

quer une cautérisation profonde, on peut parfois se servir du thermo-cautère de Paquelin (1), mais après en avoir fait l'essai avant l'opération, car souvent il ne devient pas rouge au moment critique. Le meilleur liquide à employer dans cet instrument est la benzine de peintre à 0,715 de densité spécifique.

On ne fermera pas les plaies résultant d'une opération, surtout si elles ont une grande étendue, avant que le sang ait complètement cessé de couler; on sait en effet que la présence du sang empêche la réunion immédiate.

Pour rapprocher les lèvres d'une plaie, on peut se servir de fils de soie, d'argent ou d'acier malléable. Ce dernier métal ne sera pas employé pour des plaies de la face ou des parties découvertes, parce que son oxydation laisse pendant assez longtemps une tache de petite dimension. Autant que possible, on pratiquera les sutures avant le réveil du malade.

Pour hâter la cicatrisation des plaies, il n'y a peut-être rien d'aussi important que l'établissement d'un bon drainage. Les opinions des chirurgiens sont très partagées au sujet du pansement à adopter, mais elles ne le sont guère s'il s'agit de la nécessité du drainage. L'opérateur doit donc s'assurer que la suture de la plaie n'est pas trop serrée, et qu'il y a un espace libre pour l'écoulement de tous les liquides qui pourront se former. Dans les blessures profondes, le mieux qu'on puisse faire, avant de les fermer, est d'insérer à l'aide d'un trocart (fig. 280) un petit tube de caoutchouc (fig. 281) qui donnera libre passage aux sécrétions. Après six ou sept jours, on pourra retirer graduellement le tube en coupant tous les jours un ou deux centimètres de son extrémité libre;

Fig. 280-281.
— Appareil à drainage chirurgical de Chassaignac.

(1) Voy. *Petite chirurgie* in *Encyclopédie de chirurgie*, tome II, p. 55.

on s'assurera, en même temps, que le passage créé par son séjour laisse une issue suffisante à la suppuration. Si le tube était laissé trop longtemps en place, il pourrait peut-être s'opposer à l'écoulement du pus.

Le pansement des plaies d'opérations a donné lieu à beaucoup de discussions, et la division s'est mise dans le monde chirurgical qu'influençaient la mode, les opinions régnant épidémiquement ou les convictions les plus honnêtes.

Les cataplasmes, l'emploi de l'eau, les pansements secs, la terre, le cérat, les pansements à l'air libre, et des topiques de toute espèce, ont eu leur jour de faveur et ont certainement donné d'excellents résultats.

Aujourd'hui, le pansement antiseptique du professeur Lister est à l'essai, il compte une armée de partisans fanatiques et beaucoup de défenseurs plus tièdes; quelques ennemis aussi, mais probablement en petit nombre. Il reste à voir s'il a ou s'il aura tous les mérites qu'on lui a attribués et s'il donnera tout ce qu'on en attend. Mais il est certain que les efforts ardents et enthousiastes du professeur Lister ont déjà beaucoup servi la chirurgie de plusieurs façons; l'un des plus grands services est dans le soin et la propreté apportés au pansement des plaies et enseignés par son propre exemple, l'assiduité et l'attention qu'il a lui-même mises en pratique. Mais il est inutile de parler plus longtemps à cette place du pansement antiseptique puisqu'il formera le sujet d'un article spécial (1).

Cependant, en dehors de la méthode antiseptique dans tous ses détails, il est probable que ce traitement modifié peut être employé journellement et commodément pour le pansement des plaies après opérations, ou pour les blessures. Un morceau de *lint* ou de charpie imbibé d'huile phéniquée ou d'une solution phéniquée peut répondre à tous les besoins de la pratique courante et remplacer le pansement spécial et un peu compliqué de Lister.

Quel que soit le pansement adopté, le chirurgien ne doit pas oublier qu'il doit être l'objet d'inspections répétées et de soins scrupuleux: les linges souillés, sources d'infection, doivent être enlevés; la propreté absolue de la plaie et des parties voisines doit être conservée rigoureusement.

Lorsque la suppuration est abondante, la pulvérisation phéniquée, à l'aide d'un pulvé-

(1) Voy. *Pansement de Lister*, in *Encyclopédie de chirurgie*, tome II.

risateur ordinaire, sera employée avec avantage.

Toutes les pièces du pansement doivent être légères, et en les changeant, on prendra de grandes précautions pour éviter de remuer le membre blessé et de mettre obstacle à la réunion. Si l'on a appliqué des bandelettes adhésives, on ne les changera pas sans se souvenir de l'indication si importante qui veut qu'on ne trouble pas le repos des parties lésées.

Soins à donner aux malades après une opération.

Le traitement consécutif aux opérations peut être, avec raison, divisé en *local* et *général*.

TRAITEMENT LOCAL.

Pour ce qui regarde le premier, on doit placer la partie opérée dans la position la plus confortable pour le patient, en s'aidant de supports convenables, et en évitant tout ce qui pourrait heurter ou comprimer les tissus.

De plus, la position sera telle que l'issue des liquides soit facile; les pièces du pansement seront légères et non encombrantes, tout étant disposées par ailleurs pour amener une réunion rapide.

Si les sutures employées sont métalliques et causent peu d'irritation, on pourra les laisser en place jusqu'à ce que leur inutilité soit bien démontrée, et lors même qu'il est possible de les enlever sans inconvénients, on peut attendre qu'elles commencent à sectionner les tissus.

Si on a lié les artères avec des fils de lin ou de soie, on peut les laisser jusqu'à ce qu'ils se détachent ou tombent d'eux-mêmes. Il faut toujours manier ces fils avec une extrême précaution et n'employer aucune force pour les retirer, par crainte de les arracher et de produire une hémorragie parfois très gênante. En règle générale, en disposant les fils, avant de fermer la plaie, il est bon de les faire sortir au point le plus rapproché ou aux extrémités de la plaie, et cela, en les maintenant rectilignes. Il faut aussi avoir soin de ne pas les laisser s'enrouler sur eux-mêmes ou se mêler aux fils voisins; autrement, en enlevant un fil tombé, on peut arracher mal à propos un autre fil dont on ignorait la présence.

Il est utile, de plus, de compter les ligatures, afin d'être sûr, quand la plaie se fermera, que tous les fils ont été enlevés. Lorsqu'un grand

nombre de ligatures ont été appliquées, on a vu des exemples d'oubli d'un ou de plusieurs fils au fond de la plaie; à la grande mortification du chirurgien, ces fils se font jour au dehors par une ulcération, plusieurs semaines après une cicatrisation regardée comme définitive. Les ligatures de catgut phéniqué ne causeront pas cet embarras, puisqu'elles disparaissent spontanément et par absorption.

En peu de mots, le repos, des supports appropriés, le drainage, la propreté, l'absence de toute manipulation non indispensable, en même temps que des ligatures et des sutures faites et surveillées avec attention, constituent le traitement des plaies après une opération.

Il faut ajouter une vigilance constante pour découvrir les abcès qui pourraient survenir, et une intervention rapide pour les évacuer une fois qu'ils sont formés.

En remplissant toutes ces conditions, en obéissant, et avec promptitude, aux indications qui peuvent se présenter, le chirurgien doit cependant s'abstenir de tout zèle tâillon et intempestif.

Une fois l'opération achevée et le pansement terminé d'une façon satisfaisante, on placera le malade dans son lit, on le couvrira bien et on le surveillera avec soin jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie soient dissipés. Jusque là, on ne doit ni le quitter, ni l'abandonner aux mains d'un infirmier ou d'un aide inexpérimenté. C'est le devoir du chirurgien de ne point perdre de vue son patient jusqu'à ce qu'il ait repris suffisamment connaissance pour répondre aux questions qu'on lui adresse.

Alors commence le traitement consécutif *général*, dont dépend en grande partie le succès.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

La première indication générale est le *repos*; repos du corps et de l'esprit, absence de toute émotion et de toute douleur. Le meilleur moyen de donner le repos nécessaire consiste dans l'emploi d'un calmant, et aucun n'est supérieur à la morphine en injection sous-cutanée. Une injection hypodermique d'un centigramme et demi à deux centigrammes et demi suffit à prévenir la douleur et à calmer l'agitation. Dans des cas exceptionnels, une quantité plus grande peut être utile, mais la dose mentionnée plus haut est généralement suffisante et peut être répétée, en cas de besoin. Lorsqu'elle suffit, le patient s'endort paisiblement et échappe aux souffrances qui le réveilleraient péniblement au sortir du sommeil anesthésique. Naturellement, si une

injection hypodermique a été pratiquée avant l'opération, on s'en souviendra en établissant la dose de la seconde injection.

Très fréquemment, à la suite de l'opération, le patient éprouve des *nausées* produites par l'éther ou le chloroforme. Elles disparaissent ordinairement après quelques heures, mais quelquefois elles subsistent pendant la nuit et même la journée suivante. Lorsqu'elles se prolongent, elles sont difficiles à enlever et les médicaments ont peu d'effet sur elles. Parfois cependant la glace en petits fragments, quelques cuillerées à café d'eau-de-vie, des eaux gazeuses en boisson, des sinapismes au creux de l'estomac, ont réussi à arrêter ces nausées. Les vomissements les font aussi disparaître quelquefois, mais non toujours.

Après la plupart des opérations graves, surtout lorsque l'état nauséux décrit plus haut persiste, l'opéré ne manifeste de désir pour aucun aliment, et, s'il se contraint à avaler quelque nourriture, il ne peut la conserver. Il faut alors apporter beaucoup de soin dans le choix des aliments convenables. Il semble que dans de telles circonstances on ne peut donner rien de mieux que du lait, pur ou coupé d'eau de chaux. Généralement le lait n'est pas vomé, il plaît au malade et satisfait agréablement la soif si commune et si intolérable. Au point de vue physiologique, il semble aussi l'aliment le mieux adapté au cas où la perte de sang a été abondante; et il paraît avoir été créé pour étancher une soif insatiable. Peu de malades le refusent; beaucoup disent d'abord « qu'ils ne peuvent supporter le lait » ou « que le lait ne leur va pas; » et cependant ils le prennent volontiers et avec ardeur après un premier essai. En administrant le lait, on s'assurera qu'il n'est pas pris en trop grande quantité; il ne faut pas en donner beaucoup à la fois, mais peu et souvent, en le faisant boire lentement. Si l'estomac est irritable, 45 à 50 grammes, toutes les deux heures, suffisent.

Lorsque l'opéré est très faible, on pourra ajouter au lait de l'eau-de-vie, ou donner celle-ci à part, alternativement avec le lait et suivant les circonstances.

L'extrait de viande n'est pas toujours bien toléré, non plus que les potages, même très bien préparés.

Tous ces aliments, évidemment, sont excellents deux ou trois jours après l'opération, mais le jour même, et immédiatement après, ils sont rarement digérés.

Très souvent, surtout lorsque la soif est vive,

les boissons acidulées seront ordonnées avec avantage. Le mélange du lait avec un peu de limonade peut au premier abord paraître bizarre, et cependant l'expérience clinique montre qu'il est bien supporté, surtout après les opérations intéressant les organes génito-urinaires.

A mesure qu'on s'éloigne de l'opération et que l'état du malade s'améliore, la nourriture peut être augmentée en quantité et en qualité nutritive; on donnera des potages plus épais, de la chair de poulet et tout autre mets d'une facile digestion. Le régime alimentaire doit toujours être proportionné aux forces de l'opéré. S'il y a tendance à l'inflammation, la nourriture sera légère; au contraire, les personnes faibles, celles qui ont été ébranlées par le contre-coup de l'opération ou qui ont perdu beaucoup de sang, réclament des aliments plus substantiels (1).

On doit s'en rapporter en grande partie aux dispositions du patient; il pourra souvent, mieux que ceux qui l'entourent, apprécier ce qui convient à son estomac; aussi ses fantaisies seront-elles satisfaites toutes les fois qu'elles ne seront pas trop déraisonnables.

Avant l'opération, on recommandera au malade de vider sa vessie. S'il ne l'a pas fait, on sera souvent forcé de pratiquer de bonne heure le cathétérisme, car beaucoup de personnes éprouvent une grande difficulté à uriner après une opération.

Peut-être est-il inutile de dire que le malade doit être légèrement purgé dans la matinée précédente; cependant il y a lieu d'insister sur ce point, puisque la constipation est de règle à la suite de l'intervention chirurgicale. Ce résultat peut être dû en partie à la perte de sang, en partie à l'administration des opiacés, et aussi au séjour au lit. Cependant il n'y a rien là qui doive inquiéter, ni forcer à donner prématurément des purgatifs. Généralement le changement de nourriture met fin à la constipation; si celle-ci persistait après plusieurs jours, l'opéré prendra une faible dose d'huile de ricin. C'est une mauvaise pratique que d'avoir recours aux purgatifs, quels qu'ils soient, au lendemain d'une opération. D'abord, ils sont inutiles; de plus, les mouvements exagérés du tube intestinal provoqués trop tôt

(1) Voy. Fonssagrives, *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires*, 3^e édition, Paris, 1881. — Félix Guyon, *Éléments de Chirurgie clinique*. Paris, 1873.

épuisent la force du malade, et produisent un affaiblissement prononcé. Si la liberté du ventre s'établit spontanément, il est bon de réagir contre la fatigue qu'elle peut amener par la prescription de quelques stimulants administrés à faible dose.

On rencontre des malades exceptionnels qui supportent les opérations avec une facilité merveilleuse et qui se rétablissent avec une promptitude remarquable.

L'auteur peut citer, comme exemple, le cas d'une amputation secondaire au niveau du genou, chez une femme délicate. Dès le lendemain matin, cette dame était assise sur son lit, occupée à tricoter, ne montrant aucun abattement, et réclamant sa nourriture habituelle. La ligature de l'artère poplitée se détacha le dixième jour et la plaie se réunît par première intention; en réalité, sa guérison était achevée avant le dixième jour.

Un autre exemple curieux est celui d'un soldat Irlandais dont l'humérus fut fracassé par une balle et dont le bras fut amputé immédiatement, tout près de l'articulation scapulo-humérale. Le même jour, sous un soleil brûlant, il parcourut à pied quinze milles (plus de vingt kilomètres) tout en portant son fusil, son hâvre-sac et le reste de son attirail; le soir même, on le vit remplir volontairement le rôle de sentinelle. C'est avec difficulté qu'on obtint qu'il entrât à l'hôpital; les ligatures se détachèrent rapidement, et la guérison fut aussi prompte et aussi merveilleuse que dans le cas cité plus haut.

Chez ces deux opérés, il n'y eut point de fièvre traumatique.

Il faut encore que le chirurgien ne perde pas de vue tout ce qui environne son malade.

La chambre qu'il occupe doit être non seulement bien aérée, mais aussi très claire et très gaie.

A mesure que la convalescence progresse, on fournira à l'opéré les livres qu'il désire et tout ce qui peut diminuer son ennui ou occuper son esprit.

Plus tard, et s'il n'y a point d'indication contraire bien positive, on rendra au fumeur l'usage de la pipe ou du cigare.

On a défendu la présence des fleurs et des plantes dans la chambre du patient, sous prétexte qu'elles absorbent de l'oxygène et exhalent de l'acide carbonique. Mais il y a là une véritable erreur, puisque la plante vit aux dépens de l'acide carbonique et le décompose pour se nourrir pendant la journée en absorbant de grandes quantités de ce gaz dont l'oxygène se trouve mis en liberté. Pendant la nuit, la nutrition s'arrête et, pour satisfaire aux fonctions respiratoires, un phénomène inverse se produit;

la plante absorbe de l'oxygène et exhale de l'acide carbonique; mais les quantités sont si faibles, qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Par conséquent, au point de vue chimique, il est indifférent de laisser dans une chambre des plantes ou des fleurs naturelles, pourvu que la ventilation soit suffisante. Au point de vue esthétique, et comme effet moral, agréable et charmant pour le malade, rien n'est comparable à leur présence; en effet, elles plaisent à tous, mais surtout au convalescent qui recherche la douce influence qu'elles exercent sur son esprit.

Fièvre traumatique ou chirurgicale.

A la suite de la plupart des opérations, surtout de celles qui ont une certaine gravité, le patient subit un mouvement fébrile plus ou moins prononcé. C'est ce qu'on appelle la *fièvre chirurgicale* ou *traumatique* (1).

Ordinairement elle commence quelques heures après l'opération ou pendant la nuit ou la journée qui suivent. Son intensité est très variable; parfois elle est très légère, d'autres fois très intense dès son début. Tout d'abord, l'opéré est agité et mal à l'aise; il ne peut rester tranquille et se plaint d'une soif et d'une chaleur vives, avec une douleur de tête plus ou moins forte. La face se congestionne par moments, le pouls est rapide et dur, la peau est chaude et sèche; l'appétit est nul mais la soif exagérée; la langue est épaisse et se recouvre d'un enduit croûteux. Si la fièvre est très prononcée, il peut y avoir quelques troubles cérébraux, des rêveries, et, dans les cas extrêmes, du délire. La température générale s'élève, et peut atteindre 102 ou 103 degrés Fahrenheit, parfois 104 (de 39 à 40°, centigrades). Les sécrétions éprouvent quelques troubles; l'urine est rare et très colorée; d'ordinaire il y a une aggravation générale de tous les symptômes pendant l'après-midi ou la soirée. Dans les cas les plus fréquents, tous ces symptômes sont moins prononcés dès le troisième ou le quatrième jour, puis ils disparaissent graduellement. Cette amélioration amène dans l'état général du malade un bien-être de plus en plus grand. La fièvre traumatique dure rarement plus d'une semaine et ordinairement elle ne dépasse pas le troisième ou quatrième jour; très

(1) On consultera avec intérêt l'article *Septicémie* que M. le Dr Maurice Jeannel a publié dans l'*Encyclopédie de Chirurgie*. Paris 1883, tome I, p. 311.

souvent, elle offre les caractères d'une fièvre intermittente. Tous les opérés ne sont pas également prédisposés à cette fièvre, et son intensité n'est pas toujours proportionnée à la gravité de l'opération. Comme nous l'avons déjà dit, elle peut faire complètement défaut; elle peut au contraire être très grave à la suite de l'opération la plus insignifiante. Le voisinage de marais, l'intempérance, les préoccupations morales, et, d'une façon générale, toutes les influences débilitantes, agissent probablement comme causes prédisposantes.

La fièvre traumatique a fourni à Billroth le sujet d'une étude approfondie; ses observations l'amènent à conclure que, semblable aux autres fièvres inflammatoires, elle est due à une intoxication du sang, et celle-ci est produite par l'absorption de différentes substances venant du siège de l'inflammation ou de la surface de la plaie. Cependant il faut remarquer que la fièvre traumatique peut naître très rapidement après l'opération, avant que le temps nécessaire à une décomposition quelconque se soit écoulé, trop tôt par conséquent pour que la théorie de l'empoisonnement du sang puisse être invoquée; Il semblerait donc que l'ébranlement produit par le traumatisme, les mouvements imprimés aux parties lésées, les sections des nerfs, le gonflement et la sensibilité qui en résultent, ont tout autant de part au développement de la fièvre chirurgicale que les causes plus obscures qu'on a invoquées.

Abandonnée à elle-même, dans l'immense majorité des cas, cette fièvre diminue bientôt et cesse complètement lorsque la suppuration est franchement établie.

Si elle apparaît de nouveau, on doit songer à une affection locale nouvellement produite, par exemple la formation d'un abcès ou la propagation de l'inflammation aux tissus voisins de la plaie; ces suppositions réclameront de la part du chirurgien un examen attentif. Les frissons, dans la fièvre traumatique, sont rares. A ce point de vue, comme à plusieurs autres, elle diffère de la fièvre uréthrale amenée si souvent par les opérations qui intéressent l'urèthre ou la vessie.

Le traitement de la fièvre traumatique se base sur l'état général de l'opéré et demande l'application judicieuse de principes généraux bien connus. On combattra la faiblesse par les toniques; s'il y a état pléthorique, avec fièvre intense et température surélevée, on administrera les antipyrétiques et les médicaments propres à ramener les sécrétions disparues ou diminués; en

même temps on donnera l'aconit qui, à faible dose, peut rendre de grands services.

Conditions qui agissent sur les résultats des opérations.

En appréciant les risques consécutifs aux opérations, et en comparant à ce point de vue le passé au présent, il est juste de considérer les progrès réalisés par la chirurgie moderne.

De tout temps, et même dans les circonstances les plus favorables, une opération a eu pour le public les apparences d'une catastrophe, ou peu s'en faut; et assurément, à une époque éloignée de nous, une opération était une chose terrible si on la compare à ce qu'elle est aujourd'hui.

Pour un chirurgien, il est difficile d'imaginer quelque chose de plus effrayant que l'amputation d'une jambe, alors que l'anesthésie n'était pas encore découverte. Les préliminaires de l'opération étaient disposés de façon telle qu'ils frappaient de terreur le patient déjà tout tremblant. L'angoisse morale que devait éprouver le malade avant de se placer sur la table opératoire; l'hémorrhagie et le *shock*; tout cela devait effrayer le plus brave, et la réunion de circonstances aussi déplorables avait nécessairement une influence considérable sur le résultat final.

Mais toutes ces horribles souffrances ont presque entièrement disparu depuis la découverte de l'anesthésie, des injections hypodermiques et du bandage d'Esmarch. Actuellement, le patient est tout au moins assuré qu'il n'éprouvera aucune douleur, quelle que soit l'œuvre accomplie par le chirurgien; il sait que le couteau agira sans qu'il en ait conscience, et que, en reprenant connaissance, il n'aura qu'un vague souvenir analogue à celui d'un rêve. Il est assez difficile d'établir un parallèle entre les statistiques chirurgicales anciennes et les plus récentes. Quelques personnes ont soutenu que les risques consécutifs aux opérations ont augmenté plutôt que diminué depuis la découverte des anesthésiques. Mais une telle assertion semble contraire à la réalité des faits. Il y a seulement une chose certaine, c'est que le nombre des opérations est devenu bien plus considérable; de nos jours, le chirurgien ose agir là où son prédécesseur ne pouvait et ne devait que s'abstenir. L'absence de toute douleur pendant les manœuvres opératoires rend le patient plus disposé à subir l'intervention chirurgicale; c'est

là une cause d'augmentation non seulement dans le nombre, mais dans la gravité des opérations. L'usage de plus en plus répandu des machines, la grande rapidité de leurs mouvements, l'exécution des projets gigantesques des ingénieurs contemporains rendent les accidents plus fréquents; en même temps le changement des anciens moyens de transport et la vogue des chemins de fer et des tramways contribuent à produire une série de blessures graves autrefois inconnues. Des accidents aussi dangereux, produits avec une violence extrême, doivent naturellement causer une grande mortalité. Par conséquent, et malgré que la chose ne soit pas prouvée, si l'on accorde que les risques courus par les opérés sont plus grands qu'autrefois, il est bien plus juste d'attribuer cette augmentation du danger aux changements qui se sont introduits dans les habitudes de la vie journalière, que de vouloir en charger la découverte si bienfaisante de l'anesthésie.

On a beaucoup discuté, en paroles et en écrits, la question de « l'hospitalisation », autrement dit de la réunion d'un grand nombre de malades dans une seule construction. Il est certain qu'un encombrement exagéré est malsain au plus haut degré; mais on doit dire que, depuis vingt-cinq ans, l'agencement et la disposition des bâtiments hospitaliers ont été perfectionnés dans tous les pays et que l'on a fait les agrandissements nécessaires pour recevoir un nombre de malades toujours croissant. On a tout disposé pour satisfaire les besoins et les désirs des patients, et une étude plus intelligente et plus éclairée a conduit à augmenter la ventilation, à disposer d'une meilleure façon les fosses d'aïssances, et à exagérer les soins de propreté. Pour donner à chaque malade une plus grande quantité d'air, on a adopté le système des pavillons séparés, et le régime diététique a été amélioré, suivant les prescriptions des physiologistes. Ainsi donc, à mesure que les demandes d'admissions dans les hôpitaux devenaient plus nombreuses et plus impérieuses, on faisait de louables efforts pour y donner satisfaction, et de nos jours le malade d'hôpital est entouré de précautions hygiéniques bien supérieures à celles qu'on prenait autrefois.

Avant d'agir, le chirurgien doit faire subir à son malade un dernier examen, afin d'avoir une opinion définitive sur l'aptitude de ce dernier à supporter l'opération et d'estimer si sa constitution peut fournir les frais de la réparation consécutive. Cet examen doit être complet et embrasser l'étude de la santé générale et des

habitudes du patient; il faut aussi s'occuper des divers organes de façon à connaître leur état actuel et les maladies qui ont pu les atteindre à une époque plus ou moins éloignée. Ce n'est pas toujours chose facile que de dire si un homme doit être ou non soumis avec avantage à une opération. Les considérations qui agissent sur l'esprit de l'opérateur sont si nombreuses qu'il est très facile de se tromper ou d'être trompé, à moins que le cas n'ait été l'objet d'une étude critique bien complète (1).

ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE.

D'abord, pour ce qui regarde la constitution générale du malade, quelles sont les qualités qui forment, en termes de compagnies d'assurances, ce qu'on appelle un *bon risque*? Sans aucun doute les meilleurs sujets qu'on puisse choisir pour une opération sont ceux dont la nutrition est parfaite, chez lesquels l'assimilation se fait facilement, et dont les fonctions physiques, sécrétions et excréments, s'exécutent dans l'ordre le plus régulier; ceux en un mot qui ne présentent aucune affection organique. Ces conditions peuvent se rencontrer aussi bien chez les personnes grasses que chez les maigres.

L'obésité est généralement regardée comme une contre-indication à une opération. On oublie que beaucoup de personnes parfaitement bien portantes sont grasses, et qu'elles ne perdent de l'embonpoint que lorsque leur santé est altérée. D'un autre côté, il y a des personnes qui, normalement, sont maigres. L'embonpoint en lui-même n'est pas un signe de mauvaise santé, surtout s'il est naturel et héréditaire. Mais l'embonpoint excessif, ou celui qui se développe d'une façon soudaine et précoce, peut être regardé comme l'indice d'un défaut d'équilibre dans la constitution. C'est particulièrement le cas lorsque cet embonpoint ne correspond pas à un développement satisfaisant du côté de la peau et du système capillaire, lorsqu'il se

(1) Pour une étude achevée et approfondie des risques d'une opération et des causes qui ont de l'influence sur ses résultats, le lecteur est invité à consulter les leçons publiées par Sir James Paget, où on trouvera ces questions étudiées avec détails dans des chapitres déjà devenus classiques. L'expérience de ce chirurgien a été si grande, son observation si sagace, l'expression de ses idées si claire, qu'il semble que presque rien ne reste à dire. L'auteur de cet article n'a donc pas hésité à faire de larges emprunts aux leçons de cet éminent observateur.

montre tout à coup, ou après des excès de table, lorsqu'il est produit par une vie trop indolente et qu'il rend la personne incapable de tout effort et inhabile à se livrer au moindre exercice corporel. Dans les cas de ce genre, les tissus sont mous et flasques et on ne constate ni cette fermeté de la peau ni cette contractilité des muscles qui se rencontrent chez les personnes bien portantes. Cet état s'observe assez fréquemment chez des femmes atteignant ou ayant dépassé l'âge mûr; il indique alors d'une façon certaine que la santé est mauvaise et que le sujet n'est pas dans des conditions favorables pour courir les risques d'une intervention chirurgicale. Dans ces cas, les plaies résultant d'une opération se cicatrisent difficilement; le pus et les liquides sécrétés par la plaie sont très abondants et il y a tendance à la gangrène. Tout cela favorise l'épuisement de l'opéré et donne naissance à des complications fébriles à marche lente.

L'état de *pléthore* prononcé chez ceux qu'on appelle habituellement « sanguins », mérite aussi d'attirer l'attention spéciale du chirurgien. S'il ne se montre qu'à la surface, pour ainsi dire, et ne s'accompagne pas de congestions des organes internes ou de troubles du côté des viscères, s'il n'est pas produit par les excès de table, il n'y a aucune raison pour que le chirurgien s'abstienne d'intervenir. Seulement il devra se mettre en garde contre le développement d'accidents de nature inflammatoire auxquels les personnes ainsi constituées sont peut-être particulièrement disposées.

La *maigreur* n'est pas un obstacle suffisant pour empêcher une opération, à moins que l'amaigrissement ne résulte de privations, d'une assimilation imparfaite, ou d'une exagération de quelques excréments; dans ce cas, on trouvera probablement la cause du mal dans le trouble d'une fonction importante ou dans la maladie d'un organe. Quand la perte de l'embonpoint est due à des excès de travail ou à des fatigues excessives, morales ou physiques, le chirurgien devra hésiter, et dans les cas non urgents, retarder l'opération, si c'est possible, jusqu'à ce que le malade soit arrivé, grâce aux médicaments et à une nourriture substantielle, à un état de santé plus satisfaisant.

En résumé, on peut affirmer de nouveau que tout dérangement dans l'état de santé habituel amené par une nutrition imparfaite ou une maladie organique rend une opération inopportune jusqu'à ce que la cause du désordre ait été écartée ou combattue dans la mesure du possible.

HABITUDES DU MALADE.

Les habitudes, les mauvaises du moins, jouent un rôle important dans l'inaptitude à subir une opération qu'on rencontre chez certains sujets.

Les mauvais effets résultant de l'abus des stimulants; l'usage immodéré de l'opium; le chloral absorbé journellement ou les autres médicaments analogues et funestes pris de la même façon, sont des excès si connus qu'il suffit de les mentionner en passant.

L'*alcoolisme*, dans ses formes variées, est un des exemples les plus familiers de contre-indication opératoire (1). Mais il y a lieu d'établir une distinction.

Le buveur modéré qui se grise chaque soir sans jamais aller jusqu'à l'ivresse est, peut-être, l'un des pires sujets que puisse rencontrer l'opérateur. Chez celui-là, il est probable que les fonctions du foie sont troublées dans une mesure plus ou moins marquée, et si le dérangement n'est pas encore prononcé, il a du moins beaucoup de tendance à naître. Chez lui, les ressorts organiques ont moins d'énergie, et il y a un défaut de résistance vitale qui le rend incapable de braver les périls d'une opération. Chez lui encore il y a une disposition plus ou moins grande au développement du délirium tremens, et quand cette complication surgit, le pronostic s'aggrave toujours. Chez les buveurs endurcis et incorrigibles, l'intervention chirurgicale laisse peu d'espoir, surtout après les traumatismes qui réclament l'amputation. Cependant, si faibles que soient les chances, elles sont encore plus grandes pour les amputations primitives que pour celles pratiquées secondairement; dans ce dernier cas, une opération un peu sérieuse cause presque toujours la mort.

Il y a une autre classe de buveurs chez lesquels les résultats opératoires ne sont pas aussi funestes que pour les précédents. Ces personnes ne boivent que par occasion; elles ont des accès de débauche qui durent ordinairement de deux à six jours. Ces périodes de *noces* sont suivies de périodes de sobriété durant des semaines et des mois, pendant lesquelles le buveur s'occupe de ses affaires avec énergie et activité. Les opérations pratiquées pendant ces intervalles de

(1) Voy. Verneuil, *De la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1871.

sagesse ne s'accompagnent pas toujours d'une aggravation dans les risques courus par le malade; cependant le chirurgien devra veiller et être prêt à lutter contre les complications fâcheuses. On doit aussi remarquer que, chez ces malheureux, le désir de boire peut se développer par moments au point de devenir une manie. Pour un œil exercé, l'approche de ces crises alcooliques ne peut passer inaperçue. On remarque dans la conduite du malade des périodes d'irrésolution, une excitation générale et une activité exagérée des fonctions intellectuelles. Ce sont là les avant-coureurs de la crise. Durant ces attaques et dans les jours qui précèdent, on ne doit pratiquer aucune opération, à moins qu'elle ne soit d'une extrême urgence.

Les excès de nourriture, la *gloutonnerie*, ont beaucoup d'analogie avec les excès de boisson. Un goût extraordinaire pour les plaisirs de la table rend certainement plus grands les périls d'une opération, d'autant plus qu'il développe un état anormal, caractérisé par l'indolence passée en habitude et par un changement dans les excréments naturels. C'est le cas pour les personnes qui absorbent de grandes quantités de viandes, sans que l'élimination provoquée par l'exercice musculaire soit en rapport avec l'alimentation.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX.

Il est une autre classe de personnes que le chirurgien hésite souvent à opérer par suite de l'existence de cette condition spéciale qui atteint aussi bien le corps que l'esprit et qu'on désigne sous le nom « d'état nerveux ». Il est bien possible, en réalité, que les craintes manifestées à ce sujet soient exagérées. Un malade peut être timide et nerveux au plus haut point, et éprouver une tension extrême de l'esprit, sa crainte de l'opération peut être telle que l'effet d'une secousse violente devienne redoutable pour lui; et malgré tout, bien souvent les dangers préconçus sont plus imaginaires que réels. Aussi longtemps qu'aucune affection organique n'existe, le chirurgien peut espérer et même être sûr que l'affaissement produit par des causes morales disparaîtra aussitôt que l'opération redoutée aura été pratiquée. Dans ces cas, la réaction n'est pas ordinairement aussi rapide et aussi accusée qu'était grande la prostration préexistante; mais, une fois la frayeur disparue avec sa cause, le patient passera probablement à un état de satisfaction morale favorisant de toutes façons le succès final.

On réclame souvent l'intervention du chirurgien pour des personnes faibles qui, sans être atteintes manifestement d'aucune maladie déterminée, sont cependant peu robustes et d'une santé délicate. Fréquemment ces malades ont été soumis à des fatigues ou des labeurs excessifs; ils ont dû subir, physiquement ou moralement, des charges disproportionnées à leurs forces, et ils ne sont point en état de supporter l'affaiblissement et la dépression qui résultent d'une opération. Dans de telles circonstances, il est bon, autant que possible, de différer toute action chirurgicale jusqu'à ce que la santé soit devenue meilleure sous l'influence du repos et d'un traitement médical approprié.

Comme exemple familier de personnes comprises dans la classe des sujets épuisés par les inquiétudes morales, nous pouvons citer les hommes d'affaires très occupés, dont l'esprit est resté longtemps tendu dans une direction unique par suite des exigences de leur profession, et dont les traits portent l'empreinte d'une lassitude et d'une préoccupation habituelles. Pour ces hommes, le but de la vie est l'accumulation d'un gros capital, et pour y arriver, ils sacrifient tout, même leur santé.

Dans l'autre classe, celle des gens dont le corps est mal nourri et fatigué outre mesure, nous trouvons heureusement peu de sujets qui puissent servir d'exemple dans notre pays. Les salaires sont généralement suffisants pour que le plus modeste travailleur, avec un peu d'industrie, puisse se procurer une habitation et une nourriture convenables.

INFLUENCE DE L'ÂGE ET DU SEXE.

L'*âge* exerce une influence très prononcée sur les résultats des opérations.

D'une façon générale, les enfants les supportent bien, et si, chez eux, la douleur est vive et le *shock* prononcé, la dépression morale si marquée dans l'âge mûr n'exerce sur eux aucune influence.

Les enfants sont ordinairement bien portants, et leurs organes internes ne sont pas, comme ceux de l'adulte, le siège d'affections produites par des habitudes vicieuses invétérées. L'état de croissance favorise la réparation et la réunion des plaies.

Le grand danger réside dans la secousse produite par la douleur et l'hémorragie; ce dernier accident surtout a une influence énorme; mais une fois celle-ci dissipée, les plaies guérissent vite et bien, et sont rarement la