Si des instruments sont dépolis, il faut également les envoyer au nickelage. Le point capital est, en somme, d'avoir toujours des instruments bien polis, bien luisants, tout à fait aptes au service.

Le matériel opératoire essentiel doit être, à son tour, l'objet de notre sollicitude. On met de côté le vestiaire de l'opéré, celui du chirurgien et de ses aides, pour un nouveau lessivage. On recueille le nécessaire de l'anesthésie ; on nettoie les instruments qui ont servi, on démonte le masque et l'on désinfecte son squelette. On lave à l'eau savonneuse chaude les plateaux et cuvettes, on les passe à l'éther ou à l'essence de térébenthine, puis on les flambe à l'alcool. La salle d'opération elle-même, si l'on a opéré à poste fixe, doit être lavée également d'abord au savon, puis au sublimé ou au formol. Quant aux fils à ligature et à suture, on ne conserve que ceux que l'on sait absolument indemnes de toute contamination pendant l'opération.

CHAPITRE VII

SUITES PLUS OU MOINS ÉLOIGNÉES DE L'OPÉRATION

La plupart des plaies opératoires, convenablement traitées, se terminent directement par une cicatrisation complète, que celle-ci soit de première ou de seconde intention ; et, quand elle est établie, la guérison est absolue au point de vue local comme au point de vue général ; une cicatrice indolore, lisse, régulière, ferme, est la seule trace persistante de la lésion qui a indiqué l'opération, de l'opération qui a guéri cette lésion. Telles sont les suites vraiment idéales du bistouri et de la scie.

Mais dans les autres cas, voici d'abord les suites locales qu'on peut observer : tantôt le processus cicatriciel est traversé, retardé, enrayé même par des accidents, tels que des *abcès tardifs*, des *fistules*, des *ulcérations*, la *gangrène*, la *carie*, la *nécrose*, la *thrombo-phlébite*, la *lymphangite* ou *lymphadénite*, l'*érysipèle ;* tantôt il se complique d'*œdème*, d'*érythème*, de *dermatite vésiculeuse* ou autre, dans la région opérée ; tantôt la *cicatrice elle-même*, une fois fermée, devient plus ou moins *douloureuse*, *se relâche et s'affaiblit*, *s'ulcère*, *dégénère en chéloïde ou en épithélioma ;* tantôt, enfin, elle s'accompagne, à délai variable, de *rechute* ou de *récidive* de la lésion traitée.

Si l'on envisage, en second lieu, les suites générales de l'opération, on peut noter l'anémie chronique chez les grands opérés ; le mal de Bright, l'amylose et la fièvre hectique chez les suppurants ; la méningite, la phtisie ou la granulie pulmonaire chez les tuberculeux ; les accès de goutte ou de rhumatisme chez les arthritiques ; les éruptions cutanées chez les herpétiques ; la cachexie chez les cancéreux récidivés ou métastatiques ; les attaques de démence et les crises nerveuses chez les prédisposés ; le ramollissement cérébral chez certains artério-scléreux et diabétiques ; et beaucoup d'autres affections ou manifestations plus ou moins graves qui appartiennent à la même liste.

Parmi toutes ces conséquences anormales de l'opération, il n'en est que quelques-unes qui méritent ici une attention spéciale ; nous indiquerons notamment les moyens d'y remédier. Telles sont : les *abcès tardifs* et les *fistules de la plaie ;* les *affections de la cicatrice elle-même ;* les *rechutes et récidives de l'affection opérée.*

1. Abcès et fistules de la plaie. — Les abcès qui se montrent quelque temps après l'opération, dits aussi *abcès d'élimination*, sont généralement dus soit à une infection plus ou moins atténuée par des ligatures ou sutures perdues, soit à la persistance de certains espaces « morts », de foyers morbides, anciens ou nouveaux, comme ceux, par exemple, qui appartiennent à la tuberculose et à l'estéomyélite infectieuse. On les ouvre largement ; on exprime le pus ou la sérosité louche qui les emplissait ; on extrait, si possible sans danger, les fils qui se présentent ; on extrait également les séquestres ou débris osseux que l'on a découverts ; on curette, au besoin, les parois de la cavité purulente, puis l'on tamponne lentement cette dernière à la gaze antiseptique ou bien on y place des drains tubulés.

D'ordinaire, après ce traitement, les abcès tardifs se ferment. D'autres fois, ils sont suivis de fistules plus ou moins longues à disparaître, ou même quasi intarissables.

Ainsi se constitue une première catégorie de fistules post-opératoires. Il en est une autre, plus nombreuse même : celle où la plaie opératoire ne peut être réunie, soit *infection* déjà manifeste ou douteuse ; soit *rigidité* calleuse ou osseuse des parois comme celle de vieilles lésions chroniques, de cavités osseuses (sinus de la face, médiastins, cavité pleurale, cavités séquestrales) ; soit *perte de substance cavitaire* des parties molles ou des parties dures. La plupart de ces fistules ne peuvent guérir que par la production plus ou moins considérable de bourgeons charnus ou par les divers artifices plastiques qui sont exposés plus loin au cours de cet ouvrage ; dans le premier cas, leur guérison demande toujours beaucoup de temps. Plusieurs restent absolument incurables.

2. Affections de la cicatrice elle-même. — *Névralgies de la cicatrice.* — Les cicatrices opératoires, comme les cicatrices traumatiques, deviennent parfois le siège d'une sensibilité plus ou moins vive au contact, à la pression, à la température ou s'accompagnent de sensations encore supportables, telles que picotements, fourmillements, cuissons, etc. Mais d'autres fois, — beaucoup plus rarement, il est vrai — cette hyperesthésie et ces phénomènes douloureux prennent tous les caractères de névralgies véritables, soit localisées à la cicatrice, à la région opérée, soit irradiées à distance, vers l'axe cérébro-spinal. Le siège de prédilection de ces névralgies nous est fourni par les *moignons d'amputation*, — quoique à un degré moindre aujourd'hui, ce nous semble, depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique. On peut donc dire que leur traitement se confond, ou à peu près, avec celui qui se rapporte à la *névralgie des moignons* et que nous exposons ailleurs (voy. *Amputations*).

Diastasis, hernie, rupture de la cicatrice. — Ces affections se rencontrent le plus souvent dans les parties du corps qui sont normalement soumises au phénomène de l'effort : le thorax, les parois de l'abdomen, le périnée. C'est surtout à la suite des laparotomies médianes sous-ombilicales

qu'on a l'occasion d'observer le diastasis de la cicatrice, puis sa hernie, plus connue sous le nom d'*éventration ;* puis, exceptionnellement, sa rupture spontanée avec issue des intestins. Les cicatrices qui y sont le plus exposées sont celles consécutives au traitement externe de pédicules utérins ou ovariens, à la marsupialisation de kystes, à un drainage prolongé du péritoine, de cavités suppurantes et abdominales ou pelviennes, aux abcès et fistules de la ligne blanche. Mais, dans la pathogénie de ces affections, il faut souvent tenir compte aussi de ce que les opérés se lèvent ou travaillent trop tôt, que leur ventre n'a pas été suffisamment contenu, ou que la paroi était très distendue, très amincie déjà avant l'opération. Les opérations qui conviennent le mieux à la cure radicale des diastasis et hernies de la ligne blanche sont à peu près les mêmes que celles usitées pour la guérison des hernies ombilicales.

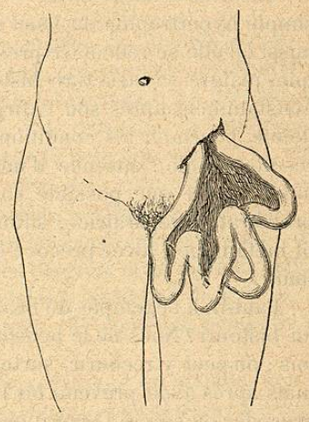

Fig. 126. — Rupture accidentelle d'une éventration consécutive à une kélotomie, issue des intestins ; péritonite mortelle (opérée de l'auteur).

Si les affections dont il s'agit sont communes en chirurgie gynécologique, elles ne sont pas rares, non plus, en chirurgie générale : on les observe de temps à autre après les opérations d'appendicite, de cure radicale de hernie libre, de néphrectomie, de néphropexie, de kélotomie, etc. En ce dernier cas, l'éventration peut même être assez considérable pour se rompre par un simple effort ; témoin celui d'une femme de soixante-douze ans (fig. 126) que nous avons opérée en 1898, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, et qui avait déjà subi la kélotomie, dix ans auparavant, pour hernie étranglée ; à travers une sorte de boutonnière longue de 4 centimètres environ et très serrée, il sortait $1^{m},50$ d'intestin grêle depuis plus de vingt-quatre heures ; aucun pansement n'avait été fait ; malgré tous nos soins, la malade est morte de péritonite quarante-huit heures après son entrée.

Ulcère de cicatrice. — La cicatrice opératoire s'ulcère assez souvent, surtout quand elle est adhérente, sur l'extrémité des moignons. L'ulcère est dû alors, en partie, à la minceur de la cicatrice, à sa faible vitalité, à sa rigidité, en partie aux mouvements des moignons, à leurs tiraillements, pressions, froissements de toutes sortes. Elle est d'ordinaire tenace, persistante, souvent très douloureuse.

On l'observe également au talon, soit en arrière, soit en bas, vers la plante ; il y prend parfois les caractères du mal dit perforant. On le voit survenir aussi dans les cicatrices qui siègent au creux poplité, à la partie interne et supérieure de la cuisse, au pli de l'aine, au creux de l'aisselle, au coude, dans les espaces interdigitaux, aux parties antérieure et postérieure du cou,

aux lèvres, en un mot dans tous les points où la cicatrice est plus ou moins sujette, de par les mouvements naturels, à des déchirures. Il se rencontre enfin, quelquefois, à la suite de dyscrasies (diabète, mal de Bright, syphilis), de l'artériosclérose ou de trophonévrose.

D'une manière générale, autant pour guérir l'ulcère de cicatrice que pour prévenir ses récidives si habituelles, la meilleure méthode est l'*autoplastie* sous ses diverses formes.

Chéloïde de la cicatrice. — On sait que la chéloïde est constituée par une simple hypertrophie du tissu conjonctif fibreux et vasculaire ; mais on sait aussi qu'elle se rencontre presque uniquement chez les jeunes scrofuleux et que, malgré sa structure histologique rassurante, elle récidive à peu près constamment après son extirpation sanglante. La chirurgie actuelle nous donne, pourtant, les conditions locales qui semblent le plus propres à un résultat stable : absence d'inflammation, absence de douleur, cicatrisation aussi rapide que possible par première intention et avec un minimum de prolifération réparatrice, sutures nullement irritantes (crins de Florence ou fil métallique), levée précoce de ces sutures, absence de suppuration secondaire.

Faut-il, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, renoncer complètement au bistouri ? Nous ne le pensons pas, puisque l'extirpation a réussi plusieurs fois ; on peut y recourir, surtout si la chéloïde est gênante et disgracieuse, mais après avoir prévenu les intéressés de la récidive ordinaire, et en faisant précéder ou suivre l'opération d'un traitement antiscrofuleux. Dans le cas de récidive, la tumeur nouvelle peut être moins volumineuse que la chéloïde primitive.

Avant de tenter ou après avoir tenté l'extirpation, rien n'empêche de courir les chances d'autres moyens de traitement, tels que les *scarifications linéaires de Vidal, aidées de l'emplâtre de Vigo*, et l'*électrolyse*.

L'électrolyse est fortement recommandée par Brocq et par Quénu[1]. Ce dernier en a obtenu la guérison complète « d'une chéloïde très étendue, diffuse, du pavillon de l'oreille, chez un garçon de douze à treize ans ; chéloïde bientôt récidivée après opération ». Il avait fait une douzaine de séances à quinze ou vingt jours d'intervalle. Voici comment il procédait dans chaque séance : « Après une injection de cocaïne 1 p. 100 dans la zone à électrolyser, il enfonçait de fines aiguilles dans les points les plus saillants, utilisant des courants de 15 à 20 milliampères ; après deux ou trois minutes, il changeait les aiguilles de place. De petites eschares se formaient autour des aiguilles, négatives surtout ; une séance durait ainsi dix minutes et comprenait une dizaine de piqûres. Un peu de gaze iodo-collodionnée lui servait de tout pansement. »

Épithélioma de la cicatrice. — Les cicatrices opératoires deviennent quelquefois le siège d'un épithélioma, mais beaucoup plus rarement que les cicatrices accidentelles. C'est surtout sur les moignons d'amputation qu'on observe cette dégénérescence. Mais comme elle n'a rien de spécial, nous n'insisterons pas.

[1] Quénu (Soc. chir., p. 482, 10 juin 1896).

Rechutes et récidives de l'affection opérée. — Parmi les affections que le chirurgien a pour mission de traiter, les unes sont ou restent définitivement guéries, d'autres reparaissent avant leur guérison, d'autres enfin reviennent au bout d'un temps variable, après leur guérison. Ce sont ces deux dernières catégories que nous avons à étudier sommairement sous les noms de *rechute* et de *récidive*.

Les rechutes sont l'effet de la maladie elle-même, du malade ou de la technique opératoire. Ainsi une *ascite hépatique*, par exemple, se reproduit fatalement après la ponction évacuatrice ; il en est de même, en général, de l'*hydrocéphalie chronique* après la ponction et le drainage, de l'hydrocèle vaginale ou du kyste ordinaire de l'ovaire après la ponction simple. Le traitement opératoire de certaines déviations offre des exemples analogues lorsqu'il reste incomplet : le pied bot, le torticolis, le strabisme sont dans ce cas. Beaucoup d'autres prétendues récidives ne sont en réalité que des rechutes, c'est-à-dire des *continuations* ou des *reprises* de la maladie, après des opérations frustes ou inachevées : excisions partielles de kystes, de varices artérielles, veineuses ou lymphatiques, de tumeurs bénignes ou malignes, etc.

Les récidives sont uniquement l'effet de la maladie et du malade, non de l'opérateur, à moins qu'on ne puisse invoquer les auto-inoculations faites par l'opérateur ou par son mode d'intervention. Elles consistent en la reproduction intégrale, — *ab ovo*, pourrait-on dire, — de l'affection pour laquelle on a opéré déjà. Telles sont : le retour d'une incurvation rachitique après redressement mécanique parfait ; celui d'une luxation quelque temps après une réduction régulière ; celui d'une chéloïde après une extirpation aseptique et large ; celui d'un cancer *in situ* après exérèse également irréprochable, etc. En somme, les *vraies récidives sont rares*.

Nous convenons que, dans la pratique, il n'est pas toujours aisé de distinguer entre les rechutes et les récidives, et nous comprenons jusqu'à un certain point qu'on ne parle guère que de ces dernières, ne fût-ce que par commodité et simplicité d'expression. Mais, ce qu'il faut retenir, selon nous, de ces quelques aperçus, c'est que le chirurgien n'est que peu responsable dans les récidives vraies et qu'il peut l'être beaucoup et souvent dans les rechutes.