au-dessus du cerceau des vêtements de laine; enfin on recouvre le tout avec de bonnes couvertures de laine et des édredons ; mais qu'on prenne garde aux brûlures que peuvent parfois produire les bouillottes! Lorsque la réaction s'est faite et que la température générale est redevenue bonne, on peut alléger l'opéré.

Tant que durent les effets de l'anesthésie générale, l'opéré ne doit jamais être abandonné à lui-même; les vomissements, en particulier, exigent des

Il peut aussi survenir quelque hémorragie sérieuse; l'opéré peut tomber de son lit, défaire son pansement, ne pas uriner, enlever sa sonde, etc. En un mot, il faut toujours s'attendre à tel ou tel incident, et il importe que le chirurgien soit aussitôt prévenu en cas de secours urgent.

Premier régime de l'opéré. — Nous entendons sous le nom de premier regime le genre d'alimentation auquel les patients doivent être soumis jusqu'à ce qu'ils puissent sans inconvénient reprendre la nourriture ordinaire. D'une manière générale, nous pouvons dire que ce régime varie avec les régions et les organes qui ont été le théâtre de l'opération. Ainsi, pour les opérations des membres, pour celles des parties superficielles du corps, il ne durera guère qu'un ou deux jours, — c'est-à-dire pendant les suites mêmes de l'anesthésie générale; et il consistera uniquement en l'ingestion de boissons, telles que le café, la bière, la limonade citrique, le bouillon, etc.; le troisième jour, au plus tard, on pourra permettre la reprise des aliments solides, même de la nourriture ordinaire.

Pour les opérations de la cavité buccale (chéiloplastie, uranoplastie, staphylorraphie, amputations de la langue, résection du maxillaire supérieur ou inférieur, etc.) l'alimentation sera exclusivement liquide, et cela pendant un temps plus ou moins long, selon chaque cas; et elle se fera soit par la bouche, directement ou avec un biberon, un chalumeau, une cuiller, une sonde œsophagienne, soit par le nez, avec une sonde molle de Krishaber, par exemple. A peine est-il nécessaire d'ajouter que la bouche et les parties dépendantes, ainsi que les instruments ou ustensiles d'alimentation, doivent être alors tenus dans un état suffisant de propreté antiseptique.

Pour les opérations qui ont porté sur l'estomac et le reste du canal digestif, on ne donnera également que du liquide, jusqu'à cicatrisation solide des plaies viscérales. Il en sera de même après la kélotomie, après la cure radicale des hernies, après la laparotomie par occlusion intestinale, en un mot, après toutes les opérations où le péritoine a été plus ou moins largement ouvert et où le repos physiologique relatif des intestins est à souhaiter.

Lorsque l'opération a eu lieu sur l'anus et le rectum, et qu'il s'agit de prévenir la désunion mécanique de la plaie (opération de Whitehead, fistule recto-vaginale, périnéorraphie, proctoplastie, etc.), de nombreux chirurgiens n'ont pas seulement recours au régime liquide, mais ils emploient aussi une série de petites purgations salines. D'autres préfèrent constiper le malade pendant une semaine ou deux au moyen de l'opium. Pour nous, depuis de

longues années, dans les mêmes cas et dans d'autres analogues, nous trouvons plus de sécurité et moins d'inconvénients à supprimer entièrement les selles et les divers efforts qu'elles nécessitent, en soumettant les opérés pendant dix à quinze jours, quelquefois plus, à un régime liquide spécial.

Régime liquide à résidu minimum de l'auteur. — Le problème à résoudre est le suivant : nourrir assez sans amener dans les intestins une accumulation de matières résiduelles qui incommode l'opéré et qui l'oblige trop tôt à aller à la garde-robe. Avant l'opération, le patient a été largement évacué par des purgatifs salins (sulfate de magnésie, Hunyadi-Janos, etc.), pendant deux jours consécutifs. La veille et le matin même de l'opération, on lui a administré deux ou trois grands lavements à l'eau bouillie. Après l'opération, pendant quatre jours environ, on lui donne uniquement d'abord du champagne, des tisanes, de l'eau de Vichy; puis, au choix, du thé, du café, du bouillon, de la bière, du cidre, du vin même, aussi souvent qu'il le désire et qu'il peut le supporter, jamais de lait! Dès le cinquième jour, en graduant naturellement les quantités, on l'alimente soit avec les liquides précédents, soit aussi avec des liquides plus substantiels : jus de viande, la poudre de viande, peptones; vins nutritifs à la kola, au coca, au cacao, aux phosphates; granulé de kola, etc. Point de purée! Point de potage! Point de pain! Avec ce régime, on arrive facilement sans selles, sans coprostase rectale, à quinze ou vingt jours; nous sommes arrivés une fois à trentetrois jours. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, combien ce régime, si simple, peut être favorable à la cicatrisation tranquille, complète et utile de toutes les plaies qui peuvent être mises en échec par la pression intra-abdominale, par l'effort de la défécation.

Quant aux opérations qui intéressent spécialement les voies urinaires dans les deux sexes, nous nous bornerons à dire en substance que, dans le premier régime, comme dans le régime ultérieur, il faut éviter avec soin les boissons et les aliments liquides de nature irritante et congestive.

Pansements secondaires. — Après les opérations, les pansements varient, suivant qu'il s'agit d'opérations aseptiques ou d'opérations septiques, c'està-dire fatalement vouées à la suppuration en raison de leur infection préalable.

a. Pansements après les opérations aseptiques. - Nous avons déjà dit que la réunion immédiate est la règle absolue dans cette classe d'opérations. Nous avons dit aussi que le premier pansement doit être alors, d'une façon également régulière, le pansement sec absorbant. S'il n'y a pas eu de drainage supplémentaire, on laisse en place le premier pansement tant que le patient n'accuse pas de douleur persistante au point opéré, tant que le thermomètre n'indique pas une élévation plus ou moins grande de la température normale, que le pouls reste bon, calme, régulier, et que l'état général ne laisse lui-même rien à désirer. Le premier pansement peut n'être levé que du dixième au quinzième jour, pour l'ablation des points de suture ; car, à cette époque, la cicatrice de la ligne de réunion est généralement assez ferme par elle-même pour n'avoir plus besoin d'être étayée par les points. Avec des instruments propres (pinces à dissection, ciseaux courbes) et des mains propres, on supprime tous les points ou seulement un certain nombre, en se conformant aux règles qui ont été énoncées à propos des sutures. Point de lavage! On étend sur la cicatrice une couche de poudre fine antiseptique ou simplement aseptique; on la couvre avec quelques carrés ou rectangles de gaze stérilisée, puis des lames de coton hydrophile, et l'on assujettit toutes ces pièces avec un bandage, lequel doit aussi, en même temps, exercer une pression convenable sur les parages de la cicatrice; au besoin, cette pression est renforcée par deux espèces de fanons en coton ou deux serviettes aseptiques roulées, qui sont appliquées sous le bandage de chaque côté de la cicatrice. Au bout de quelques jours, on enlève les derniers points s'il en reste; on fait un pansement analogue, qui est le dernier. Les pansements secondaires sont donc très rares, très peu nombreux; un ou deux, au plus trois, suffisent. Il n'y a plus qu'à protéger la cicatrice pendant quelque temps avec quelques gâteaux de coton blanc, même

ordinaire. S'il y a eu un drainage soit central, soit, mieux, latéral — comme le premier pansement est plus ou moins imprégné de sérosité sanguinolente on le lève dès le lendemain ou le surlendemain, parfois un peu plus tard; on supprime le drain et on exprime doucement, mais avec soin, le trajet du drainage pour en expulser les caillots, les dépôts de sérosité qui peuvent s'être amassés derrière lui. Généralement, nous laissons simplement ouvert ce trajet et l'abandonnons à lui-même, au lieu de suturer les lèvres de son orifice extérieur. On applique un autre pansement sec absorbant, renforcé au besoin par quelques tampons ou rouleaux compressifs. Lorsque l'état de l'opéré demeure satisfaisant, on ne fait pas de nouveau pansement avant une huitaine de jours, à moins que l'écoulement de sérosité n'ait été assez considérable pour imprégner les parties superficielles ou déclives du pansement précédent. Au deuxième ou au troisième pansement secondaire, presque toujours, le trajet du drainage est comblé et fermé. On n'a plus à faire que quelques très rares pansements de simple protection.

b. Pansement après les opérations septiques. — En revanche, après ces opérations, surtout si l'on a affaire à des infections aiguës graves, — les pansements doivent être aussi fréquents que possible. On les fait encore avec du coton absorbant et de la gaze absorbante; mais on les fait humides, c'est-à-dire: 1º qu'après avoir bien détergé la plaie avec des liquides antiseptiques, on imprègne avec ces mêmes liquides les pièces de coton et de gaze qu'on applique directement sur la plaie; 2º qu'on couvre ces pièces avec tel ou tel imperméable avant de les fixer au moyen d'un bandage approprié. Tels sont les principes fondamentaux qui doivent guider le chirurgien en semblables cas. Il lui est ensuite loisible de recourir à telle substance antiseptique plutôt qu'à telle autre, à la condition de choisir la plus efficace,

la moins incommode et la moins toxique, ou de l'employer à des doses convenables.

Plus tard, lorsque les dangers immédiats sont passés, on traite la plaie opératoire comme on le fait dans les plaies accidentelles à réunion secondaire.

Traitement dans les accidents post-opératoires. — Parmi les accidents qui suivent l'opération, les uns sont locaux, les autres généraux. Aux premiers appartiennent la douleur, l'hémorragie et l'hématome qui peut en être la conséquence, la gangrène, la suppuration, diffuse ou circonscrite; la lymphangite, la phlébite, l'érysipèle, la déhiscence mécanique. Les seconds comptent : la syncope, le shock opératoire, le délire nerveux, la manie aiguë et les infections générales, telles que : la fièvre opératoire, analogue à la fièvre traumatique, la pyohémie, la septicémie, le tétanos.

a. Accidents locaux. Douleur. — A peu près toujours, immédiatement après l'opération, le patient éprouve dans la région opérée une sensation de douleur contusive ou incisive; cette douleur ne dure que quelques heures et peut être tolérée. Mais parfois elle atteint un haut degré d'acuité, arrache des plaintes, des cris mêmes, provoque une vive agitation ou un état syncopal. Il est alors nécessaire de calmer ces souffrances insolites et épuisantes par une potion narcotique, par un lavement laudanisé, mais encore par une injection sous-cutanée de morphine.

Hémorragie. — Il n'est point rare d'être appelé pour une hémorragie plus ou moins abondante, qui a imprégné le pansement, qui l'a traversé ou qui s'est manifesté sous lui. S'il s'agit d'une opération aseptique et dans laquelle la réunion immédiate a pu ou dû être faite, nous ne recommandons pas en thèse générale de défaire le pansement, de défaire la plaie, pour aller à la recherche du ou des vaisseaux qui donnent et pour en pratiquer l'hémostase directe à la manière habituelle; les risques d'infection sont alors très grands, et l'on s'expose, d'autre part, à ne pas trouver la source de l'hémorragie, ou même à ne pouvoir la tarir quand on l'a trouvée. Le mieux est de renforcer le pansement par d'autres pièces et par un bandage bien serré, et d'établir en même temps, en amont, la compression des artères afférentes au théâtre de l'opération. Presque toujours l'hémostase naturelle se fait ainsi dans la plaie ; et on laisse les choses en l'état pendant quarantehuit heures environ. Au bout de ce temps, on change le pansement ; s'il y a un hématome sous la peau, on fait sauter quelques points, on exprime les caillots, ou on les écope à la cuiller mousse ou tranchante, on pratique un tamponnement — drainage làche à la gaze iodoformée — et l'on renouvelle le pansement sec absorbant. Ce n'est que devant l'insuccès manifeste des susdits moyens d'hémostase extemporanée et quand le patient est en imminence de mort que l'on se résoud à l'hémostase centrale définitive.

Si c'est une opération septique qui donne lieu à l'hémorragie menaçante,

on peut avoir moins de répugnance à lever le premier pansement et aller pratiquer d'emblée l'hémostase définitive dans le foyer même de la plaie.

Dans tous les cas, si la conduite locale du chirurgien est variable, sa conduite générale est toujours la même vis-à-vis de l'anémie aiguë qui a été la conséquence de l'hémorragie (voy. *Injection de sérum*).

Gangrène. — La gangrène post-opératoire se montre soit au niveau même de la plaie soit à distance, en aval d'elle, [vers la périphérie du corps. En ce dernier cas, elle est ordinairement consécutive à la ligature de l'artère principale, ou de cette artère et de la veine homonyme. Dans le premier cas, c'est presque toujours sur des moignons d'amputation qu'on l'observe, et alors elle n'intéresse guère que la peau, sur une hauteur et une largeur variables au-dessus même de sa coupe; elle est due à une vitalité insuffisante chez des albuminuriques, surtout chez des diabétiques ou des artério-scléreux. Le traitement de la gangrène de la plaie consiste simplement à attendre la démarcation et l'élimination spontanées de l'eschare sous des pansements humides, aseptiques ou antiseptiques; puis on laisse la perte de substance se combler par bourgeonnement et par cicatrisation secondaires ou bien on a recours à l'autoplastie.

Infections locales. — Ces infections, beaucoup plus rares que jadis, se manifestent après certaines opérations dites aseptiques, comme après celles qui sont déjà réellement septiques, sous la forme de suppuration infiltrée ou en nappe, d'abcès, de lymphangite, de phlébite, d'érysipèle. — Occuponsnous d'abord de la première catégorie d'opérations ; ici on a tenté la réunion immédiate. Si du pus s'est formé seulement sur le trajet des points de suture cutanée, il suffit d'enlever les points, d'exprimer doucement les trajets suppurés, de laver légèrement la ligne de réunion avec un liquide antiseptique (sublimé ou formol) et de l'en imprégner quelques minutes au moyen de tampons de coton ou de compresses de gaze, pour empêcher le processus infectieux de s'étendre plus profondément, au corps même de la plaie : pansement antiseptique humide. Généralement ces suppurations trajectives sont peu graves, elles sont dues à la culture du staphylocoque blanc de l'épiderme. On ne les observe presque jamais avec les crins de Florence et fils métalliques.

Si la suppuration a envahi en partie ou en totalité la ligne mème de réunion entre les points de suture, on enlève çà et là quelques-uns de ceux-ci; on entr'ouve légèrement les lèvres de la peau, si c'est nécessaire, avec le bord d'une sonde cannelée; on désinfecte comme précédemment et l'on applique un pansement antiseptique humide. On agit de mème si la suppuration est étendue plus profondément sur les deux pans de la plaie réunie; on crée sur la ligne de réunion, avec la sonde, une série de cheminées qu'on garnit ou non de mèches de gaze antiseptique.

Lorsqu'une véritable collection de pus, un abcès s'est formé, à une profondeur variable, sur la ligne de réunion, il faut, après avoir fait sauter quelques points, entr'ouvrir celle-ci le plus tôt possible, évacuer le pus, laver avec ménagement son foyer ou même ne pas le laver du tout, y installer une mèche de gaze et appliquer un pansement humide. Au besoin, on pratique aussi des contre-ouvertures.

La lymphangite, la phlébite, l'érysipèle, qui rayonnent autour de la plaie, ne vont pas habituellement sans une suppuration quelconque de la plaie elle-même; cette suppuration les a précédés; on la traite donc d'abord comme nous venons de l'indiquer, puis on applique sur la plaie et à une distance plus ou moins grande autour d'elle, un pansement humide antiseptique, qui est souvent renouvelé, pendant qu'on administre, d'autre part, s'il le faut, du vin de quinquina et d'autres toniques, du sulfate de quinine, de l'antipyrine, du perchlorure de fer, etc. Si du pus se forme sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et des veines, sous la peau, dans les ganglions lymphatiques, on l'évacue au plus tôt.

Après les opérations déjà septiques, lorsque de nouveaux accidents infectieux se produisent, il n'y a guère en général qu'à continuer le traitement local antiseptique qui a été institué tout d'abord : point de réunion ou réunion incomplète ; drainage ; pansements ouverts, humides et fréquents. Des contre-ouvertures peuvent, en plus, devenir nécessaires. Au besoin, on ajouterait encore un traitement général fortifiant et antithermique.

Déhiscence mécanique. — Cet accident consiste en la désunion violente des lèvres d'une plaie qu'on a réunie, soit par les efforts ou les mouvements intempestifs du malade, soit pendant tout autre mécanisme. S'il est récent, on fait de nouvelles sutures, après avoir, au besoin, régularisé les lèvres de la plaie; et celle-ci se cicatrice toujours d'une façon normale si l'on a procédé proprement. Lorsqu'il remonte à plus de quarante-huit heures environ, la nouvelle tentative de réunion est rendue plus sûre par un avivement préalable.

b. Accidents généraux. Syncope. — Nous mentionnerons simplement, en premier lieu, la syncope, respiratoire ou cardiaque, ou cardio-pulmonaire, dont les causes sont très nombreuses, et souvent difficiles, sinon impossibles à préciser, mais dont le traitement est à peu près identique dans tous les cas; ce traitement a été indiqué déjà à plusieurs reprises.

Shock opératoire. — Analogue au shock traumatique accidentel, le shock opératoire est cet état vraiment spécial de prostration ou dépression profonde, que l'on observe parfois avec ou sans la perte de connaissance, à la suite d'opérations multiples simultanées, à la suite des opérations très étendues, longues, laborieuses, sanglantes, qui ont porté sur la racine des membres (désarticulations diverses), sur le crâne et le rachis, sur le tronc et notamment sur la grande cavité péritonéale et les viscères qui y sont plus ou moins inclus ; on le rencontre aussi, exceptionnellement, après des opérations de moyenne importance, comme l'amputation d'une jambe ou même d'un avant-bras, chez des individus déjà épuisés, chez des alcooliques invétérés.

Les symptômes dominants de la situation sont alors, au point de vue des