

nouveau. Ce que nous avons dit de Galien, ce que nous pourrions ajouter de Celse et de Paul d'Égine, ne laisse aucun doute à cet égard. Mais la restauration du nez ne devait être qu'un jalon pour les chirurgiens; aussi appliqua-t-on les procédés autoplastiques à d'autres parties du corps pour la guérison de difformités ou d'infirmités qui succédaient à divers maladies. Ces progrès furent lents, et une longue suite de siècles s'écoula avant que ces perfectionnements fussent introduits.

L'impulsion une fois donnée, les opérations se succédèrent avec rapidité, et plus d'un succès vint récompenser les efforts persévérants de la chirurgie moderne.

Sir Astley Cooper, dans un cas de fistule urinaire, entretenue par une large perte de substance de l'urètre, et qui avait résisté aux sondes à demeure, à la cautérisation, etc., circoncrivit une portion de peau du scrotum, disséqua le lambeau, le retourna de telle sorte, que sa face inférieure se trouva appliquée contre la plaie fistuleuse; les bords de la fistule étant rafraîchis, et ceux du lambeau étant en contact avec eux, il les assujettit à l'aide de la suture; la guérison eut lieu. (*Surgical essays*, vol. 2, p. 221.)

M. Earle (*Transactions philosophiques*) rapporte une observation semblable. Il pratiqua cette opération pour une fistule urinaire, suite d'une gangrène produite par une violence extérieure, et qui avait détruit une grande portion de la peau du périnée, et à peu près un pouce de l'urètre. Le malade fut parfaitement guéri.

Mais c'est surtout au visage que le génie chirurgical s'exerce à corriger les difformités. Les opérations qu'on entreprend dans ce but ne sont cependant pas destinées toujours à satisfaire la coquetterie des malades; elles sont souvent indispensables pour empêcher les accidents fort graves qui résultent de ces difformités; tel est, par exemple, l'écoulement involontaire et continu de la salive, qui peut déterminer l'épuisement des malades.

La peau de la face et de la tête semble, plus que dans toute autre partie du corps, favorablement disposée pour

l'exécution et le succès de ce genre d'opération; elle y est très vivante, très souple, très extensible; des nerfs volumineux et nombreux s'y distribuent, de grosses artères s'y rencontrent et se confondent avec son tissu. Cette dernière disposition est fort importante à noter à la face. En effet, elle n'a pas lieu dans les autres points de la peau destinée à recouvrir les autres cavités et les membres. Les artères un peu volumineuses ne se rendent pas dans l'épaisseur même de la peau; elles se trouvent dans le tissu cellulaire sous-jacent et dans les parties environnantes. De là le danger, connu des chirurgiens, d'isoler, de détacher la peau de ces régions des parties sous-jacentes. Dans ce cas, les vaisseaux nourriciers sont détruits, la portion de peau détachée est obligée de puiser ses matériaux de nutrition dans les points de peau voisine, elle ne les reçoit que par des canaux étroits, détournés, et souvent se gangrène. A la face, au contraire, de grosses artères se trouvant dans ce tissu même de la peau, on peut la détacher des parties sous-jacentes, la transporter d'un point à un autre sans avoir la crainte de la priver de ses matériaux de nutrition. La peau de la portion supérieure du cou participe beaucoup de la nature de celle de la face, et est d'un grand avantage dans les opérations de ce genre.

M. Dupuytren vient tout nouvellement de faire une opération de cette nature à l'Hôtel-Dieu. Nous la donnons ici dans tous ses détails.

OBS. II. — *Restauration de l'aile droite du nez.* — Dans l'un des derniers combats que l'héroïque Pologne soutint contre les armées russes, M. J..., major polonais, âgé de trente-sept ans, reçut un coup de sabre qui lui détacha une grande partie de l'aile droite du nez. Obligé de battre en retraite pour se réfugier en Prusse, M. J... ne put recevoir les soins qu'exigeait sa blessure, ce qui donna lieu à une inflammation qui se termina par la gangrène de l'aile du nez. La difformité qui s'ensuivit, outre l'incommodité qu'elle dut causer au blessé, donna un aspect repoussant à sa figure qui était naturellement belle et régulière. M. J..., ne pouvant se résoudre à garder une semblable difformité, se rendit à Paris, où il

consulta M. Dupuytren, qui lui promit de réhabiliter l'aile-nasal qui lui manquait.

L'opération fut pratiquée, le 23 novembre 1832, de la manière suivante :

« Après avoir rafraîchi le pourtour de l'aile du nez, un lambeau de forme ovoïde allongée fut taillé par M. Dupuytren, dans la peau de la joue et détaché dans toute son étendue, à l'exception de son extrémité interne qui, plus prolongée que l'externe, servit de pédicule à l'appendice cutané. On le tordit aussitôt pour l'appliquer par sa face saignante sur la circonférence de l'ouverture nasale, où il fut assujéti à l'aide de quelques points de suture entortillée. La plaie de la joue fut également fermée par le même genre de suture. L'ouverture de la narine maintenue dilatée au moyen d'un petit tampon de charpie qu'on renouvela tous les jours.

» Durant l'opération, il ne survint pas d'hémorrhagie ni d'accidents nerveux ; mais peu de temps après, il se manifesta un érysipèle à la face, avec fièvre, céphalalgie et resserrement des mâchoires. Des boissons délayantes, des lavements, des bains de pieds et la diète suffirent pour combattre cette complication.

» Le cinquième jour, on retira les aiguilles de la suture pratiquée à la plaie de la joue et celles qui avaient servi à fixer l'aile du nez ; la cicatrice était déjà très avancée. L'engorgement et l'inflammation disparurent en peu de temps ; la torsion du pédicule s'effaça par gradation, et la guérison fut complète au bout de six semaines. »

L'opération a si bien réussi, qu'à moins d'en avoir été prévenu, on aurait peine à reconnaître que l'aile droite du nez est de nouvelle formation.

Quant à la cicatrice de la face, elle est linéaire et si peu marquée, qu'on la prendrait pour le résultat d'un simple coup de sabre porté en travers sur le côté antérieur de la joue (1).

OBS. III. — *Affection gangréneuse de la bouche.* — *Destruc-*

(1) Observation recueillie par M. Marx.

tion d'une portion de la lèvre inférieure et de la joue du côté droit. — *Autoplastie.* — *Guérison.* — Le normé Rénan, âgé de onze ans, couché au n° 21 de la salle Sainte-Agnès, a été atteint, il y a dix-huit mois environ, d'une de ces inflammations gangréneuses qu'on observe assez souvent à cet âge, et qui a été décrite par les auteurs sous des noms différents. (Pustules gangréneuses, charbon, affection gangréneuse spéciale de la bouche, etc., etc.) Cette inflammation détruisit la moitié de la lèvre inférieure du côté droit, à compter à peu près de la ligne médiane jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire, et une portion de la joue jusque près de l'angle de la mâchoire inférieure. La perte de substance de la joue ne s'étendait que très peu au-dessus de la hauteur de la commissure des lèvres : en arrière elle se terminait très près du bord antérieur du muscle masséter ; en bas, elle s'étendait comme celle de la lèvre du côté droit, jusqu'au près du bord inférieur de l'os maxillaire inférieur, c'est-à-dire à peu près jusqu'à l'endroit que cet os occupait ; car il avait été nécrosé dans les points où les parties molles avaient été frappées de mort. La portion gauche de la mâchoire, qui avait perdu le point d'appui que lui offre la symphyse dans l'état naturel, avait été entraînée en dedans par ses muscles abaisseurs, et la rangée dentaire de ce côté touchait à la voûte palatine. Néanmoins, cette portion gauche de la mâchoire était très mobile, et on pouvait la ramener très facilement à sa situation ordinaire. L'aspect de cet enfant était hideux ; sa langue, que l'on voyait au centre de la perte de substance, sortait de ce côté, et pendait. Elle avait pourtant contracté dans ce point des adhérences par son bord droit, ce qui rendait ses mouvements très difficiles. La mastication, ainsi qu'on le pense, était très imparfaite, la déglutition pénible, et l'écoulement continu de la salive par la perte de substance faite à la joue incommodait beaucoup le petit malade, qui avait cependant conservé encore assez de force, et jouissait d'une bonne santé. Il se nourrissait habituellement de potages et d'aliments faciles à broyer.

Le petit malade désirait vivement être délivré de sa diffor-

mité, et était résolu pour cela à tout endurer. M. Dupuytren commença par détruire, dans les premiers jours du mois d'août, avec un bistouri, les diverses adhérences que la langue avait contractées avec quelques points des bords de la solution de continuité. Cette opération préliminaire faite, il réfléchit très long-temps aux moyens dont il ferait usage pour guérir ce malheureux enfant.

Deux procédés pouvaient être employés. Le premier consistait à emprunter au cou un lambeau de peau aussi grand que la perte de substance de la lèvre et de la joue, à le disséquer avec précaution, à le tordre, à l'appliquer sur l'ouverture accidentelle dont les bords auraient été préalablement rafraîchis, et enfin à l'y fixer à l'aide de la suture entortillée.

Le second procédé, qui avait été communiqué à M. Dupuytren par M. le docteur Serres, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, consistait à inciser, en avant et en arrière de la solution de continuité, sur les tissus sains, à détacher les parties molles des portions osseuses, de manière à pouvoir les déplacer, les attirer les unes vers les autres, et les unir à l'aide de la suture entortillée, après avoir préalablement rafraîchi les bords de la plaie comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

Des avantages et des inconvénients se trouvaient attachés à chacun de ces procédés.

En effet, dans celui que propose M. Serres, et qui était sans doute très praticable, les parties réunies n'auraient pu l'être qu'après d'assez grands efforts; elles auraient toujours été fortement tiraillées, et la cicatrice, irritée continuellement, pouvait s'indurer, et peut-être dégénérer ainsi que cela s'observe assez souvent.

Dans le procédé qui consistait à emprunter un lambeau au cou, on courait le risque de le voir se gangrener; la joue n'aurait point de buccinateur pour exécuter les mouvements convenables, mais au moins les parties devaient conserver de la mobilité, et la cicatrice n'était point exposée à de dangereux tiraillements.

M. Dupuytren s'arrêta donc définitivement au projet qu'il avait conçu d'abord, c'est-à-dire à emprunter au cou une portion de peau suffisamment grande pour recouvrir la solution de continuité, et assujettir ce lambeau à l'aide de points de suture entortillée, après avoir rafraîchi les bords de cette solution de continuité.

Cette opération fut pratiquée le 31 août 1829.

Avec de l'encre, M. Dupuytren traça le lambeau qu'il voulait détacher sur la partie supérieure et latérale du cou, et cela au-devant du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le lambeau fut ensuite disséqué avec soin; la veine jugulaire évitée. Les bords de la perforation accidentelle ayant été rafraîchis, le pédicule du lambeau fut tordu, et les bords mis en contact avec ceux de l'ouverture de la lèvre et de la joue, et assujettis à l'aide de cinq points de suture entortillée; la peau du cou fut également réunie à l'aide de trois points de suture; deux petites artères, qui fournissaient beaucoup de sang, durent être liées; aucun pansement ne fut fait.

Cette opération délicate fut très longue à pratiquer; le petit malade la soutint avec beaucoup de courage.

Le jour de l'opération et la nuit qui la suivit, se passèrent tranquillement. Le malade dormit quelques heures.

Le 1^{er} septembre. Même état, fièvre légère.

Le 2. Le lambeau continua à vivre. Quelques points de sa circonférence présentent même un peu de suppuration.

Dans la nuit du 2 au 3 septembre, agitation, délire; le malade porte les mains à son appareil, et arrache lui-même une des aiguilles qui unissent le bord de la lèvre inférieure à la partie antérieure du lambeau; la lèvre est déchirée et le lambeau en est séparé; il en résulte un écartement d'un demi-pouce de largeur et d'un pouce de hauteur. M. Dupuytren ordonna qu'on se contentât de soutenir les parties avec des bandelettes.

Dans la nuit du 3 au 4 septembre, la fièvre et le délire continuent. Une seconde aiguille, qui unissait la base de la lèvre à la partie inférieure et antérieure du lambeau, déchire les parties; le bord externe de cette déchirure, qui

appartient au lambeau, semble légèrement sphacelé. Néanmoins tout ce lambeau vit, et a contracté des adhérences solides en haut et en arrière.

Le 4, M. Dupuytren enlève toutes les aiguilles, et fait soutenir les parties avec des bandelettes agglutinatives.

Le 5. Les accidents généraux ont complètement cessé. L'opération a donc réussi. Quelques points de la circonférence du lambeau suppurent encore; mais celui-ci vit, a contracté des adhérences très solides. La déchirure antérieure présente un véritable bec-de-lièvre simple, dont la guérison pourra être obtenue facilement par l'opération qui convient à cette maladie.

En effet, après avoir laissé se consolider la cicatrisation du reste de la circonférence du lambeau, le 22 septembre, M. Dupuytren rafraîchit les bords de la division accidentelle, et les maintint dans un contact parfait à l'aide de points de suture entortillée. Mais le lendemain une hémorrhagie assez abondante, qui eut lieu par la plaie, obligea à déranger l'appareil, ce qui remit les choses dans l'état où elles étaient avant l'opération. Ce bec-de-lièvre persista.

Le 12 octobre. Les accidents généraux que le petit malade avait éprouvés étaient tout-à-fait dissipés, et il ne lui restait plus que de la faiblesse; la réunion du lambeau dans tous les points indiqués était parfaite, la vie s'y maintenait très bien. La plaie du cou était tout-à-fait cicatrisée. L'étendue du véritable bec-de-lièvre, qui existait alors, était d'un pouce à peu près. M. Dupuytren pensa que la guérison pouvait être certainement obtenue par l'opération pratiquée ordinairement dans ce cas; mais il voulut auparavant laisser à ce malade le temps de se rétablir et de reprendre ses forces un peu épuisées. Il conseilla au père de l'enfant de le retirer de l'hôpital pendant quelque temps, et de le ramener ensuite pour lui faire subir la petite opération qui devait compléter cette cure remarquable (1).

La méthode indienne, qui exige le renversement et la tor-

(1) Observation recueillie par M. Paillard.

sion du lambeau sur lui-même, a échoué plusieurs fois. On a attribué cet insuccès à l'oubli du précepte, qui veut que le pédicule soit tourné du côté par où les gros vaisseaux s'y ramifient. Il est à remarquer, en effet, que les vaisseaux du cou sont peu nombreux, et le tissu cellulaire qui double la peau dans cette région peu épais, aussi a-t-on préféré au procédé indien la méthode de Celse dans laquelle on répare la perte de substance par l'allongement des tissus voisins sans renversement ni torsion. On comprend que la disposition de perte de substance qu'on doit réparer a dû nécessairement faire établir de nombreuses variétés dans ce second procédé.

Parmi les modifications apportées à l'autoplastie, nous nous arrêterons un instant sur le procédé par roulement de lambeau. Cette modification est d'invention toute récente; elle appartient à M. Velpeau, auquel l'idée en a été suggérée par le besoin de faire disparaître une fistule laryngo-pharyngienne fort ancienne qui avait résisté à tous les moyens employés.

■ OBS. IV. — *Fistule laryngo-pharyngienne. — Autoplastie par roulement de lambeau. — Guérison.* — Collot, âgé de vingt-quatre ans, bien constitué, tanneur, né en Belgique, habitant la France depuis long-temps, voulant se suicider au mois de mars 1831, crut accomplir son dessein en se coupant la gorge avec un couteau. Tombé sans voix et baigné dans son sang, il reçut bientôt après les soins d'un chirurgien, qui mit fin à l'hémorrhagie, et tenta de réunir la plaie à l'aide de plusieurs points de suture. L'agglutination ne s'effectua que vers les extrémités, et une ouverture susceptible d'admettre l'extrémité du doigt resta dans le centre de cette solution de continuité, qui d'abord n'avait pas moins de trois pouces d'étendue. Après trois mois de suppuration, les bords, qui s'étaient encore rétrécis d'un tiers, ont fini par se cicatriser isolément. Depuis lors, ses dimensions n'ont plus varié.

Entré à l'Hôtel-Dieu de Paris, vers le milieu d'octobre 1831, et confié aux soins de M. Dupuytren, Collot, honteux de son action sans doute, soutint d'abord que des pommes de terre avalées gloutonnement, et qui s'étaient arrêtées dans le go-

sier, au point de faire craindre la suffocation, avaient porté un chirurgien à lui pratiquer dans ce point une incision que rien n'avait pu guérir; mais pressé de dire la vérité, et voyant que son invention ne réussissait pas, il avoua le fait tel que je viens de le mentionner. Ayant eu connaissance de son séjour dans un établissement public, M. Bennati saisit l'occasion de ce malade pour mettre à l'épreuve les idées qu'il venait d'avancer, et pria M. Dupuytren de lui laisser faire quelques expériences sur la voix, de concert avec MM. Savart et Cagniard-Latour. Étranger à ces expériences, je ne puis ni ne dois en parler, leur résultat devant d'ailleurs être publié par M. Bennati lui-même.

Pour fermer la fistule dont il s'agit, après un mois environ d'essais physiologiques, M. Dupuytren en disséqua les bords dans l'étendue de trois à quatre lignes latéralement, les aviva parallèlement à l'axe du corps, les rapprocha, et les maintint ensuite en contact à l'aide de quatre points de suture entortillée: la réunion n'en fut pas obtenue. A la levée de l'appareil, on vit que les aiguilles, qui tombèrent toutes avec les linges, avaient coupé les tissus; néanmoins la plaie était devenue rouge, cellulaire. On put croire qu'en tenant la tête immobile et fortement fléchie sur la poitrine, on parviendrait à la cicatriser; cette attente fut encore trompée, et Collot sortit de l'hôpital vers la fin de décembre 1831, dans le but d'aller demander d'autres avis. Il prétend qu'à la Charité on lui dit que sa fistule était incurable, et qu'il n'y avait rien à faire pour l'en débarrasser. Ce n'est qu'après s'être présenté aux diverses consultations publiques qu'il vint à la Pitié, le 1^{er} février 1832. Sa plaie, calleuse, entourée d'une cicatrice dure, inextensible, permettait aisément l'introduction du petit doigt; elle occupait la ligne médiane, un peu plus à droite qu'à gauche, et avait son siège entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Le malade la tenait habituellement fermée avec un bouchon de charpie. La salive et les mucosités bronchiques, ainsi que les aliments et les boissons, s'en échappaient sans discontinuer, à moins que la tête ne fût abaissée. Dans cette position, le malade pouvait parler, quoique d'une

voix rauque et saccadée, mais son menton n'avait pas plus tôt abandonné la poitrine qu'il cessait de pouvoir se faire entendre, et les sons arrivaient à peine formés jusque dans le larynx.

Nul doute que cette plaie ne communiquât tout à la fois avec le larynx et avec l'arrière-bouche. J'en acquis la preuve mathématique en portant l'indicateur gauche par la bouche jusqu'à l'entrée des voies respiratoires, pendant que, de la main droite, j'introduisais un tube de gomme élastique par la fistule. Alors, en effet, je reconnus que l'épiglotte, relevée vers la base de la langue, un peu renversée à gauche, avait été détachée du cartilage thyroïde dans toute la moitié droite de sa racine, et qu'il était également facile, en arrivant du dehors, d'entrer dans la glotte ou dans le gosier. Cet homme ne nous ayant point dit être entré à l'Hôtel-Dieu, j'étais sur le point de le soumettre à l'opération qu'il avait déjà subie, lorsqu'un élève le reconnut à la Pitié, et me fit part de ce qui s'était passé. Bien convaincu qu'une tentative qui avait échoué entre les mains habiles de M. Dupuytren me réussirait encore moins, j'abandonnai mon projet.

Il m'en coûtait cependant de renoncer à guérir un malade si jeune et d'ailleurs résigné à supporter tous les essais imaginables. Je songeai aux diverses méthodes déjà connues ou qu'on peut emprunter à l'autoplastie. La cautérisation, soit seule, soit unie à la position fléchie de la tête, n'eût été d'aucun avantage.

Détacher les lèvres de la fistule transversalement au cartilage thyroïde, avant de les rafraîchir, et les réunir comme un bec-de-lièvre, me parut d'abord devoir suffire; mais, en y réfléchissant un peu, il fut aisé de voir que la plaie nouvelle m'eût fait perdre dans un sens ce qu'on eût peut-être gagné de l'autre. En décoller une seconde fois les bords, à la manière de M. Dupuytren, me sembla au moins inutile, par la raison que de cette manière la plaie fermée à son orifice cutané seulement, et par une couche de tissus fort minces, eût permis aux matières soit muqueuses, soit de toute autre nature de se glisser, de dedans en dehors, entre les couches

désignées, au point d'en empêcher l'agglutination, et peut-être de donner lieu à des accidents graves. Si le bord inférieur n'en avait point été rendu immobile et inextensible par son insertion sur un cartilage solide, j'aurais, à l'instar de Celse et de M. Dieffenbach, pratiqué une incision en dehors, à six lignes de chaque côté, pour assurer ensuite la suture. Un lambeau pris dans les environs, ramené, contourné sur sa racine et fixé par ses bords avec le contour avivé de la fistule, ne m'aurait offert que peu de chances de succès : sa souplesse, le peu d'épaisseur qu'il eût été possible de lui conserver, les difficultés de l'appliquer convenablement, devaient en éloigner l'idée.

J'en étais là lorsqu'il me vint à l'esprit, non plus de coudre un opercule, un couvercle à cette ouverture, comme on le fait au nez, aux lèvres et à la face en général, mais bien de la remplir, de la fermer dans toute sa profondeur, avec un véritable bouchon de tissus vivants. L'opération fut ainsi pratiquée le 11 février 1832 : je taillai un lambeau large d'un pouce, long de vingt lignes, sur le devant du larynx, et je le renversai de bas en haut, ne lui laissant qu'un pédicule large de quatre lignes; je le roulai sur sa face cutanée, qui devint centrale ou interne par ce moyen; j'en fis enfin un cône tronqué, ou plutôt une portion de cylindre que j'engageai perpendiculairement jusqu'au fond de la perforation, rafraîchie immédiatement auparavant; je traversai le tout avec deux longues aiguilles, et terminai par la suture entortillée. La réunion eut lieu d'une manière très exacte, supérieurement. Un mois après on ne voyait plus de trou. La voix était rétablie, mais un suintement se faisait encore de temps à autre par une petite fistule oblique qu'on pouvait soulever avec un stylet.

Bien que j'eusse à cœur de terminer une cure si heureusement commencée, je ne voulus rien tenter de nouveau pendant la durée du choléra; d'ailleurs Collot, qui se considérait comme à peu près guéri, et qui pendant l'épidémie sut se rendre utile dans les salles, finit par être pris lui-même de la maladie. Le nitrate d'argent, les trochisques de minium,

étant restés sans effets avantageux, j'en vins à la cautérisation de la fente avec un stylet chauffé à blanc, le 4 mai. Un double point de suture entortillée qui comprenait, comme la première fois, l'ancienne fistule, en traversant la totalité du lambeau fut appliqué. Un peu plus tard, des bandelettes de diachylum, de la charpie, quelques compresses et un tour de bande fixèrent le tout dans cet état. Les aiguilles tombèrent le quatrième jour, mais la réunion n'en parut pas moins opérée.

Cette dernière opération eut lieu le 16 mai. La guérison était complète le 25, et maintenant, 18 juin, elle est consolidée.

La parole, la déglutition, la respiration, qui ont si longtemps souffert, s'effectuent aujourd'hui comme si elles n'avaient jamais été altérées, comme avant l'accident. J'eusse moins insisté sur les détails d'un pareil fait s'il devait rester isolé; mais je le crois de nature à pouvoir être généralisé. Un chirurgien de Baltimore, M. Jameson, en avait déjà fait l'application à la cure radicale d'une hernie crurale, et, dit-il, avec un plein succès. Je présume que certains anus contre nature, quelques fistules urétrales et d'autres perforations anciennes s'en accommoderont aussi, et que ce mode de déplacement de la peau peut devenir une ressource précieuse dans une infinité de cas, constituer un genre de bronchoplastique pour le moins aussi avantageux que ceux qu'il serait permis d'emprunter à la rhinoplastique. (Velpéau, *Mém. sur les fist. laryng.*)

L'insuccès qui eut lieu dans cette circonstance ne serait peut-être pas arrivé si M. Dupuytren eût rapproché la plaie de haut en bas, plutôt que de droite à gauche. Les plis de la peau, dit M. Malgaigne, qui a publié des réflexions fort judicieuses sur cette observation, nuisent dans cette partie à la réunion des plaies longitudinales, comme il s'en est assuré dans ses expériences sur les animaux; aussi est-ce le motif qui l'a engagé à adopter l'incision transversale pour la laryngotomie sous-hyoïdienne.

Il est donc certain que l'autoplastie est appelée à rendre d'importants services à la chirurgie. Les faits ont suffisam-

ment retenti au sein des académies ; mais il faut aussi reconnaître que ce moyen n'est pas sans dangers, et il n'est personne qui ne sache la malheureuse issue de plusieurs opérations de ce genre, exécutées par des hommes dont la capacité et les talents ne peuvent être révoqués en doute.

ARTICLE XII.

DE LA SECTION DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN POUR GUÉRIR LE TORTICOLIS ANCIEN.

Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui se présentent avec une flexion involontaire, souvent douloureuse, ordinairement passagère, quelquefois très prolongée et même permanente de la tête à droite ou à gauche. Les causes qui donnent lieu à cette difformité sont de diverses espèces. Ainsi elle peut dépendre du spasme tonique du muscle sterno-cléido-mastoïdien en totalité ou seulement d'une de ses portions, de la paralysie du même muscle du côté opposé à celui vers lequel est tournée la face ; elle peut encore se rattacher à la luxation incomplète, au développement inégal des vertèbres cervicales, à une cicatrice profonde, à une grande perte de substance de la peau, enfin à une position vicieuse. Il ne sera question ici que de l'inclinaison qui tient à la contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Un grand nombre de moyens ont été proposés pour guérir les contractions violentes du muscle sterno-cléido-mastoïdien. M. Dupuytren a exécuté plusieurs fois avec succès la section de l'organe rétracté. Le plus ordinairement, cette opération a diminué assez la puissance du muscle pour que la tête reprît sa rectitude normale ; quelquefois cependant, la cicatrice étant faite, et l'extrémité des fibres charnues divisées ayant repris leur continuité, la distorsion du cou s'est reproduite. Ces derniers cas sont, il est vrai, très rares. Il est à remarquer que le muscle sterno-mastoïdien ne perd

pas entièrement ses fonctions ; car, s'il en était ainsi, on ne ferait, en détruisant la puissance de l'un de ces organes, que substituer un torticolis par paralysie à un torticolis par contracture.

Les fibres charnues s'unissent donc de nouveau, après l'opération, au moyen d'un tissu cellulo-fibreux plus ou moins dense, qui sert de point d'appui à leur action, et par l'intermédiaire de laquelle les mouvements sont ensuite exécutés.

Le procédé de M. Dupuytren, quoique mis à exécution sur un certain nombre de sujets, n'a bien été connu, par une singularité remarquable, qu'en Allemagne et en Angleterre. L'article inséré par M. Dezeimeris dans *l'Expérience* du 20 avril 1839 établit d'une manière incontestable les justes droits de ce grand chirurgien à la priorité de cette opération.

Dans la plupart des cas, dit Richter, il suffit, pour remédier à cette difformité, de couper la portion du muscle qui s'attache au sternum. Mais si l'on remarque que la portion claviculaire soit plus tendue que l'autre, on peut commencer par couper celle-là ; et si, après la section isolée de l'une des portions, la tête reste fortement inclinée, on peut faire la section de la seconde. Aussitôt après l'opération, la tête reprend plus ou moins sa direction naturelle ; il est néanmoins presque toujours nécessaire de la maintenir dans cette position au moyen de machines ou de bandages jusqu'à la guérison complète de la plaie (1).

Ce procédé, complètement inconnu en France, consistait d'ailleurs dans la section en travers, lorsqu'en 1822 M. Dupuytren introduisit une importante modification que nous allons faire connaître, et qu'on peut à juste titre considérer comme une invention.

OBS. I. — *Torticolis à droite. — Courbure de l'épine. — Ponction à la peau près du bord interne et de l'attache inférieure du sterno-mastoïdien. — Section du muscle d'arrière en avant sans intéresser la peau. — Guérison. — En*

(1) Richter. *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*. Band, iv, kap. 11, § 385, page 271.