

peut être répétée, le chirurgien ne doit pas craindre d'emprunter ses lambeaux à un membre amputé, comme on l'a déjà fait, ou même à un cadavre.

Il me reste à passer en revue les opinions exprimées au sujet des dimensions à donner aux greffes.

Reverdin reste partisan des greffes minuscules avec lesquelles il fit l'essai de son système, et, sur ce point, il est d'accord avec M. Pollock.

Ollier, en 1872, dit qu'il est préférable d'employer, à la place des greffes, de petits lambeaux de 2, 3, ou 4 millimètres carrés, « suivant la pratique de M. Reverdin. » Plus loin, Ollier fait allusion à l'emploi heureux qu'il a pu faire des greffes de 4, 6 ou 8 centimètres carrés, comprenant l'épaisseur entière du derme, comme constituant « une véritable autoplastie. » Il ajoute que le succès ne peut être amené que par l'immobilité des parties, et, pour la procurer, il vante l'appareil silicaté. Il commença par employer les greffes épidermiques, puis dermo-épidermiques de 1 ou 2 centimètres de diamètre, enfin les lambeaux de peau unie au tissu cellulaire, tout cela chez le même blessé, pour amener la cicatrisation d'une brûlure étendue. Il fit la remarque que, après quatre, cinq ou six jours, l'épiderme tomba et laissa la greffe à nu, comme à la suite d'une vésication. Il conclut de là que « peut-être les greffes nommées épidermiques, ne réussissent que lorsqu'elles contiennent une lamelle du derme. » Assurément ces procédés donnèrent des succès, puisque Poncet donne un compte rendu « de la présentation d'un malade porteur d'une autoplastie par greffe cutanée faite par Ollier, un an avant. »

En Amérique, en 1872, le Dr M. Donnelly se fit l'avocat de la même cause, en employant des greffes larges d'un quart de pouce, et en les préférant aux lambeaux moindres. Il déclare que le lieu où l'on prend le lambeau est indifférent, pourvu que ce soit une place peu sujette aux déplacements, comme le point d'insertion du deltoïde.

#### Conclusions.

Nous pouvons résumer ainsi qu'il suit nos connaissances actuelles sur la greffe cutanée :

I. Cette méthode procure une facilité merveilleuse pour accélérer la cicatrisation.

II. La pellicule cicatricielle formée grâce à elle est moins disposée à la rétraction et se rétracte moins qu'une cicatrice ordinaire.

III. La couche profonde de l'épiderme est la partie essentielle de la greffe.

IV. La cicatrice, en se développant, se forme aux dépens des éléments embryonnaires des bourgeons charnus, stimulés dans leur transformation par la présence des cellules vivantes de la greffe.

V. Ce stimulus, dont l'énergie se manifeste d'abord au pourtour des îlots de nouvelle formation, finit par déterminer une activité semblable sur les bords, jusque-là rebelles, de l'ulcération.

VI. Les greffes conservent leur vitalité et peuvent être utilisées longtemps après leur séparation du corps.

VII. Les greffes peu étendues, du volume d'un grain de millet, par exemple, sont, en général, préférables aux autres. Cependant des lambeaux plus larges, d'un quart de pouce carré (Donnelly), ou de 8 centimètres carrés (Ollier), ont trouvé des partisans et donné des succès.

VIII. Les greffes doivent être, autant que possible, prises sur le sujet lui-même. En tout cas, le danger d'une inoculation de maladie spécifique doit être présent à l'esprit du chirurgien qui transporte une greffe d'un individu à un autre, ou qui pratique l'hétéroplastie.

IX. Les greffes empruntées à des personnes âgées adhèrent moins facilement que les autres ; elles peuvent même échouer complètement.

X. Les greffes empruntées à des hommes d'une race quelconque peuvent réussir chez des personnes de race différente. Les greffes animales elles-mêmes peuvent être transplantées et provoquer la cicatrisation chez l'homme.

XI. Des ulcères ou gangréneux, ou existant chez des personnes malades, ne se prêtent pas au greffage. Mais en rendant plus favorable l'état de santé, et en améliorant l'aspect des bourgeons charnus, on peut rendre probable le succès de la greffe.

XII. Enfin, les bons effets de la greffe cutanée sont supérieurs à ses désavantages. Ces derniers consistent dans la douleur qui suit l'opération, et, à moins que la greffe ne soit prise sur un membre amputé, dans la plaie douloureuse laissée au point d'emprunt de la greffe, qu'il s'agisse d'autoplastie ou d'hétéroplastie.

L'auteur remercie le chirurgien J.-S. Billings pour l'obligeance qu'il a eue en faisant les recherches historiques. Il remercie aussi les employés de la bibliothèque du *Surgeon general's office*, pour l'aide précieuse qu'ils lui ont donnée.

## IV

# MALADIES CHIRURGICALES

## COMMUNES AUX DIVERS TISSUS ORGANIQUES