

à plusieurs reprises, l'analyse des urines au point de vue de sa quantité, de la présence intermittente ou non de l'albumine, de la puissance éliminatrice du rein pour l'urée et des autres substances extractives. Il faut tout d'abord se rappeler que l'albuminurie n'est pas toujours pathologique; Lépine, Leube, Munn, Fürbringer, etc., l'ont trouvée passagèrement chez des sujets bien portants. Cette albuminurie physiologique se distingue d'ailleurs par sa petite quantité et son instabilité, tandis que l'albuminurie pathologique est considérable, permanente, et accompagnée de troubles fonctionnels multiples et importants.

Une fois l'albuminurie constatée, il convient d'instituer un régime et un traitement appropriés, et de différer l'opération jusqu'à ce qu'une amélioration sérieuse et prolongée se soit produite. Ajoutons que dans ces cas le pronostic devra toujours être réservé, principalement à un âge avancé, où l'on rencontre communément la néphrite interstitielle (Ballet). Si, au contraire, les désordres fonctionnels et l'état cachectique persistent, il faut s'abstenir, à moins que l'albuminurie ne soit symptomatique d'une néphrite suivie ou non de dégénérescence amyloïde, et ne soit liée à une suppuration prolongée. Ici, au contraire, il faut se hâter d'intervenir par une opération radicale, avant que des lésions trop profondes n'aient rendu l'intervention inutile et dangereuse (1). Bruchet donne le sage conseil de ne pas attendre toutes les manifestations de la lésion

(1) Dumesnil, *Contribution à l'étude des indications opératoires dans l'albuminurie* (2^e Congrès français de Chir., Paris, 1886).

rénale, lorsqu'on a affaire à une lésion chirurgicale suppurative ou septicémique, d'examiner fréquemment l'urine, non seulement au point de vue de la présence de l'albumine, mais aussi relativement à la quantité d'urine rendue, à la présence de cylindres, etc., et d'opérer aux premiers indices de la néphrite.

La conduite du chirurgien vis-à-vis d'un albuminurique blessé sera dictée par les préceptes qui viennent d'être succinctement exposés. La réunion immédiate ne réussissant qu'exceptionnellement, on appliquera le pansement antiseptique ouvert, le pansement ouaté, de façon à éviter à la plaie toute irritation extérieure; la lésion rénale sera énergiquement traitée par les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

§ C. MALADIES DU CŒUR.

3^o L'étude des connexions du traumatisme et des maladies du cœur est assez difficile, car les états constitutionnels et les affections qui sont le point de départ ou la conséquence des altérations du muscle cardiaque contribuent pour une large part à l'influence exercée par ces dernières sur les lésions traumatiques. Séparer ce qui relève isolément d'elles et de la cardiopathie est chose délicate; de plus, les documents qui peuvent servir à résoudre la question sont relativement peu nombreux, en sorte que la solution du problème n'est pas encore complète; de nouvelles observations sont nécessaires (1).

(1) Voyez le rapport de M. Humbert sur une communication de M. Schwartz (*in Bull. de la Soc. de chirurgie*, déc. 1886).

A propos de deux malades chez lesquels il avait constaté des complications au niveau de blessures peu importantes, en même temps qu'une affection du cœur, Verneuil émit l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre les accidents locaux et la maladie cardiaque, et dans une communication importante à l'Académie de médecine (1877), traça la voie des recherches à poursuivre afin d'élucider cette question (1). Quelques années plus tard, Gross (de Nancy) et D. Mollière (de Lyon), frappés de l'aggravation des symptômes cardiaques par le traumatisme et de l'explosion d'accidents sérieux chez des opérés cardiaques, inspirèrent les thèses de Larue (2) et de Guénébaud (3). Tout récemment enfin, Ch. Nélaton a traité dans sa thèse d'agrégation (Paris 1886), « *Des rapports du traumatisme avec les affections cardiaques* », travail complet auquel nous empruntons la substance de ce chapitre.

Les lésions valvulaires, les lésions mitrales en particulier, les dégénérescences du myocarde modifient la pression intra-vasculaire et troublent la composition du sang; si l'on ajoute que l'athérôme artériel coexiste fréquemment, toutes les conditions sont réunies pour aboutir à cette altération chronique de la nutrition des éléments anatomiques qui les prépare si puissamment

(1) Verneuil, *Observ. de blessures sur des sujets atteints d'affections cardiaques* (Bull. de l'Acad. de Méd., 1877). — *Etats généraux et traumatisme* (Encycl. int. de Chir., t. I^{er}, 1883).

(2) Larue, *Contrib. à l'étude des maladies du cœur dans leurs rapports avec les affections chirurgicales* (Th. de Nancy, 1879).

(3) Guénébaud, *De l'influence du traumatisme sur les lésions cardiaques* (Th. de Lyon, 1882).

à la mortification et à l'ulcération. Au niveau de tissus ainsi déchus dans leur vitalité, la cicatrisation d'une plaie subit aisément un retard ou même manque complètement. Le moindre coup, la moindre excoriation, la plus petite piqûre peut être l'occasion du développement du sphacèle, mais la cause de ces complications n'est pas l'affection cardiaque isolée; il faut la chercher dans les lésions vasculaires, dans les troubles circulatoires prolongés, dans l'œdème, dans l'altération du sang qu'elle entraîne. Les piqûres dans l'anasarque, les plaies des tissus œdématisés ne sont pas du reste forcément suivies de gangrène; dans deux cas de kélotomie que Ch. Nélaton fit chez des asystoliques à parois abdominales infiltrées, il n'y eut aucune complication du côté de la plaie. Lorsque les tissus sur lesquels porte le traumatisme ne sont pas œdématisés, dégénérés, l'influence de l'affection cardiaque sur la lésion traumatique paraît absolument nulle, et l'on voit les amputations du sein, les kélotomies, les ovariectomies, etc., rapidement guérir.

Les hémorrhagies, l'inflammation et l'œdème sont-ils fréquents à la suite des traumatismes chez les cardiaques?

Les maladies du cœur qui apportent une modification à la tension intra-vasculaire et qui altèrent la composition du sang prédisposent assurément à l'hémorrhagie, à l'hémorrhagie secondaire en particulier (Humbert, Verneuil): Ch. Nélaton n'a cependant trouvé que quelques observations de cette complication. Au contraire, chez les cardiaques qui sont simultanément atteints d'athérôme artériel ou d'endartérite, on l'observerait assez

fréquemment, même à la suite des blessures les plus légères. Un des accidents les plus graves à la suite de l'opération de la cataracte par extraction est une hémorragie intra-oculaire qui se produit aussitôt la sortie du cristallin et d'une portion du corps vitré. Cette complication heureusement assez rare, signalée surtout chez des hémophiles et des glaucomateux, a été aussi notée par Romiée (1) et Terrier chez des cardiaques; dans la plupart des observations que nous avons parcourues l'état du cœur et des vaisseaux ou n'est pas signalé ou n'est pas mis en cause (2).

Dans la plupart des cas de traumatismes chez les cardiaques, on ne constate aucune complication inflammatoire de la plaie, mais celle-ci est parfois circonscrite par un œdème considérable que Verneuil a le premier attribué à l'influence directe de l'affection cardiaque (exagération de la tension veineuse), et qui paraît aussi reconnaître pour cause une paralysie vaso-motrice résultant du traumatisme, ou bien encore l'oblitération phlegmasique des capillaires de la région.

En résumé, les complications du traumatisme ne sont à craindre que chez les cardiaques asystoliques, cachectiques, auxquels on ne fait du reste que les opérations d'urgence.

De même que les maladies du cœur retentissent sur la lésion traumatique, de même celle-ci réagit sur les cardiopathies.

(1) Romiée, *Etats généraux et cataracte*, Bruxelles, 1876.

(2) 4^e Congrès de la section française d'ophtalmologie (Paris, avr. 1886).

Tout d'abord le traumatisme peut atteindre directement ou indirectement un cœur sain, d'où résultera une affection cardiaque secondaire. Les plaies pénétrantes, comme les ruptures complètes ou incomplètes des valvules ou des parois cardiaques consécutives à des contusions violentes du thorax entraînent immédiatement les accidents les plus graves, souvent la mort rapide; de plus, alors même qu'ils guérissent, ces traumatismes du cœur peuvent être le point de départ de lésions organiques (insuffisance ou rétrécissement des orifices, anévrismes, etc.) capables d'amener ultérieurement une terminaison fatale (G. Fischer). Le pronostic sera d'autant plus aggravé que le cœur sera plus altéré dans sa structure au moment de l'accident.

Potain (Congrès de La Rochelle 1881), et Lassègue dans sa thèse inaugurale (1), ont signalé l'existence de cardiopathies réflexes consécutives à l'irritation persistante des nerfs sensitifs au niveau des plaies du membre supérieur gauche. Enfin, nous ne faisons que mentionner les troubles cardiaques (pouls syncopal, dyspnée, etc.) prenant naissance à la suite de traumatismes de la région cardiaque et étudiés par M. Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux.

Tant que la lésion cardiaque n'a pas déterminé d'altérations des viscères et des tissus, l'action du traumatisme paraît nulle; à la phase dynamique, au contraire, elle est pour ainsi dire la règle, légère ou grave suivant l'âge, le degré d'irritabilité du blessé, le siège (abdomen),

(1) Lassègue, *Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale* (Th. de Paris, 1883).

et l'étendue de la blessure, l'acuité de la douleur qu'elle entraîne, l'état anatomique des parois vasculaires, etc.

Dans la plupart des cas, la dyspnée constitue le symptôme initial lorsque le blessé n'a présenté aucun trouble cardiaque manifeste avant l'accident; d'autres fois, par suite d'une prédisposition morbide, c'est une congestion rénale (albuminurie), gastro-intestinale (diarrhée), ou hépatique qui témoigne de l'aggravation de la cardiopathie ou qui la décèle. Si le blessé a été pris antérieurement d'oppressions ou de palpitations à la suite d'efforts, d'ascensions, s'il a présenté de l'œdème malléolaire, quelques signes sthétoscopiques, un traumatisme accidentel ou opératoire amènera immédiatement de la gêne circulatoire. Puis surviennent des accès de dyspnée, bientôt suivis des autres symptômes d'asystolie dont la gravité est en rapport avec la résistance des organes et des tissus.

Au point de vue pathogénique, le traumatisme réagit sur le cœur : 1° par l'ébranlement (choc) et la douleur; 2° par les hémorrhagies; 3° par les complications infectieuses.

Dans la première catégorie de faits, les accidents résultent du choc agissant par voie réflexe, mais comme les effets ou complications qui dépendent de ce réflexe portent sur différents appareils et varient suivant la zone traumatisée, il y a lieu d'admettre avec M. Ch. Nélaton, trois séries principales.

A. *S. cardiaque d'emblée.* — Ici l'impression du traumatisme (douleur, émotion, etc.) a lieu directement sur le cœur dont les contractions ralenties ou arrêtées peuvent

aboutir à une syncope mortelle (Fr. Franck). De même si le cœur est déjà atteint dans son appareil valvulaire ou si le myocarde est déjà affaibli, les complications les plus redoutables sont imminentes.

B. *S. pulmonaire*, dans laquelle les désordres anatomiques et fonctionnels ont pour point de départ un traumatisme de la zone abdominale (opération de la hernie étranglée, extirpation de volumineuses tumeurs abdominales en particulier) et sont déterminés par le resserrement réflexe des capillaires pulmonaires; d'où élévation de pression dans l'artère pulmonaire (Morel et Arloing) (1), hépatisation du poumon avec foyers apoplectiques, lésions du cœur droit (Rose) (2) et du cœur gauche (Sébileau) (3), congestion passive du rein, du foie, de l'intestin, etc.

C. *S. cardio-pulmonaire*, comprenant des complications appartenant à l'une et à l'autre des deux séries précédentes.

2° Les hémorrhagies répétées, à moins qu'elles ne soient très graves, dans lequel cas elles sont suivies de syncopes foudroyantes ou prolongées, n'amènent que tardivement l'affaiblissement du myocarde; encore cette altération reste-t-elle douteuse pour quelques auteurs. Voyez plus loin : *hémorrhagies et anémie traumatiques.*

3° Enfin les intoxications chirurgicales, de même que

(1) Morel, *Recherches expérimentales sur la pathogénie des lésions du cœur droit consécutives à certaines maladies et principalement aux maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal* (Th. de Lyon, 1880).

(2) Rose (*Deutsche zeitsch. f. Chirurg.*, 1883).

(3) Sébileau (*Soc. de Biologie*, 1886).

les suppurations prolongées, peuvent déterminer une dégénérescence du myocarde, et mener à l'asystolie; de plus, on sait avec quelle facilité les phlegmasies septiques transforment une endocardite simple en endocardite infectieuse.

Un côté intéressant de la question a été aussi traité par M. Ch. Nélaton, nous voulons parler des contre-indications aux opérations chez les cardiaques, par suite des dangers de l'anesthésie et la menace de complications locales ou viscérales.

On sait que le principal danger du chloroforme est la syncope cardiaque déterminée par l'hyperexcitabilité des nerfs modérateurs du cœur, sous l'influence des vapeurs chloroformiques; aussi l'existence de lésions valvulaires constituait-elle, autrefois, une contre indication absolue à la chloroformisation. L'observation a démontré que le danger n'était réel qu'à la période de cachexie cardiaque, dans le cas de dégénérescence graisseuse du cœur, d'anévrysme de la crosse de l'aorte, des gros vaisseaux du cœur, et d'athérôme artériel prononcé et généralisé. Dans une série de 127 chloroformisations dont j'ai communiqué les détails au 3^e Congrès de la Société Française d'Opht. (Paris, 1885) (1), huit de mes chloroformés présentaient des lésions valvulaires; un neuvième (une femme) avait un athérôme artériel prononcé; la narcose a été, dans ces cas, des plus régulières.

En résumé: 1^o une affection cardiaque (sauf de rares exceptions) n'a aucune influence sur la cicatrisation des

(1) S. Baudry, *De l'anesthésie en chirurgie oculaire* (O. Berthier, Paris, 1885).

plaies et la production des complications inflammatoires, mais elle prédispose vraisemblablement aux complications hémorragiques lorsqu'elle coexiste avec l'athérôme; 2^o Le traumatisme a une influence réelle et bien constatée sur les affections cardiaques; 3^o Il ne saurait y avoir, au début d'une maladie du cœur, de contre indication à une opération, par crainte de complications locales ou générales; à une phase plus avancée, le chirurgien devra peser avec soin le pour et le contre de l'intervention, sans que l'on puisse donner une formule pour la préconiser ou la rejeter.

§ D. MALADIES DU FOIE (1).

Le rôle physiologique important et multiple dévolu à la glande hépatique explique les troubles considérables apportés dans l'organisme par les affections diverses de cet annexe de l'appareil digestif. Le foie est en même temps un organe de sécrétion et d'élimination; il joue aussi un grand rôle dans la composition chimique et la genèse du sang, rôle qui n'est pas encore complètement élucidé. De plus, comme il est l'aboutissant du système porte, il contient trois ordres de capillaires, ceux de l'artère hépatique, de la veine porte et de la veine sus-

(1) Verneuil, *Sur l'ictère traumatique* (Bull. de l'Académie de Médecine, 1872). — *De l'influence qu'exercent les affections antérieures du foie sur la marche des lésions traumatiques* (Congrès de Bruxelles, 1875). — *Le traumatisme et les affections du foie* (Rev. de Chir., 1884).

hépatique; de là, ses relations étroites avec la circulation veineuse porte et générale.

En dernier ressort, les lésions hépatiques déterminent une altération de la nutrition, une sorte de cachexie qui imprime au traumatisme une gravité toute spéciale, et cela, par des troubles portant plus particulièrement sur la circulation, la digestion et la composition du sang. La circulation est, en effet, entravée mécaniquement, surtout lorsque la maladie a pour siège la trame conjonctive de la glande; de là des hémorrhagies (Monneret), de l'ascite, de l'œdème des parois abdominales et des membres inférieurs, etc.; l'embarras gastrique, la dyspepsie, les vomissements, sont des symptômes non moins constants amenés par l'altération de la sécrétion biliaire; enfin, les principes nuisibles destinés à l'élimination s'accumulent dans le sang qu'ils altèrent, tandis que d'autres substances qui ne peuvent être transformées par le foie malade, sont perdues pour la nutrition des éléments anatomiques.

Verneuil, le premier, au Congrès de Bruxelles (1875), indiqua aussi complètement qu'il était possible de le faire à cette époque l'influence exercée par les affections hépatiques antérieures sur la marche du traumatisme et le résultat des opérations. Avant lui, N. Chevers, Follin, etc., qui ne possédaient que des données incomplètes, avaient consacré quelques lignes seulement à cette question. On trouve aussi, dans les *Clinical lectures and Essays* de Sir J. Paget, un passage qui démontre bien quelle part le chirurgien anglais accorde aux lésions du foie dans les suites fâcheuses des opérations. Depuis,

MM. Longuet (1) et Gauchas (2), élèves du prof. Verneuil, ont produit deux mémoires importants, et chaque année, pour ainsi dire, apporte de nouveaux documents et de nouveaux faits (observ. de Hamonic, Kirmisson, Picqué, Segond, Schwartz, etc.) (*loco citato*) à l'appui des idées si habilement défendues par le maître. « L'influence de l'hépatisme est généralement néfaste, et tout hépatique blessé est en péril », dit avec raison le prof. Verneuil. Si l'on consulte, en effet, les observations publiées dans la thèse de M. Longuet, par exemple, on constate que des traumatismes légers comme des blessures importantes ont présenté les complications les plus graves et se sont presque toujours terminés par la mort.

Les affections hépatiques qui tendent à l'anéantissement du rôle physiologique de la glande (cancer, cirrhose, kystes hydatiques, etc.) retentissent forcément, nous l'avons déjà dit, sur la vitalité des tissus et, par là même, sur les conditions de réparation des traumatismes. Aussi la réunion par première intention est-elle chose rare et la suppuration la règle; les bourgeons charnus de mauvais aspect donnent en abondance un pus séreux, et la cicatrisation s'opère avec lenteur. Au nombre des complications ordinaires, nous citerons, tout d'abord, les *hémorrhagies*; les *hémorrhagies secondaires* sont particulièrement fréquentes; elles sont aggravées par la coïnci-

(1) Longuet, *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes* (Th. de Paris, 1877).

(2) Gauchas, *Etude sur la stéatose hépatique, considérée au point de vue chirurgical* (Th. de Paris, 1882).

dence d'épistaxis et de mélanas, etc., résistent souvent aux meilleurs hémostatiques (1), et peuvent entraîner la mort. Les thèses de Pouget, de Longuet, de Gauchas, etc., contiennent de nombreuses observations d'hémorragies primitives et secondaires, artérielles, veineuses et capillaires.

Les troubles digestifs presque constants se traduisent par des vomissements biliaires, de l'ictère; quant à la gangrène, aux inflammations diffuses des téguments (angioleucite, lymphangite simple ou phlegmoneuse, phlegmon diffus), aux maladies infectieuses (érysipèle, septicémies), plusieurs fois notées, il est légitime de soutenir que, par les mauvaises conditions de la plaie et de l'économie, les affections hépatiques y prédisposent certainement. (2)

Quand le traumatisme survient chez un hépatique, il peut révéler une affection demeurée jusque là latente, rappeler une maladie antérieure (coliques biliaires, ictère, etc.), aggraver jusqu'à la mort les symptômes actuels, en imprimant une marche aiguë à une lésion cancéreuse (Schwartz, Hamonic), à une cirrhose (Kirrison, Picqué, Segond, etc.), à une stéatose (Gauchas) de la glande hépatique. M. le Dr Cyr a bien voulu nous communiquer l'obser-

(1) Verneuil, *Du traitement de certaines épistaxis rebelles*. (Bull. de l'Acad. de Méd., avril 1887).

(2) D'après une récente communication du Prof. Verneuil, les lésions diverses du foie, et principalement celles causées par l'alcool (cirrhose alcoolique), provoquent des dépôts urinaires rosés, à la suite d'un traumatisme chirurgical ou accidentel. En dehors de leur valeur sémiologique, les urines rosaciques indiqueraient que les blessés ou opérés sont exposés à des complications hémorragiques et gangréneuses (Verneuil, *Des urines rosaciques*, 1^{er} Congrès français de Chirurgie, Paris, 1885).

vation inédite d'une femme atteinte de cirrhose hypertrophique et soignée par lui à l'hôpital de Vichy. La cure avait amené une amélioration considérable dans l'état général et une réduction sensible dans le volume de l'organe. Dans le voyage qu'elle fit pour retourner, elle tomba, son côté droit portant sur le marche-pied du wagon; en quelques jours le foie prit un développement considérable, l'ictère survint et la malade succomba quinze jours après. A côté de ces cas néfastes, il faut cependant reconnaître que des blessés ou opérés ont guéri, chez lesquels on avait diagnostiqué des symptômes très nets de lésions avancées du foie (stéatose, état amyloïde) (Gauchas, A. Barwels) amenées par des suppurations prolongées, les autres principaux viscères étant restés indemnes.

Il résulte des notions précédentes qu'on ne doit toucher qu'avec prudence aux hépatiques, et que, chez eux, le pronostic des blessures accidentelles ou chirurgicales doit toujours être réservé. Lorsque l'intervention chirurgicale peut être ajournée, il est nécessaire avant d'opérer, de remettre en bon état les fonctions digestives et de relever les forces par un régime tonique et une médication appropriée. Dans le cas où l'intervention doit être immédiate, on devra préférer l'opération qui expose le moins à la suppuration prolongée, et appliquer dans toute sa rigueur la méthode antiseptique, afin de se mettre autant que possible à l'abri des complications. Enfin, l'augmentation de volume du foie constatée chez les sujets atteints de suppuration osseuse, loin d'être une contre indication, réclame, au contraire, une inter-

vention rapide, à condition que l'altération de la glande ne soit pas irréparable et que, comme nous l'avons dit plus haut, les principaux viscères soient reconnus sains.

V. Maladies aiguës, intercurrentes (1).

Dunoyer définit maladie intercurrente « celle qui atteint un blessé pendant le cours du processus traumatique, et qui, ne dérivant ni de la blessure, ni de la constitution du patient, provient exclusivement du milieu. »

D'une manière générale, les maladies aiguës fébriles entravent d'autant plus le processus réparateur qu'elles retentissent plus profondément sur l'organisme. Sous l'influence d'une pleurésie, d'une angine, par exemple, la réunion par première intention peut échouer, ou bien la suppuration s'altère, devient mal liée, glaireuse, fétide ; les bourgeons charnus s'affaissent et le travail de cicatrisation s'arrête. D'autres fois, les phénomènes inflammatoires prédominent ; les bords de la plaie douloureux et tuméfiés se désunissent, et la cicatrice en voie de formation s'ulcère ; une suppuration abondante s'établit qui retarde la guérison. On voit, enfin, cette influence perturbatrice des maladies aiguës fébriles sur les lésions traumatiques se manifester pendant un certain temps après leur évolution, surtout lorsqu'elles sont de nature infectieuse (scarlatine, variole,

(1) Dunoyer, *De l'influence des maladies intercurrentes sur le traumatisme* (Th. de Paris, 1879). — Verneuil, *Mémoires de Chirurg.*, t. IV, 1886.

fièvre typhoïde, etc.) ; aussi le chirurgien doit-il remettre à plus tard les opérations qui ne sont pas d'une urgence absolue.

§ A. EMBARRAS GASTRIQUE.

Desault attachait une certaine importance à la mauvaise disposition des premières voies chez ses blessés et ses opérés, et lui attribuait quelque part dans les accidents des plaies ; aussi, pour éviter ces fâcheux effets, prescrivait-il un purgatif salin la veille de l'opération, coutume excellente que la plupart des chirurgiens se gardent bien de délaissier.

Les troubles gastro-intestinaux sont, en effet, d'une extrême fréquence à la suite des blessures ou des opérations ; ils sont imputables tantôt au changement ou à un écart de régime, tantôt à la douleur et à la préoccupation morale, tantôt aux complications fébriles ou septicémiques du traumatisme, etc. D'autres fois le blessé ou l'opéré est déjà dyspeptique, et le trauma devient l'occasion de l'embarras gastrique. Quoiqu'il en soit, ou bien l'embarras gastrique et le trauma ne réagissent pas l'un sur l'autre, ou bien des accidents se développent sous l'influence du premier au niveau du foyer traumatique, mais ils sont peu marqués et sans gravité aucune dans la généralité des cas. Les bourgeons charnus pâlisent et s'affaissent ; le pus devenu séro-purulent puis séreux et fétide est sécrété en moins grande quantité, et bientôt, la surface de la plaie entièrement desséchée se recouvre