CHAPITRE VIII

PRONOSTIC DE L'OPÉRATION

Le pronostic de l'opération a pour but de déterminer, aussi bien que possible, d'abord les *chances de survie opératoire*, le temps nécessaire à la guérison opératoire, les accidents et complications qui peuvent la compromettre, puis la *valeur thérapeutique* de l'opération, la stabilité, l'incertitude ou la durée précaire de ses résultats définitifs, enfin ses conséquences fonctionnelles ou esthétiques ultimes. Il se base, pour cette détermination, sur l'appréciation synthétique de divers éléments, tels que l'*affection*, l'*état général et les antécédents du patient*, l'*anesthésie générale*, l'*opération elle-même*, et, il faut bien le dire, la *valeur ainsi que l'expérience de l'opérateur*. Quant au *milieu opératoire*, nous avons déjà dit qu'on n'avait guère à en tenir compte en chirurgie civile si l'on se conforme partout aux règles de la méthode antiseptique.

1° Pronostic d'après l'affection. — Au point de vue des suites opératoires immédiates, il y a une différence capitale entre les affections exemptes d'infection et celles qui sont déjà septiques : les premières nous offrent les meilleures conditions possibles pour une guérison simple, facile, rapide par première intention ; les secondes, pour guérir, demandent un temps plus ou moins long et peuvent s'accompagner, après l'opération, de phénomènes réactionnels plus ou moins graves, surtout s'il s'agit d'une infection aiguë.

Un second point d'importance encore plus grande est celui qui a trait à la curabilité des affections, au degré de perfection des résultats acquis et à leur durée. Un certain nombre d'opérations sont purement *palliatives*, c'est-à-dire destinées à ne remédier qu'à tels ou tels symptômes dominants, les affections correspondantes étant incurables ou considérées comme incurables. D'autres sont réellement *curatives*, en ce sens que les affections qu'elles avaient à combattre sont guéries tout à fait et pour toujours. D'autres, enfin, n'ont qu'une *valeur curative plus ou moins limitée*, soit qu'elles n'aient supprimé qu'une partie des affections, soit que celles-ci aient récidivé sur place ou à distance. Cette dernière considération s'applique notamment au traitement opératoire des cancers.

2° Pronostic d'après l'état général et les antécédents de l'opéré. — Il fut un temps où, connaissant mal les causes des insuccès opératoires et, en parti-

culier, le rôle que l'infection jouait dans ces insuccès, on avait une tendance générale à les rapporter en bonne partie aux dyscrasies, aux maladies constitutionnelles, aux organopathies dont les opérés étaient porteurs. Nous savons aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique logiquement appliquée, que la réunion immédiate, par exemple, s'obtient aussi bien chez les arthritiques, les syphilitiques, les diabétiques, les brightiques, les hépatiques, les rénaux, etc..., que chez ceux qui ne le sont pas. Sans doute, quelquefois, quand les tissus sont très mal nourris (diabète, albuminurie, artério-sclérose), on peut observer un échec de la réunion immédiate par gangrène ; on peut observer aussi la gangrène dans les plaies non réunies ; mais ces accidents n'ont généralement pas de conséquence grave avec la méthode antiseptique. Sans doute aussi, l'alcoolisme, le nervosisme exposent au délire post-opératoire ; l'hémophilie, la leucémie exposent à des hémorragies plus ou moins considérables, et il est nécessaire de ne point l'oublier pour ne faire alors que les opérations urgentes ; mais, à part les conséquences ordinaires de la perte de sang, les plaies opératoires n'en suivent pas moins, dans tous les cas, leur évolution normale, soit vers la réunion par première intention, soit vers la réunion secondaire.

Parmi les autres conditions individuelles, l'âge seul peut avoir quelque influence sur le résultat immédiat de l'opération ; aussi les très jeunes enfants et les vieillards avancés supportent mal les opérations étendues et très sanglantes, ce qui n'empêche pas, cependant, la réunion immédiate quand les opérés ont pu échapper au shock opératoire.

Il y a également des antécédents infectieux, comme l'érysipèle, le furoncle et l'anthrax, l'ostéomyélite, la streptococcie puerpérale, qui peuvent se manifester de nouveau sous la même forme ou une forme équivalente sur la plaie opératoire. Le chirurgien est obligé de tenir compte de cette éventualité, afin de faire ses réserves.

3° Pronostic d'après l'opération elle-même. — Le pronostic *quoad vitam* varie beaucoup, suivant le siège, les rapports et l'étendue de l'opération, suivant sa durée, suivant les difficultés ou la facilité de son exécution, suivant qu'elle est unique ou multiple dans la même séance.

Ainsi, il y a une grande différence entre la chirurgie des membres et celle des grandes cavités viscérales (crâne, poitrine, abdomen), entre celle qui intéresse la continuité des membres et celle qui se rapporte à leurs grandes articulations, entre les opérations de tendons ou muscles et celle des gros vaisseaux, entre l'ablation d'un épithélioma labial limité et celle d'un épithélioma propagé au corps de la mâchoire inférieure. Plus une opération est longue, — plus grands sont les dangers de l'anesthésie générale concomitante, plus grande est la perte de sang, plus grands sont les risques de shock opératoire. Une hystéro-ovariectomie compliquée n'est nullement comparable, comme gravité, à une amputation pathologique de la cuisse. Il est, enfin, évident que l'amputation simultanée d'une jambe et d'une cuisse, ou des deux cuisses, surtout la dernière, est une opération extrêmement grave.

En second lieu, *quoad fonctionem*, si nous avons des opérations qui la conservent intégralement ou à peu près, il en est d'autres qui lui portent une atteinte plus ou moins considérable. Ainsi, l'extirpation totale d'un rein, celle du corps thyroïde tout entier, peuvent avoir de graves conséquences physiologiques. La castration double, même simple, dans les deux sexes, détruit ou compromet l'aptitude à la procréation, en même temps qu'elle risque d'altérer plus ou moins la santé générale, les facultés morales et psychiques. Il serait trop facile de citer les exemples analogues ; nous préférons nous borner.

Il y a un dernier point de vue qui a aussi son importance, — surtout chez la femme, dans les parties découvertes : c'est *celui de la forme*. Les opérations peuvent la compromettre d'une façon plus ou moins disgracieuse.

Statistiques opératoires générales. — Nous terminerons les considérations qui se rapportent au pronostic de l'opération en relatant, au hasard, quelques statistiques récentes qui nous indiquent la mortalité actuelle des opérations en général. Ainsi, par exemple, Quénu [1] a relevé les résultats des opérations importantes qu'il a pratiquées en 1897 et 1898 à l'hôpital Cochin, dans le Pavillon Pasteur qui ne comprend que les femmes; ces opérations ont trait à l'appareil digestif et à ses annexes, au poumon, à l'appareil urinaire, à la tête et au cou, à la région mammaire, aux membres, à l'appareil génital (6 colpo-périnéorraphies, 42 laparotomies pour salpingites, 11 ovariotomies, etc.). La statistique globale a donné une mortalité stricte de 5 p. 100; près de la moitié des décès appartiennent à des opérations pour cancer des voies digestives (cancer de l'œsophage, de l'estomac, de l'S iliaque et du rectum. « *Les grandes opérations pour affections de l'utérus et des annexes ont particulièrement donné des résultats satisfaisants, puisque 115 laparotomies ou hystérectomies vaginales pour fibromes utérins, cancers de l'utérus, annexites ou kystes ovariens, ont fourni 114 guérisons.*

Pozzi [2], sur un relevé de 2 114 opérations (dont 799 laparotomies en général) qui ont été faites par lui et par ses remplaçants (Picqué, Guinard, Legueu) du 1er février 1890 au 1er mars 1899 dans son service à l'hôpital Broca, n'a noté que 105 morts = 5 p. 100 environ.

Dans les statistiques personnelles que H. Delagénière [3] (du Mans) a publiées pour les années 1893 à 1898, sur 2 196 opérations, nous trouvons une mortalité totale à peu près semblable = 5,9 p. 100.

La mortalité générale est encore bien plus faible dans la statistique opératoire (fév. 1890 à fév. 1893) que L. Dubar (de Lille) [4] a dressée il y a quelques années; il est vrai qu'elle renferme beaucoup de petites opérations à côté des autres. Ainsi sur 575 opérations qu'il a faites dans le service de la

[1] Quénu, De l'asepsie opératoire. Stat. de deux ans (*Soc. chir.*, p. 307, 22 mars 1899).
[2] Pozzi, Relevé statistique (*Soc. chir.*, p. 382, 29 mars 1899).
[3] Delagénière, *Arch. provin. de Chir.*, 1894-1899.
[4] L. Dubar, Lille, 1893.

clinique chirurgicale de la Charité et à la Maison de santé, il n'a eu qu'une mortalité de 2,5 p. 100.

Enfin, pour borner là nos indications, nous notons que H. Bousquet [1] (de Clermont-Ferrand), sur 1 713 opérations qu'il a pratiquées à la Clinique chirurgicale de cette ville de 1893 à 1898 ne compte, à son tour, qu'une mortalité totale de 5,2 p. 100.

[1] H. Bousquet, *Comptes rendus annuels*, 1894-1899. Gannat, Montluçon.

LIVRE II

LES OPÉRATIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER

OPÉRATIONS SUR LA PEAU ET LE TISSU SOUS-CUTANÉ

Section I. — ABCÈS CHAUD. PHLEGMON DIFFUS

I. — L'abcès chaud sous-cutané, que nous prenons comme prototype pour le traitement des abcès chauds en général, ne comporte qu'une méthode thérapeutique vraiment rationnelle et efficace, celle de l'*antisepsie directe* du foyer purulent qui le caractérise.

Pendant deux ou trois jours, sur la région enflammée, pour soulager le malade aussi bien que pour favoriser la maturation de l'abcès, on applique un pansement humide, soit des compresses antiseptiques, soit le vulgaire cataplasme de farine de lin, mais cataplasme antiseptisé par sa préparation à l'eau bouillante et par son imprégnation dans une solution de sublimé 1 p. 1000 par exemple; on recouvre compresses ou cataplasme avec un imperméable quelconque; et l'on met, si possible, la partie malade en position élevée. Ce pansement peut être remplacé par la balnéation continue dans une solution tiède antiseptique ou par le spray antiseptique avec l'appareil de Lucas-Championnière; mais il est souvent plus simple et plus commode. On le renouvelle matin et soir.

Dès que les battements locaux si pénibles commencent à s'amender, précédés ou non d'un frisson, dès surtout que la fluctuation centrale se manifeste, on peut être certain que l'abcès est complètement formé, bien collecté, mûr pour être ouvert Sans doute, alors, l'abcès peut être abandonné à lui-même sans le pansement humide, il ne manquera point de s'ulcérer à son point culminant et de se vider. Mais le malade a tout intérêt à devancer cette solution naturelle en se soumettant le plus tôt possible à l'ouverture de l'abcès : cessation immédiate des douleurs, guérison plus rapide, absence de complications, cicatrice plus régulière.