

le pied des Hindous qui marchent généralement pieds nus (Bordier).

M. Fontan a publié, dans les Archives de médecine navale (tome xxxvii, mars 1882), un mémoire très important et très remarquable sur « la question de l'*Ainhum* ». Une bibliographie très étendue précède ce travail.

Voici les conclusions :

« 1° La prétendue entité morbide appelée *ainhum* n'existe pas, en tant que maladie locale, spéciale aux races colorées;

2° La même affection se rencontre aussi dans les races blanches, où elle commence ordinairement dès l'époque congénitale. On peut la rencontrer aussi à tout âge de la vie;

3° Elle est caractérisée essentiellement par un sillon constricteur, progressif, sans cause mécanique, pouvant aller jusqu'à l'amputation, et amenant secondairement dans la partie étranglée une dégénérescence graisseuse;

4° Cette maladie appartient vraisemblablement à la classe des tropho-névroses;

5° Son processus anatomique est celui de la sclérodémie, et elle mérite le nom de sclérodémie annulaire. »

VII. Traitement.

L'ensemble des soins hygiéniques et médicaux qui, chez un blessé, favorisent l'évolution de la lésion traumatique vers la guérison, constitue le traitement général.

Les moyens propres à permettre et à maintenir le rapprochement des éléments anatomiques ou des tissus séparés par le traumatisme et à aider au travail de la cicatrisation, forment le traitement local.

A. *Traitement général.* — Les moyens hygiéniques ou diététiques, ainsi que le régime alimentaire des blessés, ont été, de tout temps, considérés comme ayant une grande importance. Hippocrate, Galien, etc., ont formulé, sur ce point, des préceptes auxquels ils attachaient une portée réelle dans le traitement des affections médicales ou chirurgicales, aiguës ou chroniques, et qui ont été suivis, en ce qui concerne le régime alimentaire, surtout, jusqu'à une époque assez rapprochée de nous.

Cette question de l'alimentation des blessés ou des opérés a subi, d'ailleurs, de nombreuses fluctuations. La diète stricte, recommandée par Galien, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, etc., a trouvé des partisans dans Lisfranc, Dupuytren, Blandin, et la majeure partie des chirurgiens de cette époque. Une réaction timide commença avec Velpeau, Sédillot, etc.; vinrent ensuite Malgaigne (1842); Boyer (1857), Follin, etc., qui alimentèrent leurs blessés et obtinrent de brillants succès (1). Aujourd'hui, opérés comme accouchées, qui ne sont en somme que des blessées, ne sont plus spoliées par la diète; à moins de contre-indications spéciales, ils prennent, en quantité modérée, les aliments qu'ils demandent et qu'ils peuvent digérer. Du vin pur sera accordé aux alcooliques.

Il arrive fréquemment que l'absence de mouvements qu'entraîne le séjour au lit ou à la chambre contribue à déterminer des troubles digestifs et surtout la constipation.

(1) Un fait avait frappé Malgaigne, c'est la différence très grande dans la proportion de mortalité (1/3) chez les blessés Français et Allemands, soumis à la diète, et (1/26) chez les blessés Russes, alimentés avec du pain, de la viande et du vin (*Archives de Médecine*, 3^e série, t. XIV, 1842).

Dans ce cas, le chirurgien ordonnera un purgatif léger, le sulfate ou le citrate de magnésie, par exemple; puis l'usage de préparations amères comme le vin de quinquina ou de quassia amara aidera à faire renaître l'appétit.

La soif, parfois assez vive, même chez les blessés qui n'ont pas de complications inflammatoires, sera calmée avec de la limonade au citron, le lait coupé ou l'eau rougie, selon le goût du malade.

L'influence du milieu est considérable; nous reviendrons ultérieurement en détail sur ce point. Bornons-nous à dire ici que si les pansements antiseptiques immédiats mettent la plaie à l'abri des germes de l'air, et permettent au chirurgien de dédaigner jusqu'à un certain point les qualités de celui-ci, il n'en est pas moins vrai que les blessés guérissent mieux et plus vite dans un local vaste, où l'air pur de la campagne peut être régulièrement renouvelé, que dans une salle encombrée d'hôpital, dont la ventilation est insuffisante et dont l'atmosphère est imprégnée de miasmes et d'émanations. Le chirurgien veillera également à ce que la température reste uniforme, et à ce que le blessé, surtout s'il s'agit d'un enfant ou d'un vieillard, ne soit pas exposé au refroidissement.

Si on n'accorde plus aujourd'hui grande créance aux vulnérables, ni à la médication soi-disant préventive des accidents inflammatoires par l'émétique en lavage, fort en honneur, il y a quelques années encore, dans les traumatismes du crâne et de la face, il n'en est pas de même de la médication narcotique. Malgaigne donnait l'opium à haute dose, à ses blessés et à ses opérés, afin, disait-il, d'éviter les complications primitives des plaies. S'il n'attei-

gnait pas ce but, il avait, du moins, l'avantage de supprimer ou de calmer la douleur, et de procurer ainsi le sommeil ou le calme à ses malades. Aujourd'hui, le chloral et la morphine remplacent avec avantage l'extrait thébaïque, et il est indiqué d'insister sur leur emploi, en particulier chez les alcooliques.

Enfin, les conversations, le travail intellectuel et les émotions seront évités avec le plus grand soin.

B. *Traitement local.* — Nous envisagerons successivement le traitement local dans la contusion, dans les plaies par instruments piquants et par instruments tranchants, et dans les plaies contuses.

Deux moyens trouvent leur indication et leur application dans toutes les variétés du traumatisme. Nous voulons parler du *repos* et de la *position convenable* de la partie traumatisée. Le repos et la position assurent en effet le relâchement des muscles et celui des bords de la solution de continuité; ils diminuent considérablement la douleur s'ils ne la suppriment complètement; la position facilite en outre la circulation en retour: toutes conditions des plus favorables à la guérison du traumatisme. L'immobilité d'une plaie est parfois difficile à obtenir, au niveau des orifices par exemple; quant à celle des blessés, nous avons déjà dit, au chapitre *Inflammation aiguë*, qu'il ne fallait compter que jusqu'à un certain point sur la docilité des malades, et que c'est sagement procéder que de les mettre, au moyen d'appareils ou de bandages appropriés, dans l'impossibilité relative d'exécuter des mouvements.

Les contusions légères guérissent souvent seules ou à l'aide de quelques compresses imbibées de solutions astringentes et résolutes, eau blanche, alcool camphré étendu

d'eau, etc. Des sangsues, des ventouses scarifiées et les réfrigérants ont été conseillés pour modérer la réaction inflammatoire et la douleur dans le cas de contusion au second degré (épanchements sanguins); nous leur préférons comme moyens antiphlogistiques, s'il s'agit des membres, la position élevée et une compression ouatée bien faite qui a, en outre, le mérite de faciliter la résorption du sang infiltré ou épanché. L'application des liquides astringents sera, bien entendu, continuée (1).

Si nous avons affaire à un épanchement considérable, la résorption pourra n'être qu'incomplète, et il en résultera, ainsi que nous l'avons vu, un kyste hémattique à parois plus ou moins épaisses ou une tumeur dure fibrineuse, ou bien encore un abcès sanguin. Dans le premier cas, différentes lignes de conduite ont été suivies. On a pratiqué des ponctions sous-cutanées (Bérard), des ponctions capillaires répétées (Voillemier), moyens que nous regardons comme tout à fait illusoire et que l'on pourrait, dans tous les cas, remplacer avantageusement par l'aspiration avec l'appareil Potain ou Dieulafoy, si les caillots dissociés pouvaient sortir par la canule. Billroth, Verneuil, etc., conseillent, au contraire, l'expectation et le traitement par les révulsifs et la compression prolongée; plus tard, si des accidents inflammatoires surviennent, on aurait recours à l'incision, aux injections irritantes et aux pansements antiseptiques. Enfin l'extirpation du kyste et l'ablation des tumeurs fibrineuses devenues douloureuses sont parfois nécessaires (U. Trélat).

(1) La contusion d'un muscle ou d'un nerf peut être suivie de parésie qu'il convient de ne pas négliger (courants électriques).

Lorsque l'épanchement séreux, récent, résiste à la compression modérée et aux résolutifs, on fera, à l'exemple de Morel-Lavallée, une ponction dans la poche (à l'aide de l'aspirateur Potain ou Dieulafoy) suivie d'injection iodée; après occlusion immédiate, la compression ouatée sera continuée. En cas d'insuccès de cette dernière opération, faite d'ailleurs avec toutes les précautions antiseptiques (flamage du trocart, lavages phéniqués, etc.), on agira comme s'il s'agissait d'un abcès sanguin (incision et lavages phéniqués, etc.) (1); mais on se rappellera que ces procédés justement condamnés par les anciens en raison de leurs dangers, ne doivent être employés qu'avec une antiseptie sûre, et dans les cas récents, bien entendu. L'épanchement huileux est aussi justiciable, d'après le professeur Gosselin, de la ponction et de l'injection irritante.

Si les contusions, d'une violence extrême, portent sur les grandes cavités viscérales (crâne, abdomen, etc.), la mort plus ou moins rapide en est la terminaison habituelle; au niveau des membres, le broiement et la désorganisation des tissus sont plus ou moins étendus et la conduite du chirurgien variera avec chaque cas particulier. Cependant, d'une manière générale, le chirurgien armé du pansement antiseptique, doit chercher à conserver, ou tout au moins à temporiser; exception faite, naturellement, des cas dans lesquels la violence du traumatisme ne laisse plus qu'à compléter une amputation à moitié faite, ou lorsqu'il existe des lésions vas-

(1) Bugeau, *Essai sur les épanchements traumatiques de sérosité sous-aponév. et profonds* (Th. de Paris, 1882).

laïes et nerveuses. Croit-on devoir laisser à la nature le soin de séparer le mort du vif ? Dans ce cas, on appliquera un bon pansement, on surveillera attentivement les différentes phases de l'élimination, et on ouvrira largement les collections au fur et à mesure de leur production, en insistant surtout sur les pulvérisations, les lavages phéniqués et les bains antiseptiques locaux. Cette façon de procéder nous permet de mieux juger de la valeur des tissus conservés, et de pratiquer ultérieurement avec plus de sécurité les opérations autoplastiques, si utiles lorsqu'il s'agit de l'extrémité des membres (mains et pieds). Si, au contraire, la question d'amputation se pose, le chirurgien devra se rappeler que la zone mortifiée est tantôt plus, tantôt moins étendue que ne l'indiquent les symptômes anatomiques et fonctionnels ; nous avons déjà fait remarquer la difficulté d'établir la ligne de démarcation entre les tissus sains et les tissus compromis. Avant d'intervenir, l'état de choc et la tendance au collapsus qui accompagnent les contusions violentes sera combattu par les stimulants (éther, boissons alcooliques chaudes, etc.) et les révulsifs. Ces règles conviennent également aux plaies contuses graves.

Les plaies par instruments *tranchants* peuvent être considérées comme le type des plaies à propos desquelles il y a lieu d'exposer les considérations thérapeutiques générales ; d'autant plus que la plupart des plaies faites par le chirurgien, des *plaies opératoires*, rentrent dans cette catégorie. Dans l'étude que nous faisons ici, il ne sera question que de la plaie prise en elle-même, de

la plaie idéale, pour ainsi parler. Nous ne nous occuperons pas des indications spéciales que peut poser telle ou telle complication importante, la section d'un gros vaisseau, l'ouverture d'une articulation, par exemple ; c'est aux chapitres : plaies des vaisseaux, plaies articulaires, que doit être étudié le traitement des plaies compliquées de cette espèce. Nous supposons ici l'existence d'une *plaie nette*, plus ou moins profonde, chez un sujet *sain*.

Nous l'avons vu plus haut (p. 210 et 211), quand une plaie est produite, si les lèvres de la blessure, si les surfaces saignantes sont susceptibles d'être rapprochées et mises en contact, et que la nature ou le chirurgien ait effectué ce rapprochement, cette plaie peut guérir de deux façons ; ou bien les surfaces juxtaposées s'accrochent rapidement et adhèrent définitivement l'une à l'autre au bout de quelques jours : c'est la *réunion immédiate* ou *par première intention* ; ou bien cette adhérence ne s'effectue point ; les surfaces traumatisées se couvrent d'une membrane granuleuse, rouge, et la cicatrisation s'opère par un mécanisme que nous n'avons plus à rappeler ici : c'est la *réunion par seconde intention*, qui n'implique pas nécessairement le processus suppuratif ; la production du pus ne doit plus être considérée aujourd'hui que comme un accident de la réunion.

§ A. RÉUNION IMMÉDIATE DES PLAIES (1).

D'après ce simple exposé, il semblerait que, de tout temps, les chirurgiens aient dû mettre tous leurs soins à obtenir la guérison par réunion immédiate. Comment se fait-il donc que, loin d'avoir été unanimement préconisée, elle ait été formellement déconseillée par un grand nombre d'auteurs ? Au siècle dernier, pour ne pas remonter plus haut, et, de notre temps jusqu'il y a 15 ou 20 ans, la majorité des chirurgiens français lui était franchement défavorable. Pelletan, Larrey, Dupuytren, et plus près de nous, Velpeau, Malgaigne, Nélaton, ne la tentaient qu'exceptionnellement; et, sauf les cas où la réunion immédiate était le but même à poursuivre (opérations autoplastiques), ne recherchaient la guérison des plaies que par le processus suppuratif. C'est que dans les milieux hospitaliers des grandes villes, c'est-à-dire, dans les conditions où observaient les maîtres de l'art, ceux dont l'autorité fixe les règles de la pratique, la réunion immédiate non seulement échouait à cause de l'ignorance dans laquelle ils étaient de l'infection microbienne et des moyens anti-

(1) Nous empruntons de nombreux passages de ce paragraphe et du paragraphe suivant au remarquable travail de notre collègue, M. Folet : « *La Révolution de la Chirurgie.* » A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris, 1886. — Vétélet, *De la réunion par première intention des traumatismes récents* (Th. de Bordeaux, 1886). — Bousquet, *De la réunion immédiate, histoire et doctrines* (Arch. gén. de Méd., 1882). — Picqué, *De la réunion immédiate* (Journ. de théor., 1882).

septiques, mais encore, donnait lieu à des inconvénients, voire même à des accidents sérieux, qu'on évitait souvent en tenant les plaies ouvertes. Lorsque, en effet, les deux surfaces juxtaposées ne s'accolent point, que du sang et de la sérosité sanguinolente s'épanchent entre elles, les tissus irrités se gonflent, étranglés par les sutures qui les maintiennent. Du pus se collecte bientôt au fond de la blessure, et, ne pouvant s'écouler au dehors, tend à fuser sous la peau ou dans les interstices musculaires; les réseaux lymphatiques des surfaces traumatisées s'enflamment, et la phlegmasie se propage au loin et en profondeur le long des vaisseaux qui en partent. Bref, lorsque, devant les douleurs excessives accusées par le malade et les accidents généraux qui s'allument, le chirurgien se voit forcé d'écarter les lambeaux rapprochés, il se trouve en face d'une situation locale plus fâcheuse que s'il n'avait fait aucune tentative de réunion.

Les choses se passaient tout autrement dans la pratique des campagnes : bien souvent, sans que l'on eût pris soin de procéder à un affrontement exact des surfaces, et grâce à des moyens de rapprochement très rudimentaires (position, bandelettes agglutinatives), la réunion était obtenue spontanément, pour ainsi dire, et presque malgré le chirurgien.

Ce contraste entre l'évolution des plaies suivant le milieu où on les observe est connu de temps immémorial; mais, chose extraordinaire, on s'est borné jusqu'à nos jours à constater le fait sans chercher à en pénétrer les causes et à en tirer les conséquences. C'est dans ces

dernières années seulement que l'on a bien étudié le phénomène et que l'on a déduit de cette étude les règles pratiques qui permettent aujourd'hui de tenter partout avec succès la réunion immédiate des plaies. Après avoir attribué la production du pus au contact de l'air, on s'est aperçu que la pyogénèse reconnaissait surtout pour cause le dépôt sur les surfaces traumatisées d'agents nocifs dont l'air ambiant peut être le véhicule, mais qui sont plus probablement apportés soit par l'agent vulnérant, soit par les doigts du chirurgien, par les éponges, les fils, les pièces de pansement, etc. Que la blessure soit préservée de ces agents nocifs, et l'on verra, suivant une comparaison de Pasteur, les tissus se réparer, même dans l'air, comme se répare un cristal blessé que l'on replonge dans son eau mère. La pyogénèse, en un mot, est due essentiellement à des causes analogues à celles qui produisent les accidents infectieux généraux, à ce que nous appellerons des *contages*, avec cette différence que l'action du contage pyogène s'exerce, pour ainsi dire, localement et sur place, tandis que celle du contage septicémique intoxique la totalité de l'organisme (Voir: *suppuration* et *septicémies* chirurgicales). Disons, d'ailleurs, que pyogénèse et septicémie sont souvent connexes, et que les phénomènes suppuratifs locaux paraissent être souvent le point de départ d'accidents généraux infectieux graves. Nous examinerons plus loin, en traitant des modes de pansement, l'origine probable de ces contages, et nous exposerons les raisons qui nous font accepter leur nature microbienne.

Autre détail important en pratique, que Syme avait

signalé il y a un demi-siècle, et sur lequel, tout récemment, Lister a beaucoup insisté : il est nécessaire de ne pas fermer toute la plaie par des sutures, et de laisser une libre issue à l'exubérance des sucs plastiques sécrétés. La quantité de lymphe produite par une plaie, pendant les premières heures, est presque toujours supérieure à celle qui est susceptible de s'organiser. Si on ne favorise pas l'expulsion de cet excès de liquides organiques, la peau affrontée peut bien se réunir, mais la lymphe en excès retenue dans la profondeur de la blessure joue le rôle de corps étranger, irrite les tissus, empêche la réunion profonde et provoque finalement la suppuration. D'où la nécessité du drainage préventif (méthode de Bordeaux) (1).

C'est en obéissant à ces diverses indications que l'on a pu tracer les règles actuelles de la réunion immédiate des plaies. Lister, dans la méthode célèbre dont il a donné la formule il y a une quinzaine d'années, a combiné d'une façon très heureuse les diverses conditions propres à la fois et à empêcher la pyogénèse locale, et à préserver la plaie des agents d'infection générale. C'est pourquoi il a révolutionné la chirurgie et fait triompher l'antisepsie sous la forme qu'il lui avait donnée. Mais, quelle que soit notre admiration pour Lister, dont nous décrirons bientôt la pratique, il n'est pas nécessaire, pour obtenir les excellents résultats auxquels il est arrivé, de

(1) Azam, *Sur le mode de réunion des plaies d'amputation* (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, 1873. — Bull. de la Soc. de Chir., 1874.

s'astreindre strictement au manuel listérien, et nous pouvons, en nous appuyant sur les principes ci-dessus énoncés, formuler les règles générales de la réunion par première intention.

D'abord, tout ce qui doit être en contact avec la plaie (doigts, éponges, pinces, fils, aiguilles, épingles, etc.), sera scrupuleusement aseptisé par des lavages répétés au moyen d'une liqueur antiseptique. La plaie, jusque dans ses moindres recoins, sera presque incessamment arrosée de cette liqueur (acide phénique, sublimé, etc.). La pulvérisation antiseptique, qui a pour but de détruire les germes supposés flottants dans l'air ambiant, est jugée aujourd'hui par presque tous une pratique superflue et gênante.

Les surfaces à mettre en contact doivent être nettoyées de tout corps étranger, puis une *hémostase très complète* sera faite par le pincement, la torsion, la ligature au catgut ou au fil de soie de toute bouche saignante, quelque petite qu'elle soit. L'interposition du coagulum sanguin, que quelques chirurgiens allemands ne redoutent pas (4), qu'ils déclarent presque favorable, jugeant le caillot organisable, nous a toujours paru être un grand obstacle à la réunion. Il est aussi très bon de diminuer, jusqu'à son minimum, l'exsudation séreuse qui se fait dans les premières heures ; pour cela, l'affrontement exact et profond des surfaces est d'une utilité capitale. Le lavage de la plaie avec une solution antiseptique fortement astringente, telle

(4) Max Schede, *Sur la guérison des plaies sous un coagulum sanguin humide* (15^e Congrès Allemand, avril 1886).

que l'eau phéniquée forte, ou avec certaines préparations ayant une action desséchante, telle que la dilution, dans l'eau bouillie, de sous-nitrate de bismuth (Kocher) (1), sera un adjuvant utile. L'étanchéité absolue des surfaces cruentées est une condition essentielle de la réussite. Si cette étanchéité était parfaite, peut-être pourrait-on se passer du drainage profond (2) ; mais dans les plaies *étendues* et *profondes*, il nous paraît prudent d'y recourir. Un drain sera donc couché au fond de la plaie, destiné à conduire facilement au dehors l'excès de sécrétion plastique ; seulement, nous pensons que l'on laisse souvent trop longtemps le drain en place. Il sera souvent possible et utile de le supprimer au bout de deux ou trois jours, l'exsudation séreuse ayant généralement cessé à cette époque, et d'obtenir ainsi la réunion de la totalité des surfaces juxtaposées (3). Les chirurgiens qui tendent aujourd'hui à supprimer le drainage et les sutures profondes les remplacent par une compression énergique.

(1) Kocher, *Ueber die einfachsten Mittel zur Erzielung einer Wundheilung durch Verklebung ohne Drainröhren* (Sammlung Klin. Vorträge, von R. Volkmann, Leipzig, 1882).

(2) Fontan, *De la réunion immédiate totale dans les grands traumatismes, capitonnage, suppression du drain* (Arch. de Méd. navale, n^o 4, 1887).

(3) Nous partageons pleinement l'opinion de M. Poinsoy qui préfère au tube de caoutchouc les mèches de crin pour le drainage. Le crin de Florence est parfaitement toléré par les tissus ; grâce à la capillarité des espaces intermédiaires à chaque crin, l'écoulement des liquides est toujours assuré, quelle que soit la compression exercée, et l'on peut facilement diminuer le volume du drain sans s'exposer à l'irritation que l'on amène plus ou moins en enlevant et en remplaçant le tube de caoutchouc.

L'affrontement exact et minutieux des parties similaires exactement régularisées (muscle contre muscle, peau contre peau, etc.) devra être soigneusement établi, bien qu'on puisse réussir autrement (opérations d'auto-plastie) (U. Trélat). En outre, comme il faut affronter non seulement les bords mais les surfaces cruentées dans toute leur étendue, il sera indispensable de juxtaposer exactement ces surfaces jusque dans la profondeur de la plaie, et de pratiquer, si l'étendue du traumatisme l'indique, des *sutures profondes*, une sorte de *capitonnage* (Fontan) de la plaie, que viendra aider la compression méthodique par le pansement. Les bords de la plaie seront affrontés et maintenus, sans tiraillement, par des moyens d'union variés, dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer (sutures à l'aide de fil métallique, de soie antiseptique, de catgut, de crins de Florence (1), ou bien à l'aide d'épingles, de serre-fines, etc.). Des bandelettes agglutinatives au collodion iodoformé pourront aider efficacement au maintien de cet affrontement.

La détente des tissus réunis par une *position* convenable donnée à la région blessée; l'*immobilisation* des parties; enfin, la protection de la plaie par l'un des pansements antiseptiques que nous allons étudier, compléteront cet ensemble de précautions minutieuses qui peuvent seules assurer la cicatrisation rapide des plaies très étendues et très profondes.

(1) Le crin de Florence a l'avantage de se retirer très facilement; il est souple et coupe très peu les tissus (Lucas-Championnière, Guermontprez, Péan, etc.).

Une question qui ne paraît pas avoir assez préoccupé les chirurgiens est celle de l'époque à laquelle il y a lieu de faire la suture. Il semble aller de soi que l'on ne peut la pratiquer trop tôt après le traumatisme, et que, plus la plaie est fraîche, plus elle a de chance de se cicatriser par première intention. Cependant, si l'on réfléchit que l'interposition des caillots sanguins qui risque de se faire entre les lèvres réunies d'une blessure alors que l'hémostase n'est pas complète, est une cause d'échec pour la réunion; si l'on se rappelle que la sécrétion séreuse plastique qui se fait après l'hémostase est souvent, par son abondance excessive, un motif d'insuccès, on comprendra la pratique de Kocher (*loco citato*), lequel n'a fait d'ailleurs que rééditer, avec les précautions antiseptiques, une manière de faire analogue à celle préconisée jadis par Jobert (de Lamballe) (1). Cette pratique consiste à placer les sutures après hémostase parfaite, mais à ne les serrer que 24 heures et même, s'il y a quelque hémorragie secondaire, que 36 ou 48 heures plus tard. C'est une *réunion immédiate retardée* (*suture primo-secondaire*) (2), et non une réunion secondaire, comme on l'a parfois nommée à tort. Ce mode de réunion a, d'ailleurs, les chances les plus rationnelles de réussite, mais il pourrait bien être malaisément accepté par les patients, auxquels le serrage tardif des sutures impose, vingt-quatre heures après l'acte opératoire principal,

(1) Jobert (de Lamballe), *De la réunion en chirurgie* (Paris, 1864).

(2) Galotte, *De la suture primo-secondaire des plaies* (Th. de Nancy, 1887).