

est de 33,5, c'est-à-dire plus élevée que dans les statistiques de Bardeleben, Volkmann et Thiersch, où cependant les résultats ont été moins heureux; elle dépasse aussi la moyenne des 10 autres cas, qui peut être établie à 30,9.

La plupart des insuccès de réunion peuvent d'ailleurs être considérés comme des cas fort heureux sous le rapport de la bénignité et de la marche des plaies : 7 fois la plaie a guéri par bourgeonnement, sans la moindre complication et sans fièvre. Même 1 des 3 autres cas doit être mis à part, car le malade, amputé de la cuisse pour un traumatisme de la jambe, arracha plusieurs fois son appareil dans une crise de delirium tremens.

Esmarch a donc, chez 24 amputés sur 26, obtenu la cicatrisation sans encombre et suivant la marche la plus régulière.

Je ferai remarquer que 13 des faits de réunion primitive se rapportent à des amputations du membre inférieur; d'où la proportion de 65 p. 100, meilleure que la proportion générale.

Linhart, dans ses essais de réunion primitive, n'a pas été moins favorisé qu'Esmarch. 30 amputations guéries (1875-1876) lui ont donné 19 succès, soit une proportion de 63,3 p. 100. Ce sont : 6 amputations pathologiques de cuisse; 4 amputations pathologiques de jambe; 2 désarticulations de l'épaule, dont 1 traumatique; 2 amputations du bras, dont 1 traumatique; 2 amputations pathologiques d'avant-bras; 2 désarticulations traumatiques du poignet.

Ajoutons que, dans 5 autres faits, la marche de la plaie, bien que guérie par bourgeonnement, a été absolument normale.

Pour les faits de réunion immédiate, l'âge s'établit comme moyenne à 30,31. Il est un peu moins élevé pour les faits où la guérison primitive n'a pas eu lieu, soit 29,90.

10 réunions immédiates sur 14 amputations du membre inférieur, c'est-à-dire une proportion de 71,42 p. 100, tel est le magnifique résultat dont peut s'enorgueillir le chirurgien de Wurzburg.

La statistique de Küster ne donne sur la marche de la plaie, dans les amputations guéries, que des renseignements le plus souvent fort incomplets; mais de la durée de la guérison il est, je crois, possible de tirer des indications plausibles. Je ne pense pas, en effet, qu'une amputation de cuisse puisse guérir en 3 semaines et une amputation de bras en 8 jours, si la réunion n'a pas été tentée et même si elle n'a pas été obtenue primitivement. C'est

d'après cette conviction que je compte, parmi les faits de Küster, 6 cas de réunion immédiate, qui sont : 1 amputation de cuisse, 1 amputation du pied, 1 désarticulation de l'épaule (traumatique); 2 amputations du bras; 1 amputation d'avant-bras (traumatique).

L'âge moyen est, pour ces faits, 31 ans; c'est à peu près le même que pour les autres faits de la statistique (31,5).

La proportion des succès par rapport au nombre des amputations guéries est de 60 p. 100. La marche de la plaie a d'ailleurs été simple et normale dans 3 autres cas, ce qui porte à 9 le nombre des cas où le processus cicatriciel s'est déroulé sans la moindre entrave.

Plus heureux encore sont les résultats de Barwell à *Charing-Cross's Hospital*. Ce chirurgien a vu toutes ses amputations, au nombre de 8, guérir par réunion primitive. Or ce sont, je le rappelle, des amputations du membre inférieur, soit : 2 amputations de cuisse; 4 amputations de jambe, dont 1 sus-malléolaire; 2 amputations du pied (Chopart, Pirogoff).

« La guérison, dit Barwell, a été rapide; les plaies ont guéri aussitôt sans inflammation ni suppuration, et presque sans douleur. »

Barwell a bien soin d'ajouter que ces faits constituent toute sa pratique de 1877 et ne sont pas choisis sur d'autres moins favorables au pansement employé.

M. Jules Bœckel, sur ses 30 amputations guéries, compte 19 guérisons par première intention, soit une proportion de 63,3 p. 100. « En ce qui concerne les amputations de cuisse, dit M. Bœckel, sur 12 cas, j'ai obtenu 9 fois la réunion immédiate de la plaie, moins le trajet du drain, dans une période de 9 jours en moyenne. Et certes il ne s'agit pas de ces réunions fictives des bords de la plaie, car mes malades ont pu se lever le sixième, septième, huitième, dixième et douzième jour, sans qu'il en résultât le moindre inconvénient... Quant à la cicatrisation définitive de l'orifice des drains, elle a été de 20 jours en moyenne... J'arrive aux amputations de jambe. Sur 18 opérés (parmi ceux-ci sont compris 2 amputés d'avant-bras) je compte 10 cas de réunion immédiate absolue, y compris le trajet des drains, au bout de 16 jours en moyenne. »

A ne prendre que les amputés de cuisse, la moyenne d'âge, pour les succès de réunion, est de 42 ans : le sujet le plus âgé avait 71 ans; 4 autres avaient dépassé 45 ans. Dans les 3 cas où la plaie suppura abondamment, il s'agissait deux fois de sujets ayant 15 et 16 ans.

La statistique de Dunlop, une des premières publiées, est pauvre en renseignements sur la marche de la plaie; mais, bien que le fait de l'existence ou de l'absence de la réunion primitive ne soit pas mentionné, il est cependant permis de conclure, comme pour les faits de Küster, d'après la marche générale de la plaie et surtout les conditions de suppuration. Je rangerai parmi les faits de guérison primitive ceux où la suppuration a été nulle ou tout au moins très faible. Ces faits sont au nombre de 8 : 2 amputations pathologiques de la cuisse, 3 amputations traumatiques du bras, 3 amputations d'avant-bras (2 traumatiques, 1 pathologique).

Or, les faits de Dunlop — en exceptant une amputation de cuisse dont la cicatrisation n'était pas achevée au moment de la publication du mémoire — sont au nombre de 20. La proportion des réunions immédiates est donc seulement de 40 p. 100. Il est vrai que Dunlop n'a pas opéré toujours dans de bonnes conditions antiseptiques, et que souvent il a été contrarié par le mauvais fonctionnement de son pulvérisateur.

Dunlop n'a obtenu la réunion immédiate dans les amputations du membre inférieur que sur une proportion de 15,38 p. 100.

Ce chiffre, si inférieur à ceux qui ont été déjà énoncés, doit d'autant plus être remarqué qu'il fournit un nouvel argument contre la prétention de Güterbock à expliquer par la jeunesse des sujets les succès de réunion immédiate obtenus par les chirurgiens dont il a étudié la pratique. Sur les 20 amputés qui ont guéri sous les soins de Dunlop, 11 n'avaient pas seize ans; 9 étaient adultes, mais aucun n'avait dépassé cinquante ans. Et cependant la proportion des réunions primitives n'est que de 40 p. 100, c'est-à-dire égale à celle établie pour la statistique de Bardeleben, où l'âge moyen était notablement élevé.

Socin, si heureux dans ses amputations au point de vue de la mortalité, paraît moins favorisé quand on considère seulement la fréquence des guérisons primitives. Sous ce rapport, il arrive à un rang inférieur et passe après des chirurgiens dont les résultats bruts ne sauraient être comparés aux siens propres. A l'hôpital de Bâle, la proportion des réunions par première intention n'est que de 39,4 p. 100, avec 40 faits sur 106 amputations relatées dans les 7 comptes rendus annuels (1875-1881) que j'ai sous les yeux.

Il est vrai que c'est là un chiffre d'ensemble, et que la fréquence des insuccès de la réunion immédiate, de même que la proportion des morts, diminue d'année en année, à mesure que la technique du pansement est mieux comprise

et suivie plus rigoureusement. Il est aisé d'en donner la preuve.

En 1875, Socin compte 4 guérisons primitives sur 22 amputations guéries, soit 18,18 p. 100;

En 1876, il y a 3 guérisons primitives sur 14 amputations guéries, soit 21,42 p. 100;

En 1877, le chiffre des réunions primitives est de 5 sur 18 amputations guéries, soit 27,77 p. 100;

En 1878, la réunion immédiate a lieu 8 fois sur 20 amputations guéries, soit dans 40 p. 100;

En 1879, 8 amputations guéries fournissent 5 succès de réunion primitive, soit 62,5 p. 100;

En 1880, le chiffre des guérisons par première intention s'élève à 9 sur 14 amputations guéries; la proportion est de 64,2 p. 100;

Enfin, en 1881, Socin obtint 8 réunions immédiates sur 10 amputations; soit 80 p. 100.

Les succès de la réunion immédiate ont été observés dans 15 amputations de cuisse; 7 amputations de jambe dont 1 traumatique; 5 amputations du pied; 7 amputations du bras dont 2 traumatiques; 4 amputations de l'avant-bras dont 3 traumatiques; 2 désarticulations de la main, dont 1 traumatique.

La proportion des cas de réunion immédiate, dans la statistique de Bardenheuer, est à peu près la même que dans celle de Socin. Le chirurgien de Cologne — à ne considérer que les années 1875 et 1876, les seules pour lesquelles il ait été publié des observations détaillées — a obtenu 11 fois la réunion immédiate sur 38 amputations guéries, ce qui donne une proportion de succès de 28,94 p. 100.

Ce total résume les chiffres annuels suivants :

En 1875, Bardenheuer obtint 2 fois la réunion immédiate sur 12 amputations guéries, soit 16,6 p. 100 de succès.

En 1876, il eut 9 guérisons primitives sur 26 amputations guéries; la proportion des succès étant de 34,61 p. 100.

Comme pour Socin, les résultats se sont améliorés à mesure que le chirurgien était plus rompu à la technique du pansement. La réunion primitive a été observée dans 6 amputations de cuisse; 1 amputation de jambe; 2 amputations du pied; 1 amputation traumatique du bras; 1 amputation pathologique de l'avant-bras.

Avec Langenbeck et M. Le Dentu, la réunion immédiate devient aussi rare qu'après l'emploi des anciennes méthodes de pansement. Langenbeck, sur 17 amputés, n'a qu'un succès, dans une amputation de Pirogoff, pratiquée sur un homme de vingt et un ans; quant à M. Le Dentu, il n'a jamais obtenu de réunion immé-

diète complète; mais, ajoute-t-il (1), « j'ai vu des guérisons d'une rapidité remarquable, entre autres une amputation de cuisse guérie en 21 jours. » Il faut remarquer, pour expliquer ces résultats défectueux, que Langenbeck a, on peut le dire, défiguré le pansement de Lister, et que M. Le Dentu, en suivant de plus près les traditions du chirurgien de King's Collège, néglige quelquefois le spray et ne fait jamais de sutures profondes. C'est à cette dernière circonstance qu'il attribue lui-même les résultats incomplets de ses tentatives.

En laissant à part ces résultats défectueux, qui ne sauraient être imputés à la méthode, et récapitulant tous les faits exposés, j'arrive à un total de 166 réunions primitives sur 240 amputations guéries, soit une proportion de 48 p. 100.

La répartition, suivant les différents segments de membre, s'établit ainsi :

## réunion immédiate.

1 sur	1 désarticulation de la hanche ;
55 —	98 amputations de cuisse ;
— —	4 désarticulations du genou ;
33 —	86 amputations de jambe ;
20 —	52 — du pied ;
6 —	8 désarticulations de l'épaule ;
22 —	38 amputations du bras ;
23 —	38 — d'avant-bras ;
6 —	15 désarticulations de la main.

Soit : 166 sur 340 amputations guéries.

La proportion, pour les amputations du membre inférieur prises dans leur ensemble, est donc de 45,2 p. 100, celle des amputations du membre supérieur étant de 59,5.

Il eût sans doute été intéressant de comparer, sous le rapport de la réunion immédiate et de la fièvre, comme sous le rapport de la mortalité, la méthode antiseptique aux anciennes méthodes; mais les chiffres relatifs à ces dernières font ici défaut: avec elles, en effet, la réunion immédiate était considérée comme un mythe, et la fièvre faisait partie intégrante du processus réparateur.

## FIÈVRE. MARCHE DE LA TEMPÉRATURE.

Les données relatives à la marche de la température sont plus rares encore que celles ayant trait à la réunion immédiate: il est cependant possible, en les groupant, d'établir avec une suffisante

(1) Le Dentu, *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1879, p. 241.

exactitude dans quelle proportion se montrent les accidents fébriles.

Je commencerai par la statistique de *Volkmann* (1872-1874).

Dans les 17 amputations qui guérirent par première ou deuxième intention, mais sans qu'aucune complication se montrât, 1 fois la fièvre fut complètement absente (amputation du bras); 9 fois elle fut légère et de courte durée (1 désarticulation de la hanche; 1 amputation de cuisse; 1 amputation traumatique de la jambe; 2 amputations pathologiques du pied; 1 amputation traumatique du bras; 3 amputations d'avant-bras dont 2 traumatiques); 3 fois elle put être considérée comme anormale, soit par son intensité, soit par sa durée (1 amputation du pied; 1 désarticulation traumatique de l'épaule; 1 amputation traumatique du bras). Dans 4 faits les renseignements font défaut.

Dans les 9 faits ayant guéri avec complications, 4 fois la fièvre fut prolongée sans avoir une grande intensité; 1 fois la température atteignit 40° et se maintint plusieurs jours à ce niveau; mais il s'agissait d'accidents septicémiques consécutifs à un abcès formé dans un moignon guéri par première intention; 3 fois la fièvre fut légère. Le neuvième cas ne donne pas de renseignements.

En résumé, sur les 21 faits où la marche de la température est notée, on trouve: 1 cas où la fièvre fut nulle, 12 cas où elle fut légère et de courte durée, 8 cas où elle fut forte et durable.

Parmi les observations de *Thiersch*, 6 seulement mentionnent la marche de la température qui, dans tous les cas, demeure normale. Ce sont: 1 amputation de la cuisse; 4 amputations de jambe dont 2 traumatiques; 1 amputation traumatique d'avant-bras.

Je note en passant que, dans un des faits d'amputation de jambe, le sphacèle de la peau et une hémorrhagie secondaire nécessitant l'intervention du chirurgien, n'empêchent pas le malade de demeurer apyrétique.

Pour les 14 autres faits, j'admets volontiers que l'absence d'indications relatives à la fièvre annonce que celle-ci s'est montrée, comme dans les cas ordinaires d'amputation traités par les anciennes méthodes, avec une intensité modérée, mais pendant un certain nombre de jours. Ce compromis s'appliquera aux statistiques qui vont suivre.

Après *Thiersch*, *Nussbaum*: celui-ci nous offre 7 observations sur 10, avec indication de la marche de la température.

4 fois il n'y eut pas de fièvre (2 amputations

du pied, 1 désarticulation de l'épaule, 1 amputation traumatique d'avant-bras). 2 fois la fièvre est notée comme très légère: (1 amputation traumatique de jambe, 1 amputation de cuisse). 1 fois seulement, la fièvre fut intense et dura 29 jours; mais il s'agissait d'un malade amputé de cuisse en pleine période d'accidents inflammatoires.

Dans la statistique d'*Esmarch*, je ne rencontre que 9 observations avec renseignements sur la fièvre. 7 malades en demeurèrent absolument exempts. Il s'agissait 3 fois d'une amputation de la cuisse, 2 fois d'une amputation de la jambe — l'opération avait, dans un cas, été faite pour traumatisme, — 1 fois d'une amputation du pied, 1 fois d'une désarticulation de la main: 2 amputés de cuisse présentèrent des accidents de fièvre intense ou au moins durable, mais un de ces malades avait arraché plusieurs fois son pansement et mis le moignon à nu.

De tous les chirurgiens qui ont publié leur journal clinique, *Linkhart* s'est le plus attaché à donner rigoureusement les indications thermométriques. 25 observations, sur 30, en contiennent de détaillées; même son compte rendu se termine par l'exposé de quelques tracés.

10 observations, soit le tiers du chiffre total des amputations guéries, portent la mention de: « Marche afebrile. »

Ce sont: 3 amputations de cuisse, 3 amputations de jambe, 3 désarticulations traumatiques de la main, 1 amputation du bras.

La fièvre fut modérée ou passagère dans 11 faits, dont 3 amputations de cuisse, 2 amputations de jambe, 1 désarticulation de l'épaule, 2 amputations de bras, 2 amputations d'avant-bras, 1 désarticulation de la main.

Restent 4 faits (2 amputations de cuisse, 1 désarticulation traumatique de l'épaule, 1 amputation du bras) où la fièvre fut intense et persista un certain nombre de jours.

Avec *Küster* se rouvre la série des statistiques incomplètes. 3 observations seulement mentionnent l'état de la température, qui demeura normale et sans exacerbation fébrile. Ce sont: 1 amputation du pied, 1 amputation traumatique de jambe, 1 amputation de cuisse.

Des observations de *M. Jules Bœckel*, vingt seulement me sont connues dans leurs détails. Dans un cas (amputation de cuisse), la fièvre fut nulle; 9 fois les accidents fébriles furent modérés (5 amputations de cuisse, 3 amputations de jambe, 1 amputation traumatique de jambe).

Pour les faits de *Bardenheuer*, je ne considère que les années 1875 et 1876, à cause de l'absence

de détails pour les deux autres; 7 seulement sont accompagnés d'indications thermométriques.

3 fois il n'y eut aucune fièvre (1 amputation de cuisse, 1 de jambe, 1 amputation de Syme).

La fièvre fut modérée dans 2 amputations de cuisse. Les deux faits où la fièvre prit de l'intensité sont une désarticulation tibio-tarsienne et une amputation du bras.

Arrive, enfin, cette statistique de *Socin*, si importante par le nombre et le détail des faits. Cependant, ici encore, les indications thermométriques ont été négligées: les comptes rendus résumant la pratique de ce chirurgien de 1875 à 1881 fournissent seulement 48 observations où soit notée la marche de la température. Sur ce nombre, 34 fois, il y eut absence totale de fièvre; 7 fois, la fièvre a été légère; elle a eu une certaine intensité ou une durée anormale dans 7 faits.

J'emprunte à *M. Burckhardt* le tableau suivant, qui donne, pour ce même hôpital de Bâle, pendant la période allant de 1871 à 1880, la proportion des cas d'apyrexie et des cas de fièvre dans les amputations des différents segments de membre. *M. Burckhardt* a établi trois catégories, suivant que la température est restée au dessous de 37.9 (apyrexie); qu'elle n'a pas dépassé 38.5 (fièvre légère); qu'elle s'est élevée au-dessus de 38.5 (fièvre forte.)

	Apryrexie.	Fièvre légère.	Fièvre forte.
	p. 100	p. 100	p. 100
Cuisse.....	61.3	12.9	25.8
Jambe.....	68.6	2.8	28.6
Pied.....	54.5	4.5	40.9
Bras.....	43.7	12.5	43.7
Avant-bras....	77.7	11.1	11.1
Main.....	33.3	33.3	33.3

La statistique de *M. Burckhardt* offre le très grand avantage de permettre une comparaison entre la méthode antiseptique et les méthodes ordinaires de pansement. En effet, *M. Burckhardt* a fait, pour la période comprise entre 1861 et 1870, le relevé des données thermométriques, et il est arrivé au résultat qui suit :

	Apryrexie.	Fièvre légère.	Fièvre forte.
	p. 100	p. 100	p. 100
Cuisse.....	»	25.0	75.0
Jambe.....	12.5	»	87.5
Pied.....	»	»	100.0
Bras.....	50.0	»	50.0
Avant-bras....	25.0	»	75.0
Main.....	»	»	100.0

Par ces deux tableaux, on voit combien grande est la différence en faveur de la première pé-

riode 1870-1880, c'est-à-dire de celle où a été mise en usage la méthode antiseptique. En considérant l'ensemble des faits pour les deux époques, on arrive au résultat suivant :

	Apréxie.	Fièvre légère.	Fièvre forte.
	p. 100	p. 100	p. 100
1861-1870.....	11.1	3.7	85.2
1871-1880.....	59.6	9.2	31.1

Avec la méthode antiseptique, les faits d'apyrexie sont *cinq fois plus nombreux* qu'avec les méthodes ordinaires du pansement.

Récapitulons l'ensemble de ces faits et établissons la proportion numérique de leurs différentes catégories. Cette proportion doit être faite à un double point de vue : par rapport au chiffre des seules observations fournissant quelques indications thermométriques, et aussi par rapport au chiffre total. On n'a pas oublié que j'ai admis, pour les observations où l'état de la température n'est pas mentionné, que la fièvre avait dû être ordinaire.

Ainsi étudiées, les statistiques précédentes permettent de dresser le tableau suivant :

CHIRURGIENS.	CHIFFRE TOTAL DES FAITS.	FAITS AVEC INDICATIONS THERMOMÉTRIQUES.			
		APYREXIE.	FIÈVRE LÉGÈRE.	FIÈVRE FORTE.	
Volkman.....	27	21	1	12	8
Thiersch.....	20	6	6	»	»
Nussbaum.....	10	7	4	2	1
Esmarch.....	27	9	7	»	2
Linhart.....	30	25	10	11	4
Küster.....	10	3	3	»	»
Böckel.....	20	16	2	8	2
Bardenheuer.....	55	7	3	2	2
Socin.....	106	48	34	7	7
	305	135	70	42	24

La proportion est :

1° Sur les faits avec données thermométriques :

Pour les cas d'apyrexie totale....	51.8 p. 100.
— de fièvre légère.....	31.1 —
— — forte.....	17.7 —

2° Sur le chiffre total des faits, en admettant l'hypothèse que j'ai émise et qui a uniquement pour cause le désir de me défendre contre l'accusation de conclusion précipitée :

Pour les cas d'apyrexie totale.... 22.8 p. 100.

Je laisse de côté les deux autres catégories parce qu'il serait trop difficile de légitimer une distinction des faits appartenant à chacune d'elles.

En résumé, avec la méthode antiseptique :

1° La mortalité des amputations considérée indépendamment de la lésion qui provoque l'intervention du chirurgien est de 18 p. 100, l'avantage sur les méthodes anciennes est de 14. 4 pour cent ;

2° La mortalité des amputations traumatiques est de 28,8 p. 100 ce qui constitue un avantage de 10,3 p. 100 ;

3° La mortalité des amputations pathologiques est de 14,7 p. 100, ce qui donne un avantage de 15,7 p. 100 ;

4° Les accidents infectieux (pyoémie et septicémie) pris en bloc entraînent une mortalité formant 4,3 p. 100. de l'ensemble des faits — soit un avantage de 6,5 p. 100, — et 23,9 p. 100, de la mortalité totale, soit un avantage de 11,2 p. 100.

5° Les accidents infectieux, imputables exclusivement à l'opération (à ne considérer que les faits où la méthode a été appliquée avec une certaine exactitude), entraînent une mortalité formant 1,2 p. 100, de l'ensemble des faits — soit un avantage de 8,4 p. 100, — et 8 p. 100, des morts, soit un avantage de 26,2 p. 100.

6° La réunion immédiate est obtenue dans 48 p. 100 des faits ;

7° L'apyrexie totale a été observée dans la moitié des cas fournissant des indications thermométriques, et dans un cinquième de l'ensemble des faits.

## CHIRURGIE PLASTIQUE AUTOPLASTIE ET GREFFE CUTANÉE

PAR CHRISTOPHER JOHNSTON, M. D.,

Professeur émérite de Chirurgie à l'Université de Baltimore, Maryland (1).

### Définition. — Synonymie.

La chirurgie plastique (de *πλάσσειν*, former) est réputée remonter à une haute antiquité. Dans les temps les plus reculés, comme de nos jours, on y recourait pour réparer, pallier ou cacher les lésions ou les désordres causés par la maladie, aussi bien que pour masquer les difformités produites soit par l'exécution de jugements, soit par les malformations naturelles, soit par les accidents résultant de luttes entre particuliers ou entre nations.

La branche de la chirurgie plastique qui a pour objet la réparation du nez détruit a très probablement existé la première, si l'on s'en rapporte à ce que nous connaissons de la chirurgie de l'Inde et de l'Égypte. Mais, pendant que les subdivisions de l'art réparateur vont se multipliant, en même temps que deviennent plus nombreux les organes ou les parties du corps que le chirurgien cherche à reconstituer, les principes qui gouvernent l'autoplastie ne varient pas.

Les synonymes sont nombreux pour désigner ce département de la chirurgie ; ainsi : *Chirurgica plastica* ; *Morioplastice* (angl.) de *μόριον*, une partie, et *πλαστικός*, forme ; *Transplantation* ; *Chirurgie anaplastique* et *autoplastique*, noms préférés par Velpeau et Blandin et dérivés du grec,

(1) Traduit par le D<sup>r</sup> Albert Picard.

l'un de *ἀνά*, de nouveau, et *πλάσσειν*, former, c'est-à-dire façonner à nouveau ; l'autre de *αὐτός*, soi-même, *πλάσσειν*, former, faire de sa propre substance (self-creation, Gross). De là *autoplastie*, *anaplastie*, et *chirurgie plastique*, ou branche de la chirurgie s'occupant uniquement de réparer ou former à nouveau.

Parmi tous ces noms, je reviens à celui de *transplantation*, qui signifie ablation complète et implantation dans une nouvelle place, pour bien montrer que depuis longtemps déjà on avait effectué la transplantation de parties assez volumineuses, la réapplication, faite avec succès, d'un morceau de peau ou d'organe détaché accidentellement, enfin la transfusion du sang, tous exemples d'une séparation complète suivie de réunion, et même, pour le sang, de soustraction d'un organisme suivi du passage dans le système circulatoire d'un autre organisme. C'est encore le même but que poursuivait Roux, mais d'une façon détournée, dans son opération appelée : *Autoplastie par migrations successives du lambeau*.

Je voudrais rapprocher de ces exemples l'opération plus récente de Reverdin connue sous le nom de *greffe cutanée*, dans laquelle des portions très minimes de la peau, ou même quelques éléments épithéliaux séparés du derme, sont implantés ou *greffés* sur la surface d'un ulcère ou d'une brûlure trop lente à se cicatriser. L'adhérence a lieu rapidement et un travail de prolifération cellulaire se produit autour de la