

partie transplantée, soit qu'elle ait été empruntée au patient ou à tout autre individu, soit qu'elle porte beaucoup de pigment ou non. La transplantation de l'éperon du coq, de la patte à la crête, est un exemple familier de cette façon de procéder; de même encore le lambeau mobile de Roux. Mais, dans ces cas, des adhérences

vitales sont la dernière phase du phénomène. Au contraire, dans la greffe pratiquée par Reverdin et ses imitateurs, le germe emprunté est très minime pour chaque point; en revanche, il devient le centre d'une formation cellulaire qui s'étend lentement mais sûrement, et finit par recouvrir toute la surface ulcérée.

## AUTOPLASTIE

### Historique.

Sans pouvoir fixer une date certaine aux premiers débuts de la chirurgie autoplastique, nous pouvons être sûrs que ses secours bienfaisants ont dû suivre de près les abus barbares du pouvoir et les vengeances cruelles qu'on voyait aux époques primitives de l'histoire du monde, surtout dans l'Inde, où l'on mutilait les coupables en leur coupant le nez et les oreilles.

Dans l'ancienne Égypte, la rhinoplastie était de même connue et pratiquée, d'après Galien; et on peut l'en croire si nous acceptons le témoignage du papyrus d'Ebers (le livre hermétique de médecine des anciens Égyptiens, dans l'ouvrage hiératique), d'un auteur inconnu. En passant il est intéressant d'observer que, dans le *livre secret des médecins*, on parle de la science des pulsations du cœur et la connaissance du cœur comme enseignées par le médecin prêtre Nebsect. Ebers pense que ce papyrus est une compilation faite par le collège des prêtres, à Thèbes; il assigne à cet écrit la date du milieu du seizième siècle, ou plus exactement l'année 1552 avant J.-C. Cette date, d'après l'opinion commune, est antérieure au départ des Hébreux, et, en suivant la chronologie généralement acceptée, Moïse, en cette année 1552, avait 21 ans (1). Le même auteur, le professeur Ebers, d'Iéna, dans un ouvrage original intitulé *Ouarda*, dont toutes les assertions, affirme-t-il, sont basées sur de sérieuses autorités, fournit la preuve du haut degré d'avancement de la médecine sous le règne de Rhamsès II, et fait allusion à la division de cette science en vingt-deux spécialités analogues à celles qui sont acceptées et pratiquées de nos jours; il met aussi en lumière la perfection avec laquelle était étudiée et pratiquée la science médicale par les prêtres médecins, au grand siècle de l'histoire égyptienne.

(1) Charles Rice, in *New-York Daily Tribune*, nov. 9, 1875.

L'Hippocrate latin, Celse (1), qui vécut environ cent cinquante ans avant Galien, sous les règnes d'Auguste, de Tibère et de Caligula, parle de la reconstitution des oreilles, du nez et des lèvres à l'aide d'un emprunt fait à la peau du voisinage, et aussi de la réparation du prépuce.

Galien dit peu de chose du traitement des mutilations, et Paul d'Égine, ainsi que d'autres auteurs, ne font que le copier.

Antyllus mentionne le coloboma et le moyen d'y remédier.

Malgaigne (2) parle d'une famille italienne, du nom de Branca, qui faisait usage pendant le moyen âge d'une méthode de restaurer le nez, et qui avait inventé elle-même de nouveaux procédés.

En l'année 1597, à une époque où la science recevait une nouvelle impulsion, dans un très remarquable et savant ouvrage (3), Gaspar Taliacotius ou Tagliacozzi citait minutieusement les opérations destinées à réparer ou refaire les lèvres et les oreilles mutilées, puis il décrivait tout spécialement sa méthode originale pour la reconstitution du nez; il prenait le lambeau sur le bras, et cette opération est restée connue sous le nom de *Taliacotienne* ou *italienne*, par opposition à la méthode *indienne* ou *orientale*, qui emprunte le lambeau au front, à la joue ou même au nez lui-même.

L'opération indienne fut pratiquée pour la première fois à Londres par Carpue (4), en 1814, puis ensuite en Allemagne par Dieffenbach (5).

(1) Celse, *De re medica*. Editio nova, cur. Fouquier et Ratier, lib. VII, cap. III, sec. 4. Paris, 1823.

(2) Malgaigne, *Introduction aux Œuvres* d'A. Paré. Paris, 1840, t. I.

(3) Taliacotius, *De Curtorum chirurgia per insitionem*, en 2 volumes, Venetiis, 1597, in-folio. Nova editio edidit Troschel. Berolini, 1831, in-8.

(4) Carpue, *Account of two success full operations for restoring a lost nose*. London, 1816.

(5) Dieffenbach, *Chirurgische Ertrungen besonders*

Vers 1830, ce dernier auteur donna un grand développement à cette méthode, sur laquelle il attira l'attention par la publication de ses expériences et de ses procédés perfectionnés.

Plus tard, en France, Delpech (1), Blandin (2), Jobert (de Lamballe) (3), Serres (4), Roux, Sédillot (5), Alph. Guérin (6), Denucé (7) et Verneuil;

En Allemagne, Zeiss (8), Von Ammon, Hoffacher, Baumgarten, Langenbeck et Schuh;

En Angleterre, Liston, Pollock et Spencer Wells;

En Belgique, Burggraeve et Verhaege, se consacèrent à l'étude et à la pratique de cette opération. J.-B. Marinus (9) a publié de remarquables cas d'autoplastie; il cite Reissinger (10) comme le premier chirurgien qui ait proposé de remplacer la cornée opaque de l'œil humain en empruntant celle translucide d'un animal (cette opération a, depuis quelques années, été pratiquée avec succès dans nombre de cas). Il cite encore Maesner, et Dieffenbach, qui tentèrent la *kératoplastie* sur des animaux; mais leurs expériences les amenèrent à cette conclusion que, puisque la cornée sectionnée, mais gardant encore un point d'attache, ne pouvait se réunir, sa transplantation d'un œil à un autre offrait

*uber die Waderherstellung zersterter theile des menschlichen Korper*. Berlin, 1829-1834, 2 vol. et atlas.

(1) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*. Montpellier, 1825, t. II.

(2) Blandin, *Restauration des fosses nasales* (*Bull. de l'Acad. de méd.*). Paris, 1839-1840, t. IV, p. 558. — *De l'autoplastie ou Restauration des parties du corps qui ont été détruites, à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties*. Thèse de concours, Paris, 1836.

(3) Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, 2 vol. et atlas in-folio de 18 pl. coloriées. — *De la réunion en chirurgie*. Paris, 1864.

(4) Serres, *Traité de la réunion médiate*. Paris, 1830. — *Traité sur l'art de restaurer la face*. 1862, in-8 et atlas.

(5) Sédillot, *Rhinoplastie* (*Annales de la chirurgie française*). Paris, 1844, t. XII, p. 291. — *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*. 4<sup>e</sup> édition. Paris, 1870, t. II, p. 286.

(6) Alph. Guérin, *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, article *Autoplastie*.

(7) Denucé, *Considérations sur l'autoplastie* (*Arch. gén. de méd.*, 1855, 3<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 97).

(8) Zeiss, *Handbuch der plastischen Chirurgie*. Berlin, 1838.

(9) Marinus, *Considérations sur l'hétéroplastie ou l'autoplastie par transplantation hétérogène*. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1843).

(10) Reissinger, *Baier'sche Annalen*, 1824, Bd. I, Stück I, S. 209-215.

encore moins de chances de succès. Et pourtant, d'un autre côté, Marinus affirme que, dans l'Inde, la croyance à la réunion possible du nez complètement coupé est si bien établie, que l'exécuteur a l'ordre de jeter cet organe dans le feu, afin d'empêcher toute réapplication.

En Amérique, l'autoplastie a été très cultivée et pratiquée avec de sérieux succès. Aux États-Unis, J.-M. Warren, Pancoast, Mütter, Gurdon, Buck et autres, soit par leurs écrits, soit par leur pratique, se sont fait une haute réputation, et ont bien mérité du public et de la chirurgie. En passant en revue la copieuse bibliographie de l'autoplastie, je crois juste de donner le premier rang aux chirurgiens américains; leurs ingénieuses et heureuses opérations, leurs ouvrages pratiques et leurs observations ont établi leur renommée sur une base sérieuse et durable.

Les opérations et très remarquables observations du professeur Joseph Pancoast sont des guides et des modèles pour le chirurgien, et les ouvrages ainsi que la pratique de Mütter sont des monuments élevés à cette branche de la chirurgie. Cependant, nous regarderions cet article comme incomplet, si nous ne citions le professeur Gilbert (1), qui compte parmi ses cas heureux la reconstitution de deux nez par la méthode indienne; le Dr Gurdon Buck (2), avec ses restaurations si heureuses; le Dr Detmold (3), auquel le public et les médecins sont si redevables.

### Lésions rémédiables par l'autoplastie.

« Dans le langage chirurgical, dit Verneuil (4), le mot *autoplastie* indique la réparation d'un organe dont la forme est altérée, à l'aide d'un emprunt tiré du sujet lui-même et fait aux dépens des parties saines voisines ou éloignées du point lésé. » « Cette méthode remédie aux difformités par défaut ou perte de substance, » et à celles produites par excès. « Les opérations qu'elle comprend sont donc des *anaplasties par autoplastie*; ce dernier terme devrait être exclusivement attribué aux cas doublement caractérisés par un défaut de substance comme lésion, et par un emprunt organique autogène comme

(1) Gilbert, *Med. Examiner*, new series, vol. VIII, Philadelphie, 1851.

(2) Buck, *Bulletin of the New-York Academy of medicine*, vol. III et ailleurs.

(3) Detmold, *Bulletin of the New-York Academy of medicine*, vol. III. Article *Plastic Surgery*.

(4) Verneuil, *Dict. encycl. des sciences médicales*, art. *Autoplastie*, Paris, 1867, p. 360, vol. VII.

opération. Ce double caractère sert : 1° à établir les différences entre la méthode en question et les autres méthodes anaplastiques ; 2° à distinguer l'autoplastie proprement dite de l'hétéroplastie, qui emprunte la substance à un organisme étranger, et de la *prothèse*, qui remplace les parties perdues par des pièces artificielles construites avec des matériaux inorganiques. »

Il est évident que la chirurgie autoplastique s'adresse aux lésions résultant de difformités naturelles ou de l'absence de certains organes, aux atrophies qui suivent la naissance, aux pertes de substance, qu'elles viennent à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie. Il est tout aussi clair que des causes très différentes peuvent amener le même résultat, la difformité ; ainsi le cas est le même pour un os excisé ou absent dès la naissance ; pour un organe ou un muscle détruits et mutilés ou atrophiés par suite de la lésion de leur nerf principal ; pour les pertes de substance de l'enveloppe cutanée, soit par traumatisme, soit par maladie. Il est regrettable que pour nombre de difformités, comme les arrêts de développement ou l'absence totale d'une partie du corps, la situation soit irremédiable. Dans quelques cas, cependant, l'autoplastie peut par elle-même apporter un soulagement. Dans d'autres, l'art réparateur demande le secours d'appareils artificiels dont la chirurgie éclairée ne peut se passer.

Et ici, avant d'aller plus loin, je voudrais appeler l'attention sur la nécessité d'un diagnostic exact, aussi bien pour connaître et déterminer positivement la cause de la lésion, que pour vérifier l'état actuel de la partie ou de l'organe.

Quelle que soit, en matière chirurgicale, l'utilité d'un diagnostic précis, comme premier pas dans une opération bien conduite, il n'y a point de branche de l'art qui exige autant que l'autoplastie une appréciation exacte des causes et des conséquences d'une difformité, pour arriver à une bonne pratique et à des résultats avantageux.

Ainsi le domaine de l'autoplastie est celui des difformités congénitales ou acquises. On compte parmi les premières les atrophies, arrêts de développement ou mutilations intra-utérines, dont quelques-unes peuvent comprendre un membre tout entier. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire (1), a remarqué que les anomalies congé-

(1) Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de organisation, ou Traité de Tératologie*, Paris, 1832-1836.

nitales se rencontrent le plus souvent à la périphérie du corps.

« Les chirurgiens, dit Verneuil, pourraient faire la même remarque. L'arrêt de développement, l'atrophie ou la mutilation des parties centrales compromet la vie beaucoup plus sûrement, en effet, que les mêmes lésions intéressant les membres, les appendices ou replis tégumentaires, nez, lèvres, pénis, pavillon de l'oreille, etc. » Verneuil fait ensuite des remarques sur les difformités, au point de vue de leur traitement par l'autoplastie, qui méritent d'être rapportées ici, ainsi que sa classification des lésions auxquelles cette branche de l'art a été le plus heureusement appliquée.

« Les difformités par défaut, compatibles avec la vie, peuvent être classées en trois catégories, en se plaçant au point de vue de leur curabilité radicale.

« 1° Les unes sont absolument incurables. Par exemple, l'absence totale ou partielle d'un membre, d'un os, d'un muscle ; l'atrophie prononcée à un degré extrême ; les pertes de substance trop profondes ou même superficielles, mais très étendues, sont autant de cas où l'autoplastie n'a rien à faire.

« 2° Les cas dans lesquels l'autoplastie n'arrive qu'à masquer, pallier et atténuer la déformation sans parvenir à restaurer à la fois la forme et la fonction. Dans ces circonstances, quelle que soit la perte de substance, on ne peut la réparer par un emprunt fait à l'individu.

« 3° Enfin, la dernière catégorie comprend les cas où la perte de substance, peu étendue, n'atteint que des organes membraneux. Toutefois, dans ces cas même, l'emprunt n'est pas toujours indispensable, et l'on peut parfois réparer la difformité sans recourir à l'autoplastie. Par exemple, une fistule vésico-vaginale du bas-fond de la vessie dont les lèvres peuvent être réunies.....

« Mais il en est tout autrement si la perte de substance est grande, si la peau est naturellement adhérente aux parties sous-jacentes, si elle a perdu sa souplesse, sa mobilité, son extensibilité par suite d'un travail pathologique. Ici l'autoplastie devient une nécessité. »

Maintenant il faudrait présenter un tableau général des lésions auxquelles l'autoplastie a apporté un remède plus ou moins heureux ; mais, trouvant cette énumération faite par Verneuil, nous n'hésitons pas à recourir encore à l'admirable article que nous avons déjà cité.

« 1° Les perforations et fistules, qui font com-

muniqueur une cavité, un réservoir, un conduit muqueux, soit avec un organe muqueux voisin, soit avec la surface extérieure du corps.

« 2° Les mutilations totales ou partielles des appendices saillants, des replis cutanés ou des voiles membraneux qui circonscrivent les orifices naturels.

« 3° Les pertes de substance superficielles, ne pénétrant pas dans les cavités, se bornant à détruire une étendue plus ou moins considérable de peau ou de muqueuse dans une seule région, ou au point de jonction de deux régions voisines (commissures). »

Et ensuite, « les difformités qui nous occupent se présentent dans trois conditions différentes :

« 1° Sans tendance à la réparation naturelle ;

« 2° Avant tout travail de réparation naturelle.

Plaies succédant à un traumatisme quelconque, à l'extirpation d'une tumeur.

« 3° Après la réparation naturelle, cicatrices, brides, etc. »

Il est évident que, dans ce vaste champ d'action vaguement défini dans les pages précédentes, la variété des occasions d'intervenir est infinie, et les causes très différentes ; on peut citer principalement les difformités congénitales, les arrêts ou absences de développement, le traumatisme *in utero* ou les suites d'une opération chirurgicale malheureuse ; les lésions de toute espèce ; les brûlures ; les complications des maladies, pour ce qui regarde l'enveloppe extérieure ; les pertes de substance qu'elles produisent avec leurs conséquences, cicatrices vicieuses, difformes ; la gangrène ; tous les désordres produits ou provoqués par les blessures, quelle que soit leur origine. Il est tout aussi clair que, dans ces luttes contre des lésions anormales, on doit recourir à toutes les ressources de l'autoplastie tout en se servant des appareils ou supports artificiels. Et non seulement l'autoplastie s'attaque aux organes où la maladie a fait son œuvre, mais, comme dans les ulcères chroniques qui succèdent aux brûlures, l'hétéroplastie, avec ses lambeaux ou germes minuscules, emploie la greffe cutanée, et force la cicatrisation au centre même d'une plaie rebelle.

L'hétéroplastie, par ses emprunts à un autre organisme, est aussi l'origine de la *transfusion du sang*. Dans cette opération, le sang d'un homme ou d'un animal est introduit dans les veines du patient qui a subi une perte abondante de ce *père nourricier de tous les tissus*. Ce courant sauveur le ramène à la vie (1).

(1) Voy. *Petite chirurgie*, in *Encyclopédie*, t. II, p. 64. Encycl. de chirurgie.

Bien plus, des injections intra-veineuses de *lait* ont donné des succès au professeur T. Gailard Thomas et à d'autres, dans les cas d'hémorragies post-puerpérales très abondantes (1).

#### Principes généraux à suivre dans les opérations autoplastiques.

Quand toutes les conditions requises se trouvent réunies pour réclamer une autoplastie, il ne faut laisser dans l'oubli aucun des principes qui régissent cette branche de l'art.

Ils ne sont pas nombreux, mais, dans beaucoup de circonstances difficiles, leur application réclame un jugement très sûr, surtout lorsque l'opération ne peut être renouvelée.

Par exemple, dans un cas confié aux soins de l'auteur, un bec-de-lièvre double s'étendait, de chaque côté de l'os maxillaire, par une fissure profonde qui intéressait les orbites ; la lèvre, les joues, les paupières étaient divisées, et dans chaque œil existait un coloboma de l'iris. Dans cette circonstance, ou d'autres analogues, une erreur de jugement, en employant mal à propos trop de la substance marginale, compromettrait non seulement le résultat actuel, mais le succès futur d'une opération bien conduite par ailleurs. Dans ces cas difficiles, où un arrêt de développement a laissé des espaces vides énormes ou irréguliers, où la maladie, le traumatisme, ont produit des difformités que l'art, avec toutes ses ressources, peut seul guérir, les risques d'un échec sont considérablement amoindris lorsque l'on divise l'opération projetée en un certain nombre d'opérations secondaires ou *séances* ; de la sorte le chirurgien, comme le montagnard des Alpes, ne fait pas un pas en avant sans s'assurer que tout est en sécurité jusque-là. C'est ainsi qu'une première opération, entreprise dans des limites très restreintes, devient la base d'une série d'interventions successives dont les résultats heureux rendent les suivantes de moins en moins douteuses et multiplient les chances d'une guérison terminale.

En comparant les difformités et les lésions, on est amené à les diviser en deux groupes, pour ce qui concerne l'autoplastie.

Le premier comprend toute lésion qu'on peut guérir ou réparer par un simple rapprochement des parties. L'écart peut être grand, il est vrai, mais il n'y a à combattre que la traction, faible et sans antagoniste, exercée par les pro-

(1) Voy. *Petite chirurgie*, in *Encyclopédie*, t. II, p. 69. II. — 32

priétés physiques ou vitales des éléments du voisinage.

Dans le second groupe se rangent les lésions qui réclament un emprunt fait aux parties plus ou moins rapprochées et l'interposition de lambeaux ou morceaux intercalés.

On peut dire qu'il est évident, et la pratique le démontre aussi, que, dans le premier groupe, la fréquence des bons résultats est en rapport avec le faible degré de la tension et avec l'analogie ou l'identité de nature des tissus qu'on réunit et qu'on ramène à leur position normale, ou parfois qu'on va chercher assez loin pour former un pont au-dessus de l'ouverture béante.

Dans le second groupe, on doit apporter la même attention à éviter tout tiraillement ou toute tension des lambeaux, et à tenir compte de l'analogie des tissus dans les parties qui seront juxtaposées.

En outre, il est nécessaire que les lambeaux possèdent un nombre suffisant de vaisseaux sanguins, soit qu'ils restent adhérents par leur base, soit qu'on les détache plus tard lorsque les adhérences nouvelles seront suffisamment solides. Le chirurgien doit aussi songer à ne pas intercaler une peau non pilifère au milieu de parties couvertes de poils; de même il ne doit pas, sous peine d'un effet ridicule, transplanter des lambeaux chevelus au milieu de parties normalement glabres. Une touffe de cheveux au bout du nez donnerait à cet organe une terminaison peu enviable.

Une autre circonstance favorable pour réussir est de garder de justes proportions entre la taille du lambeau et l'étendue de l'espace à recouvrir. Pour cela il faut se souvenir que, dans les cicatrifications, une « autoplastie naturelle » (Verneuil) s'accomplit par l'élasticité du tissu cicatriciel; il est donc nécessaire, suivant les circonstances, de tailler un lambeau plus petit, aussi large ou plus large que l'espace à recouvrir. Un lambeau emprunté à des tissus lâches doit être bien plus large que l'ouverture à obturer. En effet par l'élasticité naturelle de ses éléments, le lambeau détaché se rétrécit beaucoup, et, comme il ne pourra supporter de traction, son exigüité deviendra une cause d'insuccès en rendant toute union impossible entre les bords du lambeau et les lèvres rafraîchies de la solution de continuité et en amenant ou facilitant l'inflammation et la gangrène.

Naturellement, un pareil état de choses conduirait à un échec, puisqu'une perte de substance un peu étendue dans le lambeau, ou sa

destruction totale, exige une réparation bien difficile, si même elle ne rend pas impossible toute tentative nouvelle.

Par conséquent, le chirurgien doit donner des proportions convenables au lambeau, comme dimensions et comme forme, en tenant compte du retrait habituel et d'une atrophie possible même après une réunion parfaite.

Mais, dans ce cas même, il faut ajouter qu'un lambeau d'une épaisseur et d'une largeur suffisante, bien pourvu de vaisseaux, est beaucoup moins exposé à la rétraction que produit une atrophie ultérieure.

#### Classification des opérations autoplastiques.

De tout ce qui précède, on peut conclure que les opérations autoplastiques se rangent en cinq catégories.

Dans la première, le lambeau emprunté au voisinage est amené directement à sa place définitive, et conserve, pour un temps impossible à déterminer, des connections avec la partie originelle par l'intermédiaire d'un pédicule.

La seconde catégorie comprend les cas où le lambeau, arrivant d'un point plus ou moins éloigné, voyage par la méthode des « migrations successives », imaginée par Roux.

Dans la troisième, on range toutes les opérations où le lambeau, unique ou multiple, est taillé dans les parties voisines et est amené à sa place par glissement. On l'attire et on le fait plier jusqu'à ce qu'il occupe la position requise, comme, dans les amputations, on fait recouvrir par un lambeau du périoste la surface de l'os sectionné.

La quatrième catégorie embrasse toutes les opérations par simple rapprochement. C'est ainsi qu'on sectionne la muqueuse, en forme de V, dans l'opération de l'ectropion; ainsi qu'on cherche à obtenir la guérison d'un épithélioma des lèvres; ainsi encore qu'on rafraîchit les lèvres de la fistule vésico-vaginale pour les amener au contact et les maintenir rapprochées en combattant une tension plus ou moins forte. C'est à des faits du même ordre qu'appartiennent certaines méthodes qui cherchent à produire la guérison dans une fracture osseuse non consolidée; dans ces cas, on essaye généralement de raviver les surfaces brisées de l'os et de les maintenir en contact à l'aide de fils d'argent ou de vis du même métal.

Enfin, la cinquième catégorie s'étend à toutes

les réapplications de parties complètement séparées, un nez, une dent, par exemple; les cas de succès dans ce genre de réunion sont assez fréquents pour n'être plus merveilleux.

C'est aussi dans cette catégorie qu'il faut ranger les fameuses greffes épidermiques ou dermo-épidermiques de Reverdin; la greffe par lambeaux plus larges, ou *anaplastie*, de Sée, Ollier et Poncet; la transplantation de parties plus ou moins volumineuses, empruntées à un organisme étranger, homme ou animal, *hétéroplastie*; et, finalement, la transfusion du sang.

#### Règles générales pour les opérations autoplastiques.

Dans la majorité des opérations ou méthodes énumérées, la réunion immédiate ou par première intention des parties mises en contact est le but poursuivi par le chirurgien. Une mortification limitée et de peu d'étendue n'est pas toujours une cause d'insuccès. Mais il faut surveiller avec une attention scrupuleuse l'entourage du patient et le milieu dans lequel il se trouve; il faut adopter après une étude minutieuse et suivre rigoureusement, dans ses plus infimes détails, le plan de l'opération; il faut enfin considérer d'un œil inquiet et vigilant les suites de l'intervention chirurgicale. Tout cela conduit au succès, s'il ne le rend pas certain, et aucun de ces préceptes ne doit être perdu de vue ou négligé si l'on désire un heureux résultat.

Parmi les funestes conséquences qu'amène un dédain peu éclairé pour les détails, on peut mentionner la gangrène produite par la trop faible quantité de sang que reçoit le lambeau. Un pédicule trop étroit ou trop mince; les vaisseaux en petit nombre, ou mal protégés, ou bien encore obturés par une tension et une torsion excessives, sont autant de causes de cette insuffisance.

La façon de pratiquer les sutures, le choix des matériaux, la distance à laquelle on place les fils, peuvent et doivent influencer le mode et la rapidité de l'union entre les parties, et favoriser ou empêcher la réunion par première intention.

C'est là l'explication du succès sur certains

points de la suture, de l'échec et de la suppuration sur certains autres. Lorsqu'on ne tient pas compte du milieu où vit l'opéré, des germes de fièvre ou d'érysipèle que contient l'air, du génie épidémique de cette dernière maladie, non seulement le chirurgien met inutilement en œuvre son habileté opératoire, mais il peut ouvrir une porte à une complication funeste.

Dans ce genre d'opérations, il ne faut pas perdre de vue que la plaie laissée par un emprunt forcé dans une partie saine doit appeler la même attention que le vide qu'on vient de combler dans la partie réparée. Souvent la plaie faite par le chirurgien guérit seule, grâce à l'élasticité du tissu cicatriciel; mais bien fréquemment on doit rapprocher les lèvres de la nouvelle solution de continuité par des emplâtres adhésifs et faciliter ce rapprochement en rompant les connections de la peau ou du tissu cellulaire, en pratiquant des incisions courbes ou rectilignes qui reportent la difformité jusqu'à des parties peu visibles, tout en permettant la réunion immédiate de la perte de substance plus en vue. C'est dans cette intention que l'auteur de cet article, après avoir enlevé, par une incision elliptique, une tumeur mélanique de la partie antérieure de la cuisse, chez un prédicateur méthodiste habitué à voyager à cheval, pratiqua de chaque côté une profonde incision parallèle aux bords de l'ellipse, disséqua les deux lambeaux, et rapprocha les lèvres de la plaie primitive. De la sorte, la réunion eut lieu immédiatement, et les cicatrices latérales purent se former sans supporter aucune pression ou friction de la part des vêtements ou autres objets qui devaient comprimer la partie antérieure de la cuisse.

Mais une perte de substance, lorsqu'elle est peu étendue, ne demande pas toujours un rapprochement de lambeaux et un emprunt de tissus. Ainsi, pour faire disparaître une fistule buccale, l'expérience a prouvé que l'emploi du cautère actuel, ou du thermo-cautère Paquelin, appliqué au rouge sombre et à plusieurs reprises, produisait une contraction cicatricielle suffisante pour fermer un orifice gênant et disgracieux.

#### GREFFE CUTANÉE

Dans la cinquième catégorie, nous avons groupé et associé un ensemble de faits dont le trait de ressemblance consiste dans une sépa-

ration complète entre le corps et les parties détachées, avant que ces dernières soient réappliquées et fixées par l'autoplastie.