

Bibliothèque numérique

medic @

Gosselin, L.. - Des pansements rares

1851.

Paris : Imprimerie de Moquet

Cote : 90974



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90974x1851x02x04>

4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

THÈSE SUR CE SUJET :

DES PANSEMENTS RARES

SOUTENUE LE 2 AVRIL 1854

PAR

L. GOSSELIN,

Chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, etc.

PARIS,

IMPRIMERIE DE MOQUET,

90, rue de la Harpe.

1854



JUGES DU CONCOURS.

MM. VELPEAU, président.
BOUILLAUD,
DENONVILLIERS,
GERDY,
LAUGIER,
MALGAIGNE,
MOREAU,
ROSTAN, } professeurs de la Faculté.

BÉGIN,
GIMELLE,
HERVEZ DE CHÉGOIN,
LARREY,
RÉVEILLÉ PARISE, } membres de l'Académie.
M. AMETTE, secrétaire.

COMPÉTITEURS.

MM. BOUISSON,	MM. MOREL-LAVALLÉE,
CHASSAIGNAC,	NÉLATON,
GIRALDÈS,	RICHET,
GOSSELIN,	ROBERT,
JARJAVAY,	VOILLEMIER,
MICHON,	SANSON.

DES PANSEMENTS RARES.

On donne le nom de *pansements rares* à ceux qui restent longtemps en place.

Cette définition, que l'usage a consacrée, a l'inconvénient de ne pas indiquer positivement l'espace de temps au-delà duquel un pansement doit être considéré comme rare. Mais il serait impossible d'arriver à une précision aussi rigoureuse.

Les mots *rareté* et *fréquence* n'ont pas une signification absolue, et les habitudes du langage leur font exprimer une idée différente suivant la maladie dont on s'occupe, et, pour une même maladie, suivant la période à laquelle elle est arrivée. Personne, par exemple, ne donne à ces expressions le même sens, lorsqu'il s'agit d'une plaie et lorsqu'il s'agit d'une fracture; une plaie est pansée rarement si l'appareil n'est renouvelé que tous les trois ou quatre jours; pour une fracture, ce serait un pansement fréquent. Beaucoup de chirurgiens regarderaient comme rare la levée de l'appareil au bout de huit jours dans un cas de fracture récente; pour une fracture ancienne, le même laps de temps constituerait à leurs yeux un pansement fréquent.

D'un autre côté, les habitudes de la pratique, à certaines époques,

ont fait changer quelquefois l'acception usuelle du mot *pansement rare*. C'est ainsi que Belloste a pu dire que le pansement d'une plaie, renouvelé tous les jours, était un pansement rare, parce que de son temps, la plupart des plaies étaient visitées deux fois par jour.

Ajoutons que les intervalles laissés entre les pansements étant plus ou moins longs, la rareté a des degrés dont il est indispensable de tenir compte. Un pansement est rare s'il reste dix jours en place; il l'est encore, s'il reste trente ou quarante jours. Dans le premier cas, on peut dire qu'il est rare, et, dans le second, qu'il est très rare; mais il serait assez difficile de justifier rigoureusement ces dénominations.

Je ne dois cependant pas me laisser trop longtemps arrêter par ces difficultés de langage; la nature du sujet ne me permettrait pas de les faire entièrement disparaître. Sans chercher mes raisons ailleurs que dans l'usage le plus général à notre époque, je diviserai les maladies qui exigent des pansements, en deux grandes catégories: la première comprend toutes les solutions de continuité de la peau et des parties sous-jacentes, telles que les plaies récentes ou anciennes, les ulcères, les brûlures, les phlegmons suppurés, les gangrènes, les anthrax, etc. Pour elles, le pansement ordinaire est celui qu'on change tous les jours; les pansements *rare*s seront donc ceux dont le renouvellement aura lieu au bout de deux, trois, quatre jours et plus. Les pansements qu'on laisserait en place ou que l'on renouvelerait une seule fois, pendant la durée un peu longue du traitement, seraient *très rare*s. La deuxième catégorie comprend surtout les fractures, les maladies des articulations, les vices de conformation du squelette; ici, les pansements ordinaires sont ceux qu'on renouvelle au moins une fois en dix jours. Nous appellerons donc *rare*s ceux qui resteraient en place pendant dix, douze, quinze jours, et *très rare*s ceux qui ne seraient pas changés ou qui le seraient une seule fois, durant le cours de la maladie.

Toute vague qu'elle est, l'idée générale que je viens de présenter de

mon sujet laisse voir l'intérêt qui s'y attache. Parler des pansements rares, c'est agiter un certain nombre de questions pratiques sur lesquelles on revient à tout moment depuis un grand nombre d'années c'est reproduire les idées théoriques qui ont pu guider la conduite de chirurgiens; or ces idées se rapportent aux points les plus controversés de la physiologie pathologique. Sous ces divers rapports, l'étude des pansements rares est curieuse. Mais aussi que de difficultés! Quoi de moins uniforme que le renouvellement des appareils dans ces cas si nombreux, si variés! Comment en établir la règle? Le plus souvent les indications et les contreindications se trouvent dans des circonstances très diverses qui se contredisent et s'excluent mutuellement. La nature et la gravité de l'affection, sa physionomie dans chaque cas spécial, son ancienneté, le mode de pansement mis en usage, les conditions hygiéniques, les idiosyncrasies interviennent et doivent être mis en balance. S'agit-il cependant d'une de ces déterminations qui, dans la thérapeutique chirurgicale, exercent parfois une si grande influence sur la destinée des malades? Non; à part quelques exceptions, les cas qui réclament des pansements sont de ceux dans lesquels les ressources de la nature sont si grandes que l'intervention un peu plus ou un peu moins fréquente de l'art n'a pas une grande importance. De là la possibilité de puiser aussi quelquefois les indications dans des circonstances étrangères à la chirurgie, telles que la consommation du linge, la satisfaction morale du malade; de là surtout ces doctrines si variées qui toutes peuvent invoquer des succès.

Ces réflexions générales vont être pleinement démontrées par l'étude des trois points de vue sous lesquels je crois devoir envisager mon sujet: 1° Considérations historiques; 2° Moyens d'exécution, 3° Indications et contre-indications.

§ 1^{er} *Considérations historiques.* En recherchant l'opinion des auteurs sur la rareté ou la fréquence des pansements, aux diverses épo-

ques, on reconnaît que jamais cette question de thérapeutique n'a pu être soumise à des formules générales. Quelquefois, elle a paru indifférente : le plus souvent, elle a été modifiée par les idées qui ont régné sur les qualités du pus, sur l'efficacité des topiques, sur le danger du contact de l'air et des mouvements, ainsi que par les changements introduits dans les appareils. Il est remarquable seulement que de temps à autre on a proposé, sans pouvoir les faire adopter universellement et définitivement des pansements très rares.

PREMIÈRE ÉPOQUE, *Depuis Hippocrate jusqu'aux chirurgiens arabes.* A cette époque, les chirurgiens paraissent attacher de l'importance au renouvellement des pansements. Cependant ils ne s'en expliquent pas toujours d'une manière catégorique.

1° *Pour les plaies, les ulcères, les fistules, etc.*, la pratique d'Hippocrate ressort de son opinion sur l'humidité des plaies. Le pus, dit-il, est une pourriture (*putredo*); ce qui est humide est nuisible, ce qui est sec est bon. Donc il faut sécher les plaies, faire souvent des lotions avec le vin ou l'eau, placer des éponges qui abstergent, les renouveler dès qu'elles sont humectées.

Celse indique l'emploi des moyens de réunion, sans dire exactement combien de temps il les laisse en place; il fait connaître un grand nombre de médicaments simples et composés pour le pansement des plaies; il croit à la nécessité de les laver souvent avec du vinaigre, du vin, ou de l'eau chaude, suivant les périodes. Mais il ne s'explique catégoriquement sur les époques de renouvellement que pour les plaies saignantes. Après le premier pansement, il les laisse dans le même état pendant deux jours, et lève l'appareil le troisième; il le lève pour la seconde fois au cinquième jour. A partir de cet instant, il ne précise plus; mais comme il conseille l'usage de topiques très variés pour la détersion et la régénération, il est vraisemblable que ses pansements étaient quotidiens.

Galien n'est pas beaucoup plus explicite; mais il multiplie tellement les formules de topiques appropriés aux diverses phases de la maladie que probablement il les renouvelait souvent. Il préconise cependant pour les écronelles un topique qu'il conseille de ne pas toucher pendant deux ou trois jours; il donne aussi le précepte de laisser quatre jours en place le pansement qui a été fait pour arrêter une hémorrhagie.

Dans les autres auteurs de cette période, je ne trouve rien de plus positif; ce qui paraît dominer, c'est l'utilité de l'intervention de l'art pour protéger, déterger, et faire cicatriser les plaies, et la multiplicité des remèdes que l'on croit propres à remplir ces diverses indications.

2° *Pour les fractures*, Hippocrate et Galien sont partisans des pansements fréquents au début et rares à la fin. Le moyen ordinaire est un bandage roulé, qu'on renouvelle tous les trois jours jusqu'au septième, huitième ou neuvième. A cette époque on met les attelles, et on ne touche plus à l'appareil jusqu'à la fin.

Celse paraît admettre le renouvellement tous les trois jours pendant un temps plus long.

Paul d'Egine veut aussi que les pansements soient renouvelés jusqu'à la fin, mais plus rarement après qu'avant le septième jour.

DEUXIÈME ÉPOQUE, *comprenant les chirurgiens Arabes et les Arabistes*. 1° Dans cette longue période, on cherche encore vainement des indications positives sur la rareté ou la fréquence des pansements pour toutes les maladies dans lesquelles il y a suppuration. Les opérations avec l'instrument tranchant sont rares; l'emploi des tampons pour arrêter les hémorrhagies, à la suite des plaies accidentelles, conduit bien à laisser quelquefois les appareils en place; mais d'un autre côté, si l'écoulement sanguin continue d'avoir lieu, on est obligé de les changer plus souvent, pour tamponner davantage, ou pour employer les astringents et les caustiques. Il y a donc des variétés

suivant les cas ; mais le pansement rare des plaies n'est établi en précepte ni par Avicenne, ni par Albucasis, ni par Guy de Chauliac. Ce dernier s'applique, comme les auteurs de la première époque, à faire ressortir la nécessité de topiques différents aux diverses phases de la maladie ; il veut que le chirurgien ait toujours sur lui cinq onguents : le *basilicum* comme maturatif, l'*onguent des Apôtres* pour mondifier, l'*onguent blanc* pour consolider, l'*onguent doré* pour incarner, le *dialthæa* pour adoucir. Après lui, de nouvelles recettes sont inventées chaque jour ; on insiste en outre sur la nécessité de tenir les plaies profondes dilatées au moyen de tentes, bourdonnets et autres corps qui permettent de conduire jusqu'au fond ces médicaments émollients, abstergents, détergents, incarnatifs, dont l'usage est regardé toujours comme indispensable à la guérison. Mais les auteurs n'appellent pas l'attention sur la durée du séjour de tous ces moyens de pansement.

2° Pour les fractures un grand changement s'opère ; les appareils inamovibles, dont on pourrait peut-être retrouver quelques indications vagues dans la pratique des rebouteurs de l'antiquité, prennent définitivement naissance. C'est toujours le bandage roulé avec les attelles ; pour l'ôter aussi souvent que le voulait Hippocrate, il fallait soulever le membre, remuer les fragments, causer des douleurs ; Rhazès le solidifie, à partir du sixième ou septième jour, avec une pâte composée de chaux et de blanc d'œuf, et n'y touche plus jusqu'à l'achèvement de la consolidation. Roger de Parme étend sur le membre une préparation de poix, mastic et sangdragon ; puis il roule la bande préalablement trempée dans le blanc d'œuf. Hugues de Lucques se sert de l'étoupe imbibée de blanc d'œuf, et renouvelle son appareil une seule fois pendant le cours de la maladie.

III. Cependant tous les chirurgiens sont loin d'adopter cette innovation. Avicenne continue l'emploi du pansement amovible ; il le renouvelle

tous les jours jusqu'au septième, et, à partir de ce moment, tous les quatre ou cinq jours. Albucasis se montre également partisan des pansements fréquents jusqu'à la fin ; cependant il ne veut rien de fixe ; si le malade ne se plaint pas, on laisse l'appareil sans y toucher pendant plusieurs jours ; mais s'il survient des douleurs, des démangeaisons, il faut visiter sans retard. Il est vrai qu'Albucasis appliquait sur la fracture un emplâtre qui pouvait bien occasionner ces démangeaisons et ces douleurs. Enfin Guy de Chauliac adopte le bandage solidifié, mais il vent qu'on le renouvelle, et qu'on visite le membre tous les sept ou neuf jours.

Pour les fractures compliquées, Albucasis enfermait quelquefois la plaie dans son appareil ; mais lorsqu'elle était grave, il taillait au milieu des bandes une ouverture, à l'aide de ciseaux. Guillaume de Salicet et Lanfranc laissaient, en appliquant leur bandage, une ouverture pour laisser écouler le pus et panser la plaie tous les jours. De cette façon le pansement était fréquent pour la plaie et rare pour la fracture, première idée de ce qui a été désigné de nos jours sous le nom de pansements amovo-inamovibles.

Hugues de Lucques enfermait la fracture et la plaie dans son appareil inamovible ; mais il le renouvelait au bout de dix jours.

TROISIÈME ÉPOQUE. *S'étendant depuis le milieu du xvi^e siècle jusqu'à la fin du xviii^e.* — 1° La fin du xvi^e siècle est remarquable par deux découvertes importantes pour le pansement des plaies. Tagault imagine ou du moins formule plus nettement qu'on ne l'avait fait avant lui, la réunion à l'aide d'un agglutinatif, et A. Paré fait connaître après lui ce moyen sous le nom de suture sèche ou *glutinative*. A la même époque, A. Paré cherche à régulariser la ligature des artères à la suite des accidents et des opérations. Ces deux modifications doivent influencer sur la fréquence ou la rareté des pansements, car d'un côté, les agglutinatifs se prêtent bien à un séjour prolongé, et de l'autre, la ligature

des artères met à l'abri de ces écoulements continus de sang qui conduisaient à lever souvent les appareils pendant les premiers jours. Pourtant cette influence ne se fait pas sentir immédiatement, parce que les agglutinatifs et la ligature des artères ne passent pas de suite dans la pratique générale. Les plaies, les abcès, les ulcères, etc., continuent à être pansés avec les tentes, les bourdonnets, les médicaments. On croit utile de changer souvent ces derniers et de ne pas laisser séjourner sur les plaies le pus, humeur viciée ou corrosive.

Au commencement du XVII^e siècle, ces doctrines sont combattues avec vigueur ; deux ouvrages se publient contre la fréquence et en faveur de la rareté du pansement des plaies. Le premier est de François Martel, chirurgien de Henri IV ; il est très court et se réduit à quelques propositions sur le pansement trop réitéré des plaies en général, de celles de la tête en particulier, et sur les avantages du traitement de ces maladies avec l'eau et l'huile (Apologie pour les chirurgiens, Lyon, 1601). Le second est de Magati, professeur de chirurgie à l'Université de Ferrare, en 1612 ; il est très-étendu (1 vol. in-folio, Venise, 1616), et a pour titre : *De rarâ vulnerum medicatione, seu de vulneribus raro tractandis*. Dans ce travail l'auteur établit surtout que la tendance naturelle des plaies est la guérison ; que les efforts de la nature sont plutôt entravés qu'aidés par les tentes, les bourdonnets, les emplâtres et les onguents. Ce qu'il faut éviter avec grand soin, c'est le contact de l'air, parce qu'il irrite la plaie, ce sont les mouvements, parce qu'ils dérangent le travail d'agglutination, c'est l'ablation du pus, parce qu'il constitue non pas une substance mauvaise, comme on l'a dit souvent, mais un topique utile préparé par la nature pour la réparation. Il conseille donc de couvrir la plaie avec de la charpie, et de n'y toucher que tous les trois ou quatre jours. Il est important de faire remarquer que cet ouvrage renferme deux préceptes distincts : Rejet des moyens de pansements employés à cette époque ; renouvellement rare. Magati attribue ses succès au dernier

beaucoup plus qu'au premier. N'était-ce pas cependant un progrès que de débarrasser les plaies de tous ces médicaments qui, sous prétexte de favoriser leur suppuration et leur cicatrisation, pouvaient les irriter et en retarder la marche?

Magati, malgré les longs développements dans lesquels il est entré, malgré l'étude approfondie et très remarquable pour son temps qu'il a présentée sur la guérison des plaies, a eu peu d'influence sur la pratique de ses contemporains et de ses successeurs. En définitive, les plaies et les ulcères guérissaient avec les anciennes méthodes; pourquoi changer? Objection juste, en effet, et contre laquelle échouent, à propos de ce sujet, tous les systèmes exclusifs.

2^o Le traitement des fractures reste, à la fin du xvi^e siècle, à peu de chose près ce qu'il était au commencement. Peut-être cependant la fréquence d'un nouveau genre de blessures, celles par armes à feu, va-t-elle susciter des modifications dans le traitement des fractures compliquées. A. Paré n'a pas de doctrine exclusive; il veut que la partie soit immobile, mais aussi que le chirurgien observe et surveille. Il est, en général, comme Hippocrate, partisan des pansements fréquents au début et rares à la fin, parce qu'au début des accidents peuvent arriver par le fait même de la blessure, et par l'application d'un bandage trop serré. Fabrice d'Aquapendente reproduit les mêmes idées; il n'adopte les appareils inamovibles que dans quelques cas et à la fin du traitement. Fabrice de Hilden, pour montrer l'utilité du renouvellement des appareils, cite l'exemple d'une gangrène de l'avant-bras à la suite d'une fracture qu'on avait négligé de panser pendant les premiers jours.

Le xvii^e siècle présente le même aspect; les pansements rares ne sont pas généralement employés. Cependant on a recours encore quelquefois au blanc d'œuf, sinon pour immobiliser tout l'appareil, au moins pour en solidifier certaines parties. Wiseman, par exemple, se sert de

ce moyen pour donner aux compresses une rigidité qui leur permet de suppléer les attelles.

Scultet régularise enfin l'appareil qui porte encore aujourd'hui son nom, et dont on pourrait, avec M. Malgaigne (thèse sur les appareils des fractures), retrouver l'origine dans l'emploi exceptionnel de compresses à plusieurs chefs, au temps d'Hippocrate. Ce moyen de pansement, a, sur tous les bandages qui étaient généralement usités jusqu'ici, ce grand avantage, qu'il permet de visiter le membre sans le soulever, et sans faire souffrir; il favorise donc les pansements fréquents, et réalise un vœu souvent exprimé par les chirurgiens, et que Fabrice d'Aquapendente formulait encore peu de temps auparavant.

QUATRIÈME ÉPOQUE (XVIII^e siècle). — La question des pansements rares se complique et se discute plus généralement dans le XVIII^e siècle qu'aux époques précédentes. L'emploi définitif de la ligature à la suite des opérations sanglantes va rendre les chirurgiens plus hardis. Faudra-t-il panser souvent ou rarement les plaies consécutives à ces opérations? La compression prend rang dans la thérapeutique chirurgicale; l'orthopédie se développe; nouvelles occasions de faire des pansements rares.

1^o Au commencement de ce siècle, la plupart des plaies en suppuration, des ulcères et des brûlures étaient pansés comme autrefois tous les jours, et même à plusieurs reprises dans la journée. Les dilatants, les bourdonnets et les tentes étaient employés pour les plaies profondes comme sont celles des amputations. Les topiques de toutes sortes étaient encore mis en usage. Magati était oublié; en vain son compatriote Sancassani avait-il élevé la voix pour rappeler ses préceptes. Cependant Belloste, Pibrac et Lecat soulèvent de nouveau la question. Belloste, dans son traité du *Chirurgien d'hôpital* (tom. 1, chap. XI) a un chapitre intitulé : *Pourquoi il faut panser les plaies rarement*; il y blâme l'usage de découvrir les plaies deux fois par jour,

et conseille de le faire tous les deux ou trois jours. « Le repos, dit-il, est nécessaire pour toutes les générations ; les parties nitreuses de l'air consomment ou du moins altèrent le baume naturel du suc nourricier qui doit servir de glu pour réunir les parties divisées. » Pibrac, dans son célèbre Mémoire sur l'abus des sutures, conseille le renouvellement, tous les trois ou quatre jours, des bandages dont il se sert pour traiter les plaies par la position. Dans un autre travail sur le traitement des plaies avec perte de substance (Acad. de Chir., tom. 4), le même auteur cherche à montrer l'inutilité des topiques usuels. Il rappelle la puissance de la nature dont les efforts sont troublés par les mouvements et l'impression du froid, et seraient aidés suffisamment par les moyens de protection les plus simples. Il se sert de charpie sèche et laisse entre les pansements un intervalle ordinairement plus long au commencement et à la fin qu'au milieu du traitement, mais qui est toujours en rapport avec l'étendue de la plaie et l'abondance de la suppuration. Il propose enfin un procédé mixte et qui a été souvent employé depuis lui, c'est de renouveler les linges extérieurs salés et de laisser la charpie qui est en contact immédiat avec la plaie.

Quant au travail de Lecat, et à celui d'un anonyme, insérés dans les Prix de l'acad. de ch. (tom. 1^{er}), ils ne renferment pas de vues aussi neuves que ceux de Belloste et Pibrac. Ces mémoires servent seulement à montrer l'influence qu'a exercée l'académie de chirurgie sur la simplicité et le renouvellement rare des pansements ; on doit remarquer d'ailleurs que les chirurgiens de cette époque n'attendaient pas plus tard que le troisième ou le quatrième jour, et qu'ils n'ont pas fait de la rareté une règle aussi générale que le voulait Magati. C'est pour cette raison sans doute que leurs préceptes sont restés dans la pratique.

2^o Pour les fractures, le xviii^e siècle a vu reparaître quelquefois les appareils solidifiés. Belloste indique, à propos de celles

de la jambe, un bandage qu'on arrose avec un mélange de blanc d'œuf, d'huile rosat et de vinaigre, et qu'on ne renouvelle que tous les vingt jours; Moscati imagine son célèbre bandage à l'étoupe imbibée de blanc d'œuf. Cependant l'idée la plus générale que donnent de la pratique de ce temps les ouvrages de J.-L. Petit, Duverney, Pouteau et Delamotte, en France; ceux de Pott et Bromfield, en Angleterre, est que les fractures doivent être visitées et surveillées de temps en temps. On les entoure soit du bandage roulé, comme au temps d'Hippocrate, soit du bandage de Scultet; ce dernier surtout se vulgarise de plus en plus, particulièrement pour les fractures du membre inférieur. On imagine en outre un grand nombre d'appareils mécaniques, les uns amovibles, les autres inamovibles, tels que le corset de Brasdor; la cuirasse de Solingen et de Lafaye; les boîtes de Ravaton et de J.-L. Petit; les appareils à extension continue se produisent; mais néanmoins les pansements les plus usuels, ceux que J.-L. Petit et Desault nous ont transmis, sont, comme au siècle précédent, renouvelés assez souvent les premiers jours, et plus rarement à la fin.

3^o La chirurgie du xviii^e siècle a fait une application des pansements rares au traitement des anévrysmes. Pour obtenir par la compression l'oblitération d'une poche anévrysmale, il était nécessaire d'empêcher pendant longtemps de suite l'arrivée du sang dans son intérieur. Plusieurs chirurgiens trouvèrent insuffisants les moyens habituels de pansements et en construisirent de spéciaux. Telle est l'origine des machines d'Arnaud, de Foubert, Ravaton et Verduc.

D'autres, tels que Guattani et Theden, ont cru pouvoir se servir des bandes ordinaires.

Le bandage de Theden est surtout important dans l'histoire des pansements rares; il n'est pas précisément nouveau, en ce sens qu'il consiste en un bandage roulé, très analogue à celui d'Hippocrate pour les fractures, mais ses applications sont nouvelles. L'auteur en effet l'emploie non seulement dans le traitement des anévrysmes, mais aussi

dans bien d'autres maladies chirurgicales ; il insiste sur les avantages de ce moyen, le généralise, et fait entrer définitivement les *pansements compressifs* dans la thérapeutique chirurgicale.

XIX^e siècle. — 1^o A la suite des travaux de Bellosté, de Pibrac et de l'Académie de chirurgie, un usage général s'était établi pour le pansement des plaies un peu étendues, de celles surtout qui succèdent aux opérations sanglantes. Il consistait à lever l'appareil le troisième ou quatrième jour, puis à le changer tous les jours, et quelquefois à la fin tous les deux jours. Telle a été la pratique à peu près uniforme des chirurgiens au commencement du XIX^e siècle, et particulièrement celle de Pelletan, Boyer, Dupuytren, qui pansaient d'ailleurs la plupart de leurs plaies comme au temps de l'Académie de chirurgie, sans bourdonnets et sans tentes, mais aussi sans réunion.

La réunion immédiate, si généralement adoptée en Angleterre après les travaux de J. Hunter, et un peu plus tard en France après les essais de Percy, après les publications de M. Roux et de Delpech, n'a pas changé d'abord cette manière de faire; elle a changé seulement la raison de la levée tardive du premier appareil. A la suite du pansement sans réunion, on voulait attendre que la suppuration fût établie, et que l'imbibition des pièces du pansement en rendit l'ablation plus facile. A la suite de la réunion, il a paru important de laisser les parties dans un repos absolu, afin de ne pas déranger le travail adhésif. Le pansement au quatrième jour d'abord, et ensuite tous les jours, a donc continué à être adopté pendant les vingt premières années de notre siècle.

Vers 1815, Larrey fait connaître quelques résultats heureux qu'il avait obtenus de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures compliquées de plaies; ces dernières s'étaient cicatrisées sous le bandage sans qu'on les eût mises une seule fois à découvert. De là au pansement rare des plaies simples il n'y avait qu'un pas. Larrey

indique, en effet, dans sa Clinique chirurgicale (tom. 4^e), qu'en général il vaut mieux, à moins de circonstances impérieuses, ne pas lever l'appareil des amputations avant le septième, huitième ou neuvième jour. A cette époque, la suppuration est plus complètement établie, les pièces du pansement sont moins sèches et s'enlèvent mieux sans douleur. Les plaies peuvent d'ailleurs rester couvertes impunément pendant un temps plus long; Larrey en donne comme preuve l'exemple de plusieurs individus qui, amputés sur le champ de bataille, ont fait ensuite des voyages de quelques semaines, sans être pansés, et chez lesquels la cicatrice était achevée au moment où l'on enlevait l'appareil.

Cependant Larrey n'a pas établi catégoriquement le précepte de panser très rarement les plaies; on voit même, en lisant ses *Mémoires et Campagnes*, que pendant longtemps sa pratique a été la même que celle de tous ses contemporains.

Les observations de l'illustre chirurgien militaire devaient frapper et entraîner quelques-uns de ses contemporains; l'on ne tarda pas, en effet, à voir Maréchal et M. Josse d'Amiens proposer, à la suite des réunions immédiates, la levée du premier appareil le dixième jour, et les pansements subséquents tous les deux ou trois jours seulement. Leurs idées sont consignées dans les Mémoires de M. Sazie (Archives, 1833), dans les Mélanges de chirurgie, de M. Josse fils (1835), et dans la thèse de M. Goddé (1846, n^o 15). Ces auteurs invoquent au reste les mêmes raisons que Magati, Belloste et Pibrac; l'air est nuisible, le refoidissement est dangereux, le pus est un topique utile; les pièces enlevées tard sont plus humides et se détachent sans tiraillement nuisible.

Il est assez curieux de faire observer que, malgré le savoir et l'autorité de ces chirurgiens, leurs opinions n'ont pas été généralement adoptées, et que le patronage du grand nom de Larrey n'a pas été plus favorable à cette pratique, que ne l'avaient été les longues déclamations de Magati. Elle n'a trouvé à l'époque actuelle qu'un très petit

nombre de défenseurs, parmi lesquels nous avons surtout à nommer M. Chassaignac.

Une sorte de réaction s'est même établie contre la rareté du pansement après la réunion immédiate des plaies; nous savons que Hunter et après lui John Bell, Delpéch et tous les praticiens regardaient le repos comme une condition importante, et qu'à cause de cela, ils ont conseillé le renouvellement tardif. Lisfranc et Blandin ont fait valoir, à côté de l'importance du repos, l'utilité de visiter la blessure, afin de combattre l'inflammation, si elle devient trop intense. Ils ont donc conseillé d'enlever, dès le lendemain, les pièces extérieures, et au besoin même les moyens de réunion. Cette pratique a trouvé parmi les chirurgiens de l'époque actuelle un certain nombre de partisans; moi-même je l'ai adoptée pour les plaies étendues.

Nous avons donc aujourd'hui trois opinions en présence: 1° la levée de l'appareil au 4^e jour, suivie de pansements quotidiens; 2° la levée de l'appareil au 10^e ou 12^e jour, suivie de pansements tous les deux ou trois jours; 3° la levée du premier appareil et de tous les autres le lendemain de leur application.

2° Les chirurgiens anglais, et particulièrement Baynton, ont proposé d'employer, dans le traitement des ulcères des jambes les bandelettes agglutinatives, que l'habitude de la réunion immédiate, avait en quelque sorte vulgarisées. De là une variété de pansement rare qui est devenue extrêmement usuelle. Mais est-ce par la permanence de la compression exercée sur les callosités et sur la membrane pyogénique elle-même que ce moyen est avantageux? ou bien est-ce par quelque autre mécanisme? C'est un point sur lequel on peut discuter.

3° L'extension donnée à notre époque par M. J. Guérin aux opérations sous-cutanées, a eu pour résultat de faire réfléchir de nouveau les chirurgiens sur les effets du contact de l'air, et de faire imaginer certains pansements rares, propres à mettre les plaies exposées dans les mêmes conditions que les plaies non exposées ou sous-cutanées.

4° Pour le traitement des fractures, notre époque est remarquable par l'emploi fréquent des bandages solidifiés. Les noms de Larrey, Seutin, Velpeau et Blandin sont attachés aux appareils albuminé, amidonné et dextriné, que la plupart d'entre eux ont appliqué dès le début de l'affection pour l'enlever seulement à la fin.

A côté de ces auteurs et de leurs adhérents, se trouvent, et ils sont encore assez nombreux, ceux qui préfèrent comme à la fin du 18. siècle, le bandage roulé ou le bandage de Scultet, renouvelé souvent pendant les premiers jours et rarement à la fin.

Entre ces deux méthodes, s'en place une intermédiaire et mixte, qui permet de panser souvent la plaie, s'il y en a une, et d'observer chaque jour les phénomènes locaux, sans déranger le membre; je veux parler de l'hyponarthécie. Quelques chirurgiens, Roé et Faust en particulier avaient eu l'idée de suspendre dans un hamac les membres atteints de fractures. Sauter et Mayor s'emparent de cette idée; mais, au lieu d'un hamac, ils se servent d'une planchette mobile, sur laquelle ils immobilisent le membre à l'aide de moyens contentifs très simples. Puis la suspension est abandonnée à son tour, mais l'hyponarthécie reste, c'est-à-dire que l'on continue à placer les membres fracturés sur des plans résistants, planchettes, plans inclinés, gouttières; ils y sont assujétis par des moyens de contention qui permettent de découvrir aisément, ou laissent tout à fait à découvert la partie malade. Qu'au lieu d'une planchette ou d'une gouttière, on se soit servi d'un appareil solidifié, dont on a plus tard incisé la partie antérieure, à la manière de M. Seutin, le résultat sera toujours le même, c'est-à-dire une combinaison heureuse du pansement rare et du pansement fréquent; pansement rare, très rare même, pour la contention de la fracture, pansement fréquent pour la protection de la plaie ou pour tout autre traitement local. Tels sont les pansements auxquels M. Seutin a donné le nom d'*amovo-inamovibles*, en s'occupant seulement des appareils amidonnés ouverts à leur partie

antérieure, et qu'il me paraît plus convenable de réunir sous la dénomination de *pansements hyponarthéciques*.

Cette innovation dans la thérapeutique des fractures est devenue d'autant plus importante, qu'elle a pu s'étendre à beaucoup d'autres lésions chirurgicales, et surtout aux maladies articulaires, aux plaies des ré-ections, aux difformités traitées par la ténotomie sous-cutanée.

Rapprochez maintenant toutes ces variétés de la pratique chirurgicale moderne relativement aux fractures; placez les partisans de l'appareil renouvelé à côté des partisans de l'appareil inamovible; songez au nombre assez grand de ceux qui préfèrent l'amovo-inamovibilité, et vous aurez une idée des divergences d'opinion que nous présente encore ici cette question des pansements rares.

Serait-ce donc de la confusion? Non; au milieu de ce désordre apparent, deux idées sont en présence et en lutte: la première veut que le chirurgien voie ce qui se passe, suive les phases de la maladie, prévienne le danger, l'évite s'il est possible; elle le conduit soit aux pansements fréquents dans un bandage amovible, soit aux pansements rares dans un appareil hyponarthécique. La seconde tient moins à la surveillance, et se préoccupe davantage de l'immobilité absolue de la partie fracturée; elle conduit aux pansements rares, ordinaires ou inamovibles. Laquelle de ces deux idées doit triompher? J'essaierai de m'en expliquer un peu plus loin.

5° La chirurgie du 19^e siècle n'a pas suivi celle du 18^e dans le traitement des anévrysmes par la compression, quoiqu'il faille tenir compte de quelques tentatives récentes de MM. Bellingham, Hutton et Cusack en Angleterre et de M. Giraldès en France (Journal de Malgaigne, tom. 3). Mais la compression a été employée dans beaucoup d'autres maladies par MM. Bretonneau et Velpeau, dans le traitement du cancer par Young et M. Récamier, dans celui du bubon par M. Fergusson.

6° L'orthopédie, à laquelle les travaux d'Andry, de Levacher (Ac. de Chir., t. 4), de Venel en Suisse, avaient déjà donné une certaine impulsion à la fin du siècle précédent, prend tout à coup dans celui-ci un grand développement. Les appareils qu'elle emploie sont, pour la plupart, tellement compliqués qu'ils occupent une place spéciale dans la thérapeutique. Cependant, comme elle emprunte aussi quelquefois ses moyens tels que les gouttières et le bandage dextriné à la chirurgie générale, il n'est pas inutile de faire ressortir ce caractère de la chirurgie de notre époque, d'avoir appliqué sur une plus grande échelle et perfectionné les pansements rares *orthopédiques*.

En résumé, la question qui n'est posée se présente aujourd'hui avec les mêmes caractères qu'aux époques précédentes, c'est-à-dire : nul doute sur l'utilité des pansements rares dans certains cas, incertitude dans quelques autres, discussions à propos des plaies et des fractures, et, au milieu de ces discussions, tendance assez générale à préférer les pansements fréquents.

§ 11. — *Moyens d'exécution des pansements rares.* L'opportunité ou l'inopportunité des pansements rares étant subordonnée, dans beaucoup de cas, aux moyens employés, et ces derniers présentant à l'époque actuelle de nombreuses variétés, il est nécessaire de les remettre un moment sous les yeux du lecteur.

Ils diffèrent entre eux suivant le but que le chirurgien se propose ; ce but est quelquefois complexe ; mais en tenant compte de l'indication principale qu'ils remplissent, on peut les examiner suivant que le pansement doit être protecteur, unissant, compressif, médicamenteux ou contentif.

1° *Pansements protecteurs.* On appelle ainsi les pansements qui ont principalement pour objet de mettre les surfaces malades à l'abri du contact de l'air et des corps extérieurs pendant un certain nombre de jours. Leurs moyens d'exécution sont de deux sortes, les uns *généraux*

servent indistinctement pour les pansements rares et pour ceux qu'on renouvelle fréquemment, (charpie, linge fenêtré, ouate, compresses, bandes, triangles, etc.); les autres *spéciaux* ont été plus particulièrement imaginés pour les pansements qui nous occupent. Je n'ai rien à dire des premiers, les seconds seuls doivent m'arrêter un instant.

A—Ici se trouvent d'abord ces appareils conseillés depuis quelques années pour les ulcères des jambes, pour les plaies et les brûlures superficielles qui ont dépassé la période inflammatoire. Leur mode d'action est un peu problématique; ils sont efficaces au moins autant par la compression qu'ils exercent que par la protection permanente qu'ils fournissent; mais comme le premier de ces modes est contestable, et que le second ne l'est pas, on peut sans crainte les ranger parmi les pansements protecteurs spéciaux. Leurs moyens d'exécution sont: 1° les bandelettes agglutinatives imbriquées et circulairement placées autour du membre, comme dans la méthode de Baynton; 2° les feuilles de plomb, telles que les a indiquées M. Réveillé Parise, (*Nouveau Journal de médecine*, tom. 100); 3° les morceaux de toile imperméable, préconisés par Mayor, (*Excentricités chirurgicales*, p. 97); 4° les feuilles de caoutchouc dont a parlé M. Conté, (*Journal de chirurgie*, Tom. 2); 5° les bandelettes de diachylon entrecroisées en X et formant cuirasse, sans entourer tout le membre, dont M. Chassaignac se sert aujourd'hui si fréquemment.

B—L'appareil à incubation de M. J. Guyot est un autre moyen tout spécial; son but primitif sans doute est de maintenir les parties malades à une température élevée et uniforme; mais il donne en même temps une protection si grande, que tout autre pansement devient inutile.

C—Les recherches et les discussions auxquelles a donné lieu la méthode sous-cutanée, ont amené les chirurgiens à se demander s'ils ne pourraient pas donner aux plaies exposées une protection qui les rendit semblables aux plaies sous-cutanées, et qui fit obtenir artificielle-

ment des cicatrisations semblables à celles que Hunter avait vu se former spontanément sous les croûtes résultant de la dessiccation du pus. D'après cette idée, M. J. Guérin avait cherché, il y a quelques années, à placer les solutions de continuité extérieures dans le vide, en les entourant d'un sac de baudruche dont il aspirait l'air avec une pompe. Cette tentative n'a pas été suivie de succès ; plus récemment M. Laugier a vu guérir certaines plaies, qu'il avait recouvertes d'une feuille de baudruche collée sur les téguments au moyen d'une solution épaisse de gomme arabique.

D—Le collodion a été employé aussi comme moyen protecteur spécial; M. Vallette, de Lyon, s'en est servi pour abriter la surface de brûlures au deuxième et troisième degré, (Gaz. méd. 1850, p. 404).

M. Robert-Latour a conseillé d'en recouvrir la peau dans l'érysipèle et les inflammations aiguës. Ainsi appliquée, cette substance forme une sorte de vernis qui sépare assez exactement les parties malades de l'air extérieur, et par conséquent les protège. Je ne vois, pour mon compte, aucun avantage à donner cette protection continue dans les maladies dont il est question.

2° *Pansements unissants.* — Le pansement *unissant* est celui qui a pour but de maintenir rapprochés les bords d'une solution de continuité quelconque pendant le temps nécessaire au travail d'adhésion.

Si le mal est extérieur, comme à la suite des plaies par instrument tranchant, le pansement est tout à la fois protecteur et unissant. Pour l'exécuter, on a le choix entre les agglutinatifs et les sutures. Lorsque la petite étendue ou la position très superficielle de la plaie autorise à penser que l'adhésion pourra se faire promptement, on emploie avec avantage les serres-fines de M. Vidal. Mais ces instruments unissants ne devant rester ordinairement en place que pendant douze ou vingt-quatre heures, n'appartiennent pas en réalité à l'appareil des pansements rares.

Si la solution de continuité est profonde, comme lorsqu'il s'agit d'une

fracture ou d'une rupture tendineuse, il est en général plus difficile d'en maintenir les surfaces affrontées avec les moyens ordinaires. On connaît cependant l'application du bandage unissant des plaies en travers aux fractures de la rotule et de l'olécrâne, ainsi qu'à la rupture du triceps fémoral; on se rappelle également les tentatives de M. Malgaigne pour maintenir dans un contact prolongé les fragments de certaines fractures, avec des moyens unissants directs.

3^o Faut-il admettre une variété particulière de pansements rares différents de ceux que je viens d'indiquer sous les titres de *protecteurs* et d'*unissants*, et qui prendraient le nom de pansements par *occlusion*? M. J. Guérin, pour désigner la tentative que nous rappelions tout à l'heure, s'est servi, en effet, de ce mot *occlusion*, qui n'exprimait pas bien sa pensée et pouvait induire en erreur; car, dans le langage habituel, fermer une plaie veut dire en affronter les bords à l'aide des moyens de réunion.

M. Chassaignac, en employant cette même expression, ne s'est pas fait mieux comprendre; car on pouvait croire et on a cru qu'il parlait de la réunion des plaies, et pour cette raison, l'on a dit que son moyen n'était pas nouveau. Or, ce n'est pas sur la réunion qu'il a voulu fixer l'attention de ses contemporains. En quoi consistent, en effet, ses appareils? S'il s'agit d'une plaie à bords écartés, d'un ulcère, il les couvre de bandelettes de diachylon entrecroisées en X, qui, sans faire le tour du membre, dépassent assez les limites du mal pour se coller aux téguments; de là résulte une sorte de cuirasse qui empêche le passage de l'air, et permet cependant l'issue du pus entre ses mailles. Par-dessus sont placés un linge cératé, de la charpie, et des compresses. S'agit-il d'une plaie sans perte de substance, et dont les bords peuvent venir au contact, on les rapproche et on met le même appareil. Les pièces extérieures sont renouvelées les jours suivants, mais on ne touche pas à la cuirasse, que l'on change le dixième ou douzième jour seulement, et qui jusque là doit restée collée sur la partie malade.

Abriter de cette façon les plaies, ce n'est pas les fermer, dans le sens chirurgical de ce mot. Et d'ailleurs, fût-ce une occlusion, M. Chassaignac ne serait pas encore compris ; car qu'y a-t-il de nouveau dans ces sortes de pansements ? Assurément ce n'est pas de mettre tout simplement la plaie à l'abri du contact de l'air, car cette intention a été celle des chirurgiens de tous les temps ; ce n'est pas non plus de leur donner cet abri longtemps de suite ; car Larrey, Maréchal et Josse l'ont fait depuis quelques années. Ce qui est nouveau, c'est la combinaison simultanée de ces deux indications : opposer un obstacle permanent à l'arrivée de l'air, et laisser la possibilité de changer les linges extérieurs salis par la suppuration. Magari, Belloste et Lecat, malgré l'opinion qu'ils professaient sur le danger de l'air extérieur, ne se décidaient pas à laisser le pansement plus de trois ou quatre jours en place, à cause de la mauvaise odeur. Maréchal et M. Josse, en attendant jusqu'au dixième jour, incommodaient nécessairement leurs malades ; mais ils tenaient avant tout à ce que l'air n'arrivât pas sur la plaie. Ce que veut M. Chassaignac, et ce que réalise en effet son appareil, c'est de pouvoir renouveler le pansement extérieur tous les deux ou trois jours, tous les jours au besoin, sans que l'air pénètre. Les appareils de Baynton, Mayor et M. Réveillé-Parise, donnent aussi ce résultat. Mais leurs auteurs ne l'avaient pas dit aussi formellement que notre honorable compétiteur.

Le mot *occlusion* ne fait pas assez comprendre cette combinaison qui est la partie neuve dans le procédé de M. Chassaignac ; voilà pourquoi je ne l'ai pas adopté, et pourquoi j'ai fait rentrer ce procédé dans la catégorie des moyens protecteurs spécialement imaginés pour les pansements rares.

Il reste à savoir maintenant si cette protection permanente contre l'air extérieur a toute l'importance que lui donne M. Chassaignac, et si elle doit faire adopter le moyen qu'il propose. Je dis par avance

que je ne le crois pas ; mais le moment n'est pas encore venu de discuter cette question.

4^o *Pansements compressifs*. — Les moyens d'exécution des pansements compressifs ordinaires et hémostatiques sont habituellement les mêmes que ceux des pansements protecteurs. C'est la manière de les appliquer qui fait toute la différence. Nous savons d'ailleurs que la compression et la protection se combinent dans beaucoup d'appareils, et que des moyens tout spéciaux ont été proposés pour le traitement des anévrismes et des hémorrhagies.

5^o Les pansements rares sont dits *médicamenteux*, lorsqu'ils sont destinés à maintenir sur une partie saine ou malade une substance dont on suppose que l'action prolongée peut avoir quelque avantage dans le traitement des maladies. Tels sont, par exemple, les emplâtres dits *fondants*, *irritants*, *revolviques*, et tous ceux dont les anciens avaient tant multiplié les variétés.

6^o *Pansements contentifs*. — On donne ce nom à ceux qui ont pour objet principal de maintenir les parties malades dans une immobilité plus ou moins longtemps prolongée. Ils sont particulièrement employés dans le traitement des fractures. J'ai fait voir précédemment que la chirurgie moderne en possédait trois espèces principales : les pansements contentifs amovibles, les inamovibles ou solidifiés, les hyponarthéciques.

A. — Les pansements contentifs *amovibles*, qu'on pourrait nommer aussi pansements ordinaires, ont pour caractère distinctif d'envelopper de tous côtés, et de masquer la partie malade. Les bandes roulées, les bandelettes séparées, les coussins, les attelles de bois ou de carton etc., servent à leur exécution.

B. — On appelle généralement pansements contentifs *inamovibles* ceux que leur construction rend très difficiles à enlever, et qu'à cause de cela même on applique avec l'intention de ne pas les renouveler

ou de ne les changer qu'une fois ou deux pendant le cours de la maladie.

Leurs moyens d'exécution sont des bandes roulées ou des bandelettes séparées, comme dans les appareils précédents; seulement on les imbibe d'un mélange, qui se solidifie par la dessiccation. Ce mélange était autrefois le blanc d'œuf; aujourd'hui c'est l'amidon et plus souvent la dextrine. M. Laugier a remplacé, dans le bandage qui porte son nom, le linge par des bandelettes de papier, moyen moins dispendieux, et qui expose moins à une trop forte constriction. Est-il nécessaire de rappeler l'usage aujourd'hui abandonné du sable mouillé et du plâtre?

C. — Nous sommes convenus d'appeler *hyponarthéiques*, les pansements contentifs qui, tenant le milieu entre les deux précédents, laissent à découvert la partie malade, et permettent de la visiter sans imprimer à cette dernière aucun déplacement. Les moyens d'exécution sont de deux sortes: les uns fondamentaux qui assurent l'immobilité, les autres accessoires qui satisfont à d'autres indications.

Placez un membre sur un plan résistant et un peu rembourré, tel qu'une panchette de bois garnie d'un coussin, un double plan incliné, une gouttière en ferblanc, en fil de fer ou en gutta percha, un coussin-gouttière, comme dans les appareils de M. Jobert de Lamballe; assujétissez ce membre soit avec un mouchoir, soit avec des compresses languettes qui, passant sur lui transversalement, se fixent d'une manière quelconque au point d'appui, soit enfin avec des lacs extenseurs ou contextenseurs, et vous aurez une idée des moyens d'exécution fondamentaux des pansements hyponarthéiques.

On peut au reste les varier de bien des manières, et j'ai fait présenter plus haut que M. Seutin, en coupant son bandage amidonné, plaçait en définitive un pansement hyponarthéique.

Leurs variétés sont relatives surtout à l'immobilité plus ou moins

grande, qui est en rapport inverse de l'étendue des surfaces laissées à découvert. Il est certain, par exemple, que les membres sont mieux assujétis mais en même temps un peu plus masqués dans les gouttières de toutes sortes que sur les coussins de M. Jobert.

Il est une dernière variété de pansements contentifs: ce sont ceux qu'emploie l'orthopédie; mais je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit tout-à-l'heure sur ce sujet.

§ III. *Indications et contre-indications des pansements rares.*—La rareté des pansements a certains avantages et certains inconvénients généraux, que la lecture des paragraphes précédents a déjà fait ressortir, et que nous pouvons résumer ici en peu de mots :

1° AVANTAGES. — Elle met la partie malade à l'abri du contact de l'air, et permet de la laisser dans une immobilité prolongée, qui est favorable au plus grand nombre des affections chirurgicales.

2° INCONVÉNIENTS.— Elle maintient sur cette partie des liquides qui peuvent se décomposer, et répandre une odeur désagréable; elle empêche le plus souvent de reconnaître les modifications qui s'y passent, et les accidents qui s'y développent.

Chercher les indications et les contre-indications des pansements rares, c'est donc mettre en balance les avantages et les inconvénients qui précèdent.

Il n'est qu'un très petit nombre de cas, dans lesquels l'indication soit positive; ce sont particulièrement les pansements compressifs, la plupart des pansements orthopédiques, et certains pansements médicamenteux. Leur but est précis, l'effet qu'on en attend ne peut être obtenu qu'à la condition de les laisser longtemps en place. Une contre-indication peut être fournie par le relâchement des appareils, la gêne ou la douleur qu'ils occasionnent, la nécessité d'y habituer les malades; mais le plus souvent, il n'y a pas là matière à discussion, parce

que les avantages de la rareté du renouvellement sont évidents et ne se trouvent pas compensés par des inconvénients trop considérables.

Mais, dans beaucoup de maladies, la rareté du pansement devient un objet de contestation, soit parce que, le but étant complexe ou mal défini, chacun se comporte suivant l'idée qu'il s'en fait, soit parce qu'en réalité, les avantages et les inconvénients du renouvellement sont à peu près égaux.

Pour ces raisons il serait difficile de présenter d'une manière tout à fait générale ce qui a trait à cette partie de mon sujet. Je reprends donc les divisions toutes naturelles qui m'ont déjà servi dans les paragraphes précédents.

1° *Plaies.* — Les chirurgiens de tous les temps ont reconnu qu'il était avantageux de couvrir et de protéger les plaies. C'est là le but le plus général du pansement. La question est de savoir si cette protection doit être prolongée, permanente, ou s'il n'y a pas bonnes raisons pour en renouveler souvent les moyens.

A. Pour les plaies par instruments piquants, la solution est assez simple. Leur cicatrisation par adhésion immédiate et sans suppuration est probable. L'indication de les laisser couvertes et abritées est précise; il n'y a pas ici la nécessité de voir et de surveiller, qui, dans les autres plaies, doit décider souvent à changer l'appareil; car on craint peu d'accidents. Pourtant si le malade souffrait, si la pression exercée par les moyens protecteurs était douloureuse, il faudrait mieux regarder, parce qu'en définitive une exposition de quelques instants n'aurait pas d'inconvénients sérieux.

B. Pour les plaies par instruments tranchants, les discussions commencent, et la question a besoin d'être examinée aux trois périodes principales de la maladie.

a. Dans la première période, qu'on appelle aussi inflammatoire, la plaie a été et n'a pas été réunie.

Lorsqu'elle a été réunie, il est indubitable que les moyens de réunion sont destinés à rester plusieurs jours en place; mais l'appareil protecteur surajouté doit-il être levé rarement, ou tous les jours? Si le pansement est rare, le repos et la chaleur seront favorables au travail d'adhésion; s'il est fréquent, les mouvements qu'on imprime pour ôter et remettre les pièces d'appareil, pourront troubler ce travail. D'un autre côté, le pansement rare ne permet pas de combattre l'inflammation, si elle est trop intense, de relâcher les moyens protecteurs et unissants, si le gonflement est devenu trop considérable.

En présence de ces deux indications contradictoires, repos et surveillance, que doit-on faire? Rien d'absolu; si la plaie est petite ou peu profonde, et que, par suite, l'adhésion soit probable, si le malade ne souffre pas, il vaut mieux ne rien toucher. Si au contraire la plaie est étendue, profonde, composée d'éléments multiples, si cette adhésion immédiate que l'on cherche a peu de chances de s'opérer, et que l'inflammation suppurative soit plus probable, toutes conditions qui se présentent surtout à la suite des grandes opérations, il vaut mieux renouveler le pansement extérieur le lendemain ou au plus tard le surlendemain. En définitive, ces mouvements que l'on redoute se réduisent à peu de chose; les linges extérieurs sont encore humides, on n'a besoin de rien tirailler pour les détacher; l'emploi du linge fenêtré, du triangle de Mayor rend le changement facile et prompt. Dans certaines régions d'ailleurs, ces mouvements sont tout à fait nuls; à la mamelle, par exemple, ne pouvez-vous pas tout enlever sans ébranler la plaie? Mais l'exposition à l'air, dont un si grand nombre de chirurgiens se sont préoccupés! Je ne puis croire au grand danger de cette exposition pendant le court espace de temps nécessaire à la levée d'un appareil. J'ai vu un si grand nombre de fois le premier pansement se faire sans douleur, que je ne puis me préoccuper beaucoup de cet inconvénient. Il vaudrait mieux l'éviter sans doute; mais on se priverait alors de quelques avantages qui me paraissent plus décisifs. Lorsque

la tuméfaction est grande, la suppression d'une ou de deux bandelletes, l'issue d'une partie des liquides amassés dans la plaie, procurent au malade du soulagement. L'absence de douleurs est une excellente condition dans le traitement des plaies. Or, l'exposition momentanée à l'air est loin de faire souffrir autant qu'une constriction ou une compression trop forte, que cette exposition permet de faire cesser. La souffrance, d'ailleurs, est un guide. Si la pression exercée sur le moignon ne l'éveille pas, on peut attendre un jour ou deux de plus.

Je ne vois, en définitive, dans la considération des avantages et des inconvénients de la rareté du pansement, aucun motif pour avoir sur ce point, une règle de conduite absolue.

Lorsque la plaie n'a pas été réunie, l'indication du pansement rare est plus nette dans beaucoup de cas ; car l'appareil protecteur n'expose pas comme l'appareil unissant à des constrictions douloureuses. Ce n'est pas que l'examen de la plaie puisse avoir beaucoup d'inconvénients, mais la surveillance est moins nécessaire. La douleur est encore le principal guide : si elle est intense dès le lendemain, il vaut mieux lever l'appareil et mettre des cataplasmes ; si elle manque, s'il n'y a pas de symptômes généraux graves, on peut attendre.

Dans aucun cas je n'attendrais jusqu'au dixième jour, pour les raisons que j'indiquerai tout à l'heure.

b. — La plaie est à sa deuxième période, la suppuration est établie ; le pansement est protecteur, les moyens d'exécution ont été pris parmi les plus généraux, faut-il le renouveler rarement ou tous les jours ? Il n'y a plus ici à invoquer en faveur du pansement rare les avantages de l'immobilité ; car l'inflammation est moindre, un déplacement opéré avec précaution est sans conséquence ; d'ailleurs les appareils sont aujourd'hui tellement simplifiés, que dans le plus grand nombre des cas le changement de position, s'il est nécessaire, est de

très courte durée. Le seul avantage qui resterait est donc la non exposition de la plaie à l'air.

Mais à côté de cet avantage se placent des inconvénients; il y en a deux principaux : 1° la rareté du pansement ne permet pas de suivre la marche de la plaie et de modifier, d'après cette observation, le traitement local et le traitement général; 2° elle laisse séjourner autour d'elle des matières organiques en putréfaction. Ces raisons ont paru de tout temps décisives à la plupart des chirurgiens; et aujourd'hui encore les pansements journaliers sont le plus souvent préférés.

Je comprendrais difficilement un autre pratique que celle-là, et je cherche vainement des raisons plausibles en faveur de l'adoption générale des pansements rares.

On parle toujours du danger de l'exposition à l'air, que l'on regarde comme irritant, et comme cause de douleur. Sans doute il ne faudrait pas les laisser continuellement exposées; l'enveloppe naturelle manque, il faut une enveloppe artificielle qui la remplace, qui soustraie la solution de continuité à la vie de relation, pour l'abandonner aux fonctions de la vie organique. Mais c'est pousser trop loin l'application de ce principe que d'exiger une protection permanente. L'air n'est pas tellement irritant que son contact, pendant un quart de minute ou une demi-minute, soit dangereux. Le plus souvent même le pansement des plaies à cette période n'est nullement douloureux. La membrane pyogénique n'est-elle pas un commencement de revêtement naturel et ne rend-elle pas moins pénible le changement de température produit par cette exposition momentanée ?

Il est vrai que quelques auteurs ont invoqué aussi l'utilité du séjour du pus, qu'ils regardaient comme un baume protecteur; mais c'est là une hypothèse. L'intention de la nature dans la sécrétion du pus est restée, jusqu'à ce jour, complètement ignorée; celle qu'on lui prêterait par cette opinion est assez rationnelle sans doute, mais elle n'est pas démontrée; et quand bien même on admettrait que les

couches de pus, immédiatement en contact avec la plaie, lui sont salutaires, il faut bien tenir compte des couches voisines qui se décomposent et deviennent nuisibles.

Les partisans exclusifs des pansements rares, dans la période de suppuration des plaies, s'appuieraient donc aujourd'hui, comme à toutes les époques, sur des raisons futiles et vagues. Il est vrai qu'ils pourraient citer des cas nombreux de succès. Je me suis expliqué déjà sur ce point. Tous les modes de pansement, si mauvais, si délétères qu'ils soient, ont été suivis de guérisons, parce que la nature, dans ces sortes de maladies, surmonte tous les obstacles, pourvu que la constitution du malade soit bonne et que l'organisme ne soit pas profondément troublé.

Ceux qui adoptent la pratique générale, auraient tort eux-mêmes de s'appuyer sur cet argument, qu'ils guérissent un plus grand nombre de plaies, ou qu'ils les guérissent plus rapidement. Discuter sur ce terrain, ce serait prolonger éternellement les difficultés sans pouvoir s'entendre.

Les seuls arguments irréfutables, selon moi, dans cette question, sont ceux qui font intervenir la séméiotique et l'hygiène.

La séméiotique ; — car une plaie qui suppure est comme un organe nouveau surajouté momentanément à l'économie ; il languit, lorsque la santé générale souffre ; l'exploration journalière d'une plaie qui suppure est donc un élément de plus que le praticien consulte pour apprécier l'état général de son malade. D'ailleurs, les fonctions de la membrane pyogénique sont quelquefois troublées localement soit par une phlegmasie transitoire, soit par le développement d'un érysipèle ; ou bien ses fonctions s'arrêtent sans cause appréciable, les bourgeons charnus s'affaissent, la plaie devient blafarde, la diphtérie ou la pourriture d'hôpital s'y développe. Vous pouvez combattre ces phénomènes utilement par des moyens thérapeutiques variés. Comment en saisir l'indication, si vous n'examinez pas ?

L'hygiène ; — car il est incontestable que le pus se décompose rapidement dans les pièces d'appareil, surtout en été, que la conservation de ces pièces salies n'offre aucun avantage ni pour la plaie, ni pour la santé générale du malade, et que leur odeur, si elle n'est pas très nuisible, est au moins incommode, en particulier lorsque la blessure occupe les régions rapprochées des fosses nasales. Ceci devient même une question d'hygiène publique dans les salies des hôpitaux ; car si vous avez un grand nombre de plaies en suppuration à la fois, les miasmes qui s'exhalent de ces linges imprégnés de matière organique en putréfaction ne peuvent qu'être nuisibles pour les autres malades.

Sans doute, ces raisons empruntées à la séméiotique et à l'hygiène n'ont pas une portée capitale ; sans doute, le chirurgien peut, à la rigueur, ne pas examiner tous les jours attentivement une plaie, comme il se passe d'examiner la langue ou de tâter le pouls ; sans doute aussi, ces émanations putrides dont je parle ne font périr ni le malade ni ceux qui l'entourent ; mais si ces arguments ne sont pas tellement graves que leur conséquence soit le rejet absolu des pansements rares dans tous les cas, ils sont du moins assez péremptoires pour les faire accepter comme exceptionnels et pas autrement.

J'admettrais l'indication, par exemple, si, la suppuration n'étant pas trop abondante, les pansements étaient fort douloureux, par suite d'une sensibilité très vive du malade, ou si le linge manquait, si les pièces d'appareils avaient besoin d'être ménagées, comme il est arrivé souvent en temps de guerre.

Maintenant, si la plaie est petite, superficielle, sans clapier, si la suppuration est peu abondante, si la santé du malade est bonne, on peut certainement, sans inconvénient, ne panser que tous les deux jours. Il n'y a plus alors ni indication ni contre-indication positive, et la conduite du chirurgien devient à peu près indifférente.

J'ai supposé jusqu'à présent que la plaie était pansée avec des moyens ordinaires.

Mais la question doit être examinée actuellement sous une autre face : pourquoi ne pas employer un de ces pansements protecteurs spéciaux dont nous avons parlé ? La réponse est assez facile, si on les examine encore au point de vue de la manière dont ils combinent la protection avec la séméiotique et l'hygiène.

Sous ce rapport l'appareil complexe de M. Guyot est avantageux ; mais pour bien l'apprécier, il faudrait savoir exactement quelle est, sur la marche des plaies, l'influence de la chaleur artificielle. Il ne paraît pas qu'elle ait été démontrée salutaire, car presque tous les chirurgiens ont abandonné ce moyen. Il est cependant une circonstance dans laquelle son emploi paraît utile, je veux parler d'une épidémie de pourriture d'hôpital. Ici la boîte protectrice, en épargnant au malade des pansements douloureux, en isolant la plaie d'une manière permanente, peut amener du soulagement et arrêter les progrès du mal. Telle est du moins la conclusion à laquelle est arrivé mon excellent ami M. Debrou, dans un travail qu'il a lu à la Société de chirurgie en 1849 (V. Mém., tom. 1).

Quant aux moyens spéciaux de Baynton, Mayor, et Réveillé Parise, ces auteurs ne les ont conseillés que pour la troisième période des plaies, et pour celles qui, étant superficielles, ressemblent aux ulcères des jambes. Je reviendrai sur leur emploi à propos de ces derniers.

Reste la cuirasse emplastique de M. Chassaignac. Ce moyen de pansement est-il avantageux, est-il indiqué d'une manière générale ? Ici il faut distinguer et cette cuirasse elle-même et les linges extérieurs. On enlève ceux-ci tous les jours, s'il en est besoin, on satisfait par conséquent à l'indication hygiénique. Mais quel avantage y aurait-il à laisser les bandelettes imbriquées, qui empêchent l'accès de l'air ? nous sommes convenus que le contact momentané de ce fluide n'était pas dangereux. Peut-être dira-t-on que, l'air n'entrant pas, le pus qui reste sous la cuirasse n'est point décomposé, et par suite n'est point irritant. Je l'admettrai, si l'on veut, mais je ne vois pas là de différence

avec l'appareil ordinaire, puisqu'en le renouvelant, on ne laisse pas davantage le pus altéré sur la surface pyogénique. Défendre ainsi la cuirasse, ce serait démontrer qu'elle n'est pas nuisible, mais ce ne serait pas démontrer qu'elle est utile. Je ne lui vois donc aucun avantage nouveau, et elle a l'inconvénient de masquer la plaie qu'il vaut mieux regarder tous les jours. Pour cette raison, je la rejette comme moyen habituel.

Mais du moment où ce procédé n'est pas nuisible, on peut l'employer dans les cas où la surveillance n'est plus aussi nécessaire, c'est-à-dire lorsque la plaie est petite, et la suppuration peu abondante; seulement on peut dire alors de lui comme de tant d'autres, qu'il n'a ni avantages ni inconvénients, et que le choix est sans importance.

Le même jugement s'applique au procédé de M. Laugier. On peut songer à son emploi si les solutions de continuité sont superficielles, peu étendues, très douloureuses, ou si elles se trouvent dans une région sur laquelle les moyens ordinaires sont difficiles à maintenir. Mais il n'a, dans aucun cas, une supériorité très prononcée.

c. — Dans la troisième période, lorsque le pourtour de la plaie commence à se dessécher, que le fond se rapproche de la surface, que le pus est moins abondant et plus glutineux, la contre-indication des pansements rares est moins précise; car l'état général est meilleur, la plaie est moins exposée à ces modifications locales qui nécessitent l'intervention du chirurgien, il n'y a plus à craindre la décomposition du pus dans des clapiers, ni les fusées purulentes, ni les abcès de voisinage. La question de sémiologie et de surveillance perd donc de sa valeur. Mais la raison hygiénique reste, avec son importance plus ou moins grande, suivant la quantité du pus. Si cette quantité est grande, il faut panser souvent; si elle est petite on peut panser rarement; et dans ce dernier cas il y a quelquefois avantage à recourir aux moyens spéciaux protecteurs et compressifs tout à la fois.

B. — Pour les plaies contuses, la contre-indication est plus formelle dans les deux premières phases de la maladie que pour les plaies par instruments tranchants. Car la période inflammatoire demande des topiques froids ou émollients qui doivent être renouvelés plusieurs fois par jour. La période de suppuration exige une grande surveillance à cause des corps étrangers, des fusées purulentes, des exfoliations cellulaires ou tendineuses, des accidents de voisinage (Érysipèle, angioleucite, abcès). La contre-indication peut cesser encore et la question de rareté ou de fréquence devenir indifférente à la troisième période, lorsque la réparation s'opère.

C. — Les plaies sous-cutanées indiquent plus formellement que toutes les autres la rareté des pansements. Ici point de membrane pyogénique à observer, point de pus ni de putréfaction. Avant tout, il faut que l'inflammation ne devienne pas suppurative. Pour cela, l'immobilité est une condition avantageuse. On maintient donc la partie immobile à l'aide d'un pansement contentif que l'on renouvelle rarement; la cicatrisation de la piqûre qui a servi à l'introduction du ténatotôme est facilitée elle-même par ce repos prolongé.

2° Dans le traitement des *ulcères*, le pansement rare est formellement contre-indiqué, lorsque la solution de continuité encore en voie de destruction, est grisâtre, couverte d'escarres et de débris organique, fournit un pus sanieux, exhale une mauvaise odeur.

Le mal réclame surtout alors, avec une bonne position, des émollients et des soins de propreté qu'il faut renouveler tous les jours.

La détersion une fois opérée, et la période de réparation arrivant, la contre-indication n'existe plus, la rareté ou la fréquence des pansements est en général subordonnée aux moyens mis en usage. Si c'est un appareil protecteur ordinaire, on le change tous les jours; cependant, comme la surveillance n'est pas aussi nécessaire que dans les plaies à la deuxième période, et que les ulcères ressemblent da-

vantage aux plaies arrivées à leur troisième période, on peut, dans beaucoup de cas, attendre deux ou trois jours sans inconvénient.

Si l'on s'est servi de l'un des moyens protecteurs spéciaux que j'ai plusieurs fois indiqués (bandelettes de Baynton etc.), la coutume est de ne le changer que tous les trois ou quatre jours. Ici deux questions se présentent : 1° ce mode de traitement est-il avantageux ? 2° s'il est avantageux, est-ce à cause de la rareté du renouvellement ?

On ne peut pas douter qu'il ne soit avantageux ; car tous les chirurgiens ont remarqué qu'au dessous des bandelettes ou de la feuille de plomb, la surface de l'ulcère restait vermeille, que le pus y était de bonne nature, et que celui qui venait imprégner les linges extérieurs ne donnait pas une odeur trop désagréable. Mais est-ce bien à la rareté du pansement qu'il faut attribuer ces résultats ? On ne pourrait répondre affirmativement à cette question que si l'on avait examiné comparativement les effets obtenus par le renouvellement quotidien et par le renouvellement tous les trois ou quatre jours. Je ne sais pas que cette expérience ait été faite. Mayor et M. Conté pensent que les moyens protecteurs dont ils ont parlé, en séparant la surface malade du contact de l'air, empêchent la décomposition du pus qui reste sur cette surface. Je ne suis pas certain que cette théorie soit exacte ; mais admettons qu'elle le soit, on aura prouvé comment ces moyens sont innocents et non comment ils sont utiles, conclusion à laquelle nous avait conduit déjà l'examen du procédé de M. Chassaignac. D'autres supposent que les moyens de pansement ont une action topique particulière, ou qu'ils agissent en maintenant le pus sur la plaie. Je ne puis discuter toutes ces théories ; s'il m'en fallait accepter une, je dirais avec M. Roux (mel. de chir.) qu'ils doivent leur efficacité à la pression douce et uniforme qu'ils exercent, et que la continuité de cette pression est sans doute avantageuse.

3° Dans les brûlures du deuxième degré, la rareté des pansements serait indiquée, si la douleur causée par la dénudation des papilles

du derme était extrêmement vive ; à part cette circonstance, la protection prolongée peut avoir des avantages , mais elle n'est pas d'une utilité incontestable.

Quant aux brûlures du troisième et du quatrième degrés, et de toutes les autres maladies qui s'accompagnent de suppuration, nous aurions à répéter ce qui a été dit dans les pages précédentes, et ce que pouvons formuler une dernière fois en peu de mots : les pansements rares sont le plus souvent contre-indiqués, d'autres fois on peut les employer sans inconvénients, mais en même temps sans avantage bien prononcé.

4^e Dans les *fractures*, l'immobilité est la condition la plus importante, et elle l'est tellement qu'à cause de cela l'acception du mot pansement rare n'est plus la même que dans tous les cas précédents. Cette condition est-elle si capitale cependant qu'il faille négliger toutes les autres, et laisser de côté l'observation de la partie malade pendant toute la durée du traitement ? On se rappelle que telle a été l'opinion de Larrey et des chirurgiens qui de nos jours ont remis en honneur les appareils solidifiés, et conseillé leur emploi dès le début. Je ne saurais approuver cette manière de faire. Car si elle a l'avantage d'immobiliser le membre et d'exercer pendant les premiers jours une compression favorable chez un certain nombre de malades, elle a aussi des inconvénients. Le gonflement peut augmenter sous l'appareil, au point que la circulation sanguine soit gênée et qu'une gangrène ait lieu ; sans doute on n'a observé que très rarement ce résultat, peut être même faut-il l'attribuer à ce qu'on avait trop serré, comme dans le cas rapporté par M. Thierry (*l'Expérience* tom. 2.) et dans un autre de M. Perier (*Gaz. méd.* 1839) ; mais ces gangrènes sous les appareils trop serrés sont insidieuses, on n'est sûr de les prévoir et de les prévenir qu'en visitant souvent ; or la construction du bandage solidifié s'y oppose.

D'autres fois la pression de quelques tours de bandes sur le coude-

piéd ou sur le talon fait naître des douleurs qui durent plusieurs jours ; ou bien il se forme en quelque endroit une escarpe, un abcès, qui laisse après la levée de l'appareil une plaie longue à cicatrizer. Ces inconvénients ne sont pas très graves dira-t-on peut-être, et ne s'opposent pas à une bonne consolidation. J'en conviens, mais pourquoi les infliger aux malades s'il est possible de les leur éviter ?

Enfin, les parties molles diminuant de volume sous l'appareil, le membre y devient mobile peu à peu, et la contention ne se trouve plus aussi complète au bout de quelques semaines qu'elle l'était auparavant. Il faut alors abandonner les choses à elles-mêmes, ou changer le bandage, ou bien le couper et le resserrer, sans en mettre un nouveau, comme a proposé M. Seutin. Mais alors le moyen perd cette simplicité qui l'avait fait si généralement adopter dans le principe.

Pour les raisons que nous venons d'indiquer, l'on ne doit pas conseiller comme méthode habituelle, l'application immédiate des appareils solidifiés ; il faut la réserver seulement pour certains cas spéciaux, pour ceux par exemple dans lesquels, la blessure occupant le membre inférieur, le malade doit être transporté immédiatement à une grande distance, pour ceux encore dans lesquels l'indocilité du malade ou le dérangement de son intelligence rendrait insuffisant l'emploi des autres appareils.

Les fractures ont, comme les plaies, une première période, pendant laquelle le chirurgien a besoin de savoir ce qui se passe. La fracture est-elle simple, il peut survenir du gonflement et de la douleur, qui nécessitent l'application d'un cataplasme, le relâchement d'une bande ou d'une compresse trop serrée ; la réduction peut avoir été incomplète d'abord, et devenir possible au bout de quelques jours. La fracture est-elle compliquée ? il est encore plus nécessaire d'observer, car il faut combattre l'inflammation, ouvrir les abcès, extraire les esquilles, renouveler les linges imprégnés de pus. Dans cette période, en un

mot, le traitement doit comprendre ces deux indications, immobilité et surveillance. Or, l'une et l'autre peuvent être satisfaites par les deux espèces d'appareils que j'ai rappelés à la page 19. La rareté ou la fréquence du pansement dépend par conséquent du choix que l'on a fait. Si on a donné la préférence au bandage de Scultet, on le défait tous les deux ou trois jours, tous les jours même, lorsque la fracture est compliquée; si on a eu recours à un pansement hyponarthécique, on n'a pas à changer le soutien qui en est la partie fondamentale, on s'occupe seulement de compléter la réduction, d'assurer autant que possible la bonne situation des fragments, de panser les plaies, s'il en existe. Quant aux raisons qui peuvent déterminer le choix entre ces deux sortes d'appareils, et même entre les divers moyens hyponarthéciques, je n'ai pas à m'en occuper en ce moment. Je puis dire seulement que, sous le rapport des avantages principaux, il y a peu de différences entre un bandage de Scultet bien mis, et un bon appareil hyponarthécique : s'il y en avait une à signaler, ce serait que le premier est un peu plus commode pour le malade, et le second un peu plus commode pour le chirurgien.

Dans la deuxième période, c'est-à-dire lorsque le gonflement est dissipé, que la douleur a disparu, et que la consolidation commence à s'opérer, la surveillance est moins nécessaire, et l'immobilité est la principale condition dont il faille se préoccuper. Il y a donc indication des pansements rares. Si la fracture est simple, les bandages solidifiés sont alors très utiles, parce qu'ils satisfont à l'indication, et qu'en même temps ils sont commodes pour les malades. Les pansements hyponarthéciques perdent un peu de leurs avantages, parce qu'ils sont généralement moins commodes. Mais s'il y avait eu complication de plaie, et que celle-ci ne fût pas encore cicatrisée, serait-il convenable de l'envelopper et de la cacher dans un bandage inamovible? Si les observations de Larrey ont montré que cette manière de faire n'empêchait pas nécessairement la guérison, il n'en est pas moins vrai que dans le plus grand

nombre des cas, elle exposerait sans compensation à beaucoup d'inconvénients. Ne peut-il pas y avoir des fusées purulentes, croupissement du pus, résorption nuisible, formation de vers ? Le chirurgien n'a-t-il pas besoin d'intervenir quelquefois pour extraire des esquilles, faire des contre-ouvertures ? Si l'on mettait un bandage solidifié, il faudrait au moins y ménager des orifices. Mais ce moyen de surveillance me paraît encore insuffisant. D'un autre côté, la commodité pour le malade n'intervient ici qu'en seconde ligne ; les autres indications sont plus puissantes. C'est pourquoi, dans les cas de ce genre qui ont été confiés à mes soins, j'ai donné la préférence au bandage de Scultet, que je déroulais de temps à autre, ou aux pansements hyponarthéciques.

50 Est-il nécessaire d'insister sur l'indication des pansements rares, lorsqu'on veut immobiliser une articulation malade ? N'ai-je pas assez indiqué déjà que si l'on a besoin de l'immobilité seulement, l'appareil inamovible est préférable, et que s'il faut surveiller ou placer des topiques, l'hyponarthécie reparait avec tous ses avantages ?



PARIS,

IMPRIMERIE GERDES.

RUE SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS, 11.