragies d'origine pelvienne, pratiquer la compression de l'aorte.

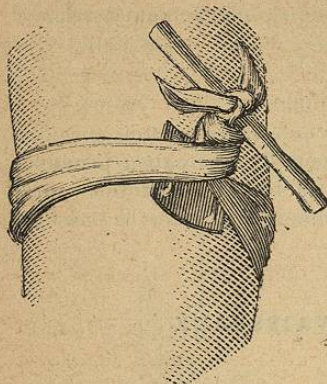


Fig. 317. — Garrot (Chavasse). Hémostase définitive.

En outre, faire des injections intra-veineuses de sérum artificiel; des piqûres d'éther, d'huile camphrée au 1/10, de caféine; de l'auto-transfusion.

Une fois l'imminence de la mort écartée, faire l'hémostase définitive, en liant les deux bouts de l'artère divisée dans la plaie.

I. — PLAIE ARTÉRIELLE

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Une pince à disséquer.



Fig. 318. — Aiguille de Deschamps.

Aiguille de Deschamps (fig. 318).

Soie fine (n° 1) et solide].

Opération.

Pendant que l'aide fait l'hémostase provisoire (compression au-dessus de la plaie), la région est préparée aseptiquement.

Déterger la plaie à l'eau bouillie et la débrider en haut et en bas, de façon à voir bien clair dans la profondeur.

Chercher le bout de l'artère *en haut de la plaie*. Isoler cette extrémité de la veine satellite ou des nerfs voisins. Lorsque le sang donne en abondance malgré l'hémostase provisoire, bourrer la plaie avec plusieurs compresses, appuyer fortement et soulever peu à peu ce tampon improvisé, en commençant par les bords et en pinçant tous les vaisseaux qui saignent.

Passer un fil double sous l'extrémité artérielle supérieure; nouer le premier fil après avoir serré progressivement et fortement, nouer le second fil au-dessus du premier et à son contact.

Si on lie une veine en même temps que l'artère, solidariser les deux ligatures.

Rechercher le *bout inférieur* et le lier après l'avoir isolé des veines et nerfs adjacents. Lorsque la plaie est profonde, cavitaire, on peut utiliser la forcipressure à demeure et enlever la ou les pinces vingt-quatre ou quarante-huit heures après, mais c'est là en général, une méthode peu recommandable.

En cas d'échec dans cette recherche des bouts de l'artère divisée, *agrandir* encore la plaie, ou aller de suite *lier le tronc* artériel qui commande l'irrigation de la région intéressée (sous-clavière pour le membre supérieur; fémorale dans l'arcade pour le membre inférieur).

Pansement.

Sec aseptique.

En cas de ligature d'une *grosse artère* d'un membre, envelopper ce dernier d'une couche épaisse d'ouate (pour éviter le refroidissement), le maintenir élevé (retour du sang veineux), veiller à ce que le poids du membre ne porte pas sur un point spécial (eschares par compression); au besoin, modifier souvent la position du membre.

Suites.

Au bout de six à sept jours, changer le pansement. Redouter les *hémorragies secondaires* (du septième au

quinzième jour) fonction de septicité et d'état général mauvais (diabète, alcoolisme, albuminurie, paludisme, maladies du foie) la gangrène, la septicémie, l'infection purulente.

II. — PLAIE VEINEUSE

Préparatifs.

Les mêmes que pour l'hémorragie d'une artère (p. 460).

Opération.

Pendant que l'aide fait l'hémostase provisoire (compression au-dessus et au-dessous de la plaie), la région est préparée aseptiquement (p. 24).

Déterger la plaie, la débrider en haut et en bas.

Rechercher les *bouts de la veine*, les lier.

Si la veine n'a qu'une *plaie latérale*, passer un double fil sous elle, lier l'un au-dessus de la plaie, l'autre au-dessous et donner un coup de ciseaux entre les deux ligatures.

On peut encore utiliser la simple compression.

Pansement.

Aseptique sec.

III. — HÉMORRAGIE EN NAPPE

Souvent la simple compression à la gaze aseptique pendant quelques minutes suffit; sinon, employer la solution gélatinée de la façon suivante.

Préparatifs.

Un demi-litre de solution gélatinée à raison de 50 grammes de gélatine par litre d'eau additionné de 40 grammes de chlorure de calcium. N'employer que des solutions qui auront été sûrement stérilisées (complications tétaniques à redouter) deux fois à 100° pendant un quart d'heure, à deux jours d'intervalle.

Mettre le flacon au bain-marie à 60°, après avoir soulevé le bouchon.

Manuel opératoire.

Verser la solution tiède à même la surface saignante.

Pansement.

Sec aseptique.

Suites.

S'il n'y a pas de réaction inflammatoire, changer le pansement *au bout de quelques jours*.

S'il y a *suppuration*, appliquer un pansement aseptique humide.

Redouter les *complications* :

hémorragies secondaires par le bout périphérique dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures (précoces), ou vers le douzième jour (tardives); infection et suppuration du caillot; phlébite, pouvant entraîner des thromboses et embolies septiques.

PLAIES PAR ÉCRASEMENT

Division des tissus dans la continuité, avec intégrité de la région sous-jacente ou des extrémités.

Pronostic. — Grave par le fait de la lésion elle-même, il est encore aggravé par l'hémorragie, le choc, l'anurie fréquente.

Traitement.

Médical.

De suite, boules *chaudes*, enveloppement *ouaté* des membres sains, injections de *sérum*, de *caféine* ou d'*ether*, puis de *sérum antitétanique* les premier, troisième et dixième jours (10 centimètres cubes à chaque fois).

Chirurgical.

Il faut distinguer les écrasements dans la continuité, des écrasements des extrémités. La méthode de choix, dans l'un et l'autre cas, consiste, d'ailleurs, dans la méthode conservatrice, avec amputation tardive.

I. — ÉCRASEMENTS DANS LA CONTINUITÉ

Deux cas se présentent :

- a) BROIEMENTS INCOMPLETS (de la peau, des muscles, des os, n'atteignant pas les vaisseaux). Les battements vasculaires sont perceptibles au-dessous de la région atteinte.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

Opération.

Nettoyer les téguments par savonnage à l'eau chaude, rasage, savonnage à la brosse dure, dégraissage à l'éther, puis à l'alcool.

Nettoyer ensuite le foyer à l'eau bouillie à 60°, puis à l'alcool à 90°.

Recouvrir de compresses bouillies, envelopper d'un grand pansement ouaté, immobiliser le membre sans le comprimer, dans une gouttière en fil de fer fortement rembourrée.

Lorsque les os sont atteints, le cas rentre dans les fractures compliquées.

Suites.

N'enlever le pansement qu'au vingtième jour, à moins que la température s'élève ou qu'il se dégage une odeur forte. Alors, recourir aux pansements à l'eau oxygénée à 12 vol. ou dédoublée.

Si la fièvre apparaît avec gangrène et menace d'infection, intervenir par l'amputation.

- b) BROIEMENTS COMPLETS. — Les vaisseaux sont intéressés : absence de battements, membre froid, immobile, insensible.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

Opération.

Pas d'amputation immédiate (à cause du shock). Achever

la séparation du membre d'un coup de ciseaux, désinfecter soigneusement le moignon à l'eau bouillie chaude, à l'alcool, l'envelopper de compresses imprégnées d'alcool et d'un pansement ouaté des plus épais et fermé de tous côtés.

Suites.

En cas d'infection, au bout de quelques jours, amputation. Sinon, n'enlever le pansement qu'au bout de trois semaines.

II. — ÉCRASEMENTS DES EXTRÉMITÉS

- α) Si l'écrasement est récent, ne pas amputer d'emblée, essayer de la conservation.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Anesthésie.

Rachicocainisation (quand il s'agit des membre inférieurs).

Chloroforme (être prudent), pour les membres supérieurs].

Opération.

Une fois les téguments de la région intéressée bien désinfectés, comme pour les broiements incomplets, nettoyer la plaie aseptiquement, puis enlever les esquilles libres, les lambeaux de muscles, les tendons flottants, au besoin détacher d'un coup de ciseaux l'extrémité du membre qui tient à peine; régulariser le moignon.

Irriguer avec de l'eau bouillie à 60° (tombant d'un bock laveur placé à 1^m,50) tous les clapiers; chasser les corps étrangers, les caillots; avec un tampon de gaze imprégnée d'eau bouillie essuyer tout le foyer traumatique. Terminer par un lavage de la plaie à l'alcool à 90°.

Pansement.

Embaument : des lamelles de gaze imprégnées d'al-

cool sont interposées entre les corps charnus et entre les doigts ; de grandes compresses également imprégnées d'alcool recouvrent le tout.

Par-dessus, épaisse couche d'ouate et serrage modéré par des bandes de crépon.

Suites.

Prendre la *température* matin et soir.

Si possible, le pansement sera laissé en place quinze, vingt jours.

En cas de *douleurs*, de *fièvre*, d'*imprégnation* des pièces du pansement, d'*odeur* forte, lever ce pansement pour voir ce qui se passe dans le foyer traumatique.

S'il y a un peu d'infection donner deux ou trois fois par jour des bains prolongés à l'eau bouillie très chaude (trois quarts d'heure à une heure de durée). Pansements humides à l'eau bouillie ou à l'eau oxygénée.

Au bout de quelques jours, si la fièvre est tombée et si l'élimination des parties mortifiées se fait aseptiquement, reprendre le pansement sec.

Quand la cicatrisation est commencée, on peut exciter le travail de réparation par des applications d'onguent styrax, tous les deux jours.

β) Si l'écrasement remonte à un certain nombre d'heures, pendant lesquelles la plaie est restée souillée et privée de soins, ou s'il existe de l'infection (température élevée, état général très grave) ou encore si l'on a affaire à des sujets antérieurement tarés, recourir, sans hésiter, à l'amputation au lieu d'élection. Ne pas oublier l'emploi concomitant des injections de sérum artificiel pour soutenir le blessé.

PLAIES PAR ARRACHEMENT

Déchirures de parties du corps dues à une traction violente simple ou associée à la torsion (membre pris dans un engrenage, dans un volant...) Les tissus sont séparés à des niveaux différents ;

les tendons, les nerfs sont déchirés dans la profondeur bien au-dessus du plan de la section. On observe souvent, en même temps, la syncope, la stupeur locale, le shock.

Pronostic. — Très grave, à cause des complications septiques favorisées par l'état de stupeur des tissus et d'irrégularité de la plaie.

Traitement.

Comme pour les plaies par écrasement, on nettoiera minutieusement le foyer et on tentera la *conservation*, sous le couvert d'un pansement aseptique.

S'il se produit de la *nécrose*, on attendra que l'élimination se fasse pour régulariser le moignon.

Pour combler les pertes de substance, les *greffes* seront employées.

ABCÈS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

A. Durillon forcé.

À la suite d'une éraillure, d'une plaie, se déclarent une inflammation et de la suppuration de la bourse séreuse artificielle développée, chez les manœuvres, sous un durillon.

Caractères. — Tuméfaction plus ou moins étendue, étalée sous un durillon. Rougeur, chaleur, douleur.

Pronostic. — En général, bénin. Pourtant, prévoir l'extension aux espaces conjonctifs voisins, d'où production de phlegmons diffus de la main, qui peuvent devenir très graves, surtout au point de vue fonctionnel.

Traitement.

Incision évacuatrice du pus, le plus tôt possible, à cause de l'extension possible à la main.

Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

Opération.

Position.

Malade assis ou couché, main en supination à plat sur un coussin ou une table.