

## CHAPITRE XV

## OPÉRATIONS AUTOPLASTIQUES SUR LA FACE.

**Historique.** — Il y a près de deux mille ans que Celse s'exprimait ainsi sur l'autoplastie de la face dans son livre *De medicina*, la bible des chirurgiens (*curta in auribus, labrisque ac naribus*): *Ratio curationis ejusmodi est: id quod curtatum est, in quadratum redigere; ab interioribus ejus angulis lineas transversas incidere, quæ ceteriorum partem ab ulteriore ex toto diducant; deinde ea quæ resolvimus, in unum adducere. Si non satis junguntur, ultra lineas, quas ante fecimus, alias duas lunatas et ad plagam conversas immittere, quibus summa tantum cutis diducatur, sic enim fit, ut facilius quod adducitur, sequi possit, quod non vi cogendum est, sed ita adducendum ut ex facili subsequatur; et dimissum non multum recedat.* Ce passage est resté très longtemps obscur, et dans l'analyse que je tiens à en présenter, j'ai emprunté à O. Weber la figure qui se trouve ci-dessous.

Figurons-nous (fig. 72) une perte de substance irrégulière de la face; on la transforme tout d'abord en une surface de forme quadrangulaire; de chaque angle on fait partir des incisions transversales qui mobilisent parfaitement les parties; on dissèque ensuite les deux lambeaux quadrangulaires et on les réunit. Si l'on ne parvient pas à les suturer, on fait de chaque côté une incision libératrice à concavité tournée du côté de la plaie, seulement cette incision n'intéresse que la peau. Il ne faut pas procéder avec violence, mais rapprocher doucement les lambeaux pour voir s'ils s'éloignent beaucoup quand on les lâche. Dans ces lignes, les règles principales des opérations autoplastiques sont exposées avec une telle clarté, une telle lucidité qu'on est en droit de supposer que l'auteur a vu tout ceci, l'a mis en œuvre<sup>1</sup>. On peut s'étonner à bon droit que ce passage soit resté incompris jusqu'à nos jours et qu'un chirurgien comme Dieffenbach, ne l'ait pas jugé à sa juste valeur.

Ce passage est le plus ancien document que nous possédions sur l'histoire de l'autoplastie en Occident.

(1) Je crois pourtant que pour interpréter ce passage, Malgaigne a choisi un meilleur exemple que O. Weber. Malgaigne suppose qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre avec fente médiane à bords très distants, et ceci cadre mieux avec l'entête du chapitre. Le passage *ab interioribus angulis* se comprend mieux, car il explique parfaitement l'opposition entre *anguli interiores*, c'est-à-dire les angles supérieurs qui se trouvent du côté du nez, et les *exteriores*, c'est-à-dire les angles qui se trouvent au niveau du bord libre de la lèvre.

En Orient, les indications les plus anciennes sur la reconstitution du nez se trouvent dans l'Ayur-Véda de Susrata. Le passage est assez obscur; on ne sait non plus la date exacte à laquelle le livre a été écrit.

Bref, tout ce que nous savons, c'est que les opérations autoplastiques se pratiquaient sur la face, dès les temps les plus reculés, en Occident aussi bien qu'en Orient. Au moyen-âge, ces opérations furent complètement oubliées, ni les Arabes, ni les chirurgiens de l'époque romaine n'en parlent. Les écrits de Celse étaient inconnus à cette époque.

Vers le milieu du XV<sup>e</sup> siècle, se répandit brusquement le bruit qu'un chirurgien sicilien faisait artificiellement des nez. Le chirurgien s'appelait Branca, et d'après le document le plus ancien, il faisait le nez avec la peau du visage (*ex ore*). Le fils de Branca, Antonius, perfectionna l'art de son père en se servant pour ces opérations de la peau du bras, des lèvres, des oreilles, etc.

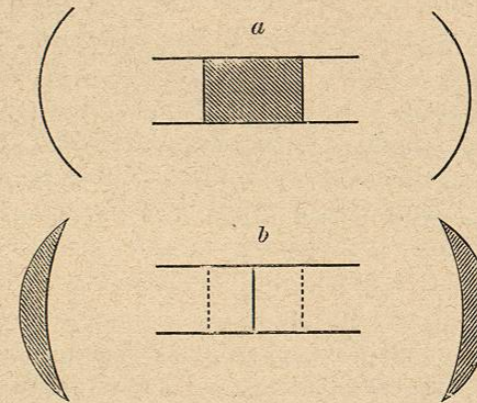


Fig. 72. — Autoplastie par la méthode de Celse.

Vers la seconde moitié du XVI<sup>e</sup> siècle, l'autoplastie se réfugia en Calabre. Pietro et Paolo, deux frères de la famille Bojani (ou Vianco), faisaient, à Tropea, des nez avec la peau du bras, mais avant de greffer le lambeau, ils le laissaient suppurer. A cette époque, les Branca étaient déjà si bien oubliés, que Fabrice d'Aquapendente pouvait écrire: *Primi qui modum reparandi nasum coluere, fuerunt Calabri; deinde devenit ad medicos Bononienses.*

A Bologne, ce fut le professeur Gaspard Tagliacozza (de 1516 à 1599) qui développa l'art de la chirurgie plastique et essaya de le transmettre à la postérité. Son livre *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo* est le premier travail systématique sur la chirurgie plastique. Tagliacozza employait des lambeaux qu'il laissait suppurer.

Fait curieux, la formation d'un nez artificiel était connue d'un chirurgien allemand, de l'époque de Branca. C'est un chirurgien mili-



taire, Heinrich v. Pfohlsprundt qui, dans son ouvrage *Buch der Bründth-Ertznei*, écrit en 1460, expose dans le chapitre intitulé « L'art de faire un nouveau nez » la méthode d'après laquelle a probablement opéré Branca fils. Heinrich v. Pfohlsprundt tenait son art d'un Italien, car il dit dans son livre : « Un Guelfe qui a soulagé un grand nombre de personnes, m'a appris cet art ».

Et chose curieuse, le fait a été oublié, complètement oublié. Au siècle dernier, on considérait encore comme des fables tout ce qu'on disait sur la méthode de Tagliacozza. Puis vers la fin du siècle dernier (1794) se répandit la nouvelle qu'un artiste de Poonah avait refait avec la peau du front un nez à un Indien à qui le nez avait été coupé par ordre du sultan Tipoo-Saëb. Les relations authentiques des médecins anglais qui ont vu les chirurgiens indiens pratiquer cette opération, ne laissèrent bientôt plus aucun doute sur la véracité du fait. Un médecin anglais aurait même essayé en 1803 de faire cette opération à Londres, mais la tentative échoua complètement. L'opération réussit pour la première fois entre les mains de Lynx, en 1813, puis vinrent Suteh et Carpué, mais ce dernier ne publia son observation qu'en 1816.

Sans connaître ces faits, Graefe a refait, à Berlin, l'opération de Tagliacozza en la modifiant en ce sens que, comme Branca, il sutura le lambeau frais, sans le laisser suppurer. Cette tentative fut couronnée de succès, et un an plus tard il fit un autre nez en utilisant la peau du front. En France, l'autoplastie a été introduite par Delpech.

Le principe des opérations plastiques (l'autoplastie par la méthode française) fut bientôt étendu aux pertes de substance d'autres régions. En 1816, Werneck fit la stomatoplastie d'après les mêmes principes que Dieffenbach ne fit connaître qu'en 1830, de sorte que le vrai initiateur de la méthode n'est pas Dieffenbach, mais bien Werneck. Une année plus tard, A. Cooper fit une opération autoplastique pour une fistule uréthro-périnéale longue d'un pouce, et dès lors le génie de Dieffenbach, de Jobert, de Ricord, d'Alliot, etc. fit entrer ces opérations dans le domaine de la chirurgie courante.

**Généralités.** — La peau voisine peut être utilisée de trois façons :

1) **SIMPLE RAPPROCHEMENT.** — Figurons-nous une perte de substance allongée de la joue, consécutive à l'extirpation d'un néoplasme ou à un traumatisme. On peut donner à la perte de substance une forme elliptique, suturer les bords, et faire deux incisions latérales, libératrices, si la suture était trop tendue (fig. 73).

Si la peau voisine est solidement fixée aux parties sous-jacentes, il faut la disséquer à partir des bords de la plaie avant de pouvoir rapprocher les lèvres de la plaie. Ce procédé permet de combler des per-

tes de substance de forme triangulaire ou quadrangulaire. Si l'on a, par exemple, une perte de substance de forme losangique, pas trop

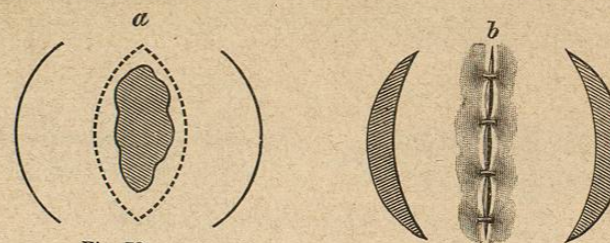


Fig. 73. — Autoplastie par simple rapprochement.

large, on peut rapprocher les angles obtus et transformer la perte de substance en une solution de continuité de forme linéaire (fig. 74).



Fig. 74. — Autoplastie par simple rapprochement.

Si la perte de substance a la forme d'un rectangle, on peut rapprocher les côtés allongés (en faisant au besoin des incisions libératrices) et suturer les bords des angles vers le centre (fig. 75).

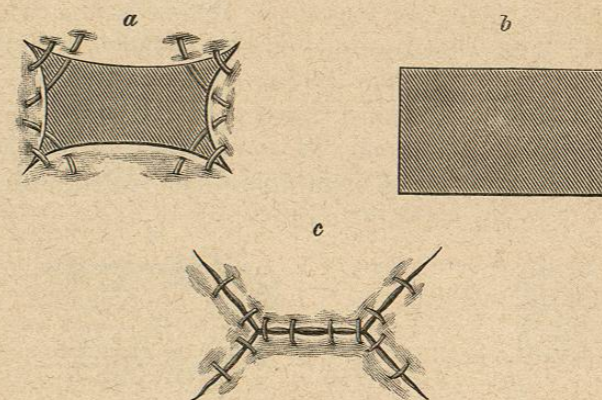


Fig. 75. — Autoplastie par simple rapprochement.

Enfin, on peut encore exciser un morceau de peau saine pour donner à la perte de substance une forme qui se prête à la réunion par simple rapprochement. Ainsi lorsque la perte de substance affecte la forme d'un rectangle, on peut exciser un triangle de peau saine dont la base sera formée par le côté court du carré (fig. 76).



De même dans le cas où la perte de substance a la forme d'un triangle à sommet obtus, on peut, en excisant deux petits triangles, agrandir la perte de substance et lui donner ainsi une forme qui se prête à la suture simple (fig. 77).

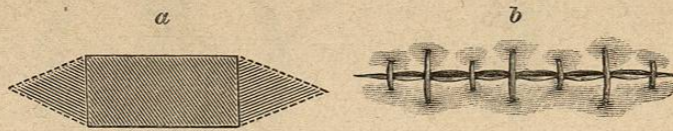


Fig. 76. — Autoplastie par simple rapprochement.

2) GLISSEMENT. — C'est le principe de la méthode indiquée par A. C. Celse. Il peut être réalisé de plusieurs façons.

Dans le cas de perte de substance rectangulaire, à bord vertical plus long, le précepte de Celse peut n'être appliqué que d'un seul côté (fig. 78).

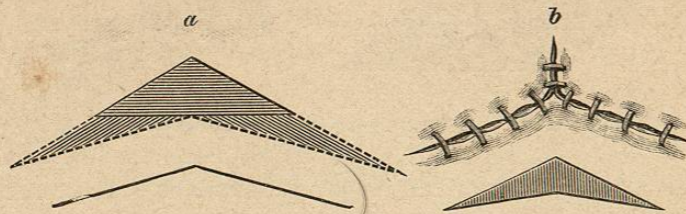


Fig. 77. — Autoplastie par simple rapprochement.

Si le rectangle formé par la perte de substance présente une surface étendue, on peut le décomposer mentalement en deux ou trois moins grands, et appliquer à chacun le même principe. Ainsi, la perte de substance de la figure 79 est transformée en deux surfaces quadrangulaires; la supérieure est couverte par un lambeau latéral qu'on taille suivant les règles formulées par Celse et qu'on attire

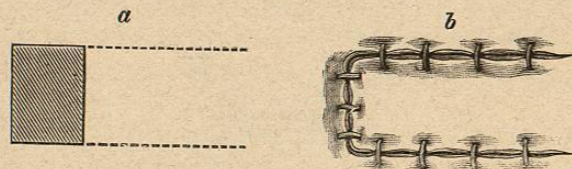


Fig. 78. — Autoplastie par glissement.

vers la ligne médiane; l'inférieure par un lambeau ordinaire qu'on fait remonter d'en bas.

La façon dont il faut procéder pour combler les pertes de substance de forme triangulaire est représentée sur les figures 80, 81, 82.

Burow a très ingénieusement élargi les applications de ce principe.

Si l'on a à combler une perte de substance en forme de triangle à base étroite, Burow prolonge cette base d'un côté, et taille à une certaine distance un triangle isomère dont la base, située sur l'incision, est égale à celle du premier triangle, et dont le sommet regarde du côté opposé. Il forme ainsi deux triangles au lieu d'un.

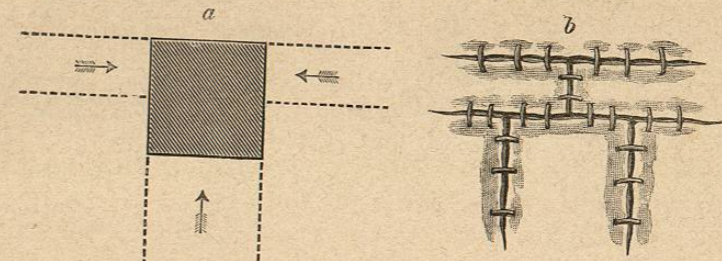


Fig. 79. — Autoplastie par glissement.

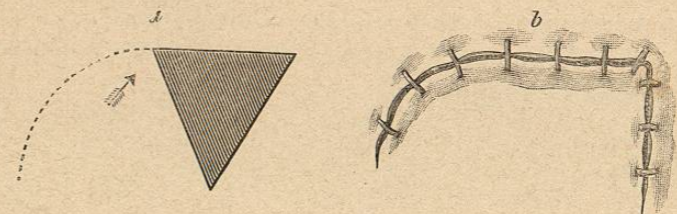


Fig. 80. — Autoplastie par glissement.

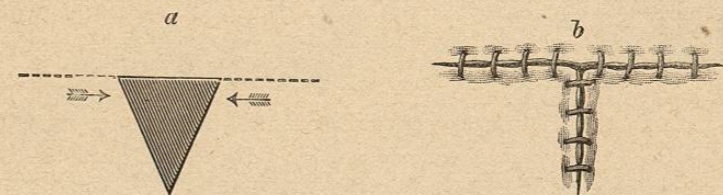


Fig. 81. — Autoplastie par glissement.

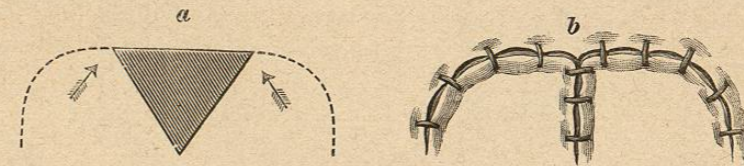


Fig. 82. — Autoplastie par glissement.

Il dissèque ensuite deux lambeaux mobiles, l'un dans la direction de  $cb b' a'$ , l'autre dans la direction  $ab b' c'$ , et peut alors faire glisser les deux lambeaux de telle façon que  $cb$  se superpose à  $ac$ , et  $b' c'$  à  $c' a'$  et que les surfaces cruentées disparaissent;  $a a'$  a été ainsi transformé en  $a b' = b a'$ .



En sacrifiant deux triangles, on peut encore appliquer cette méthode aux pertes de substance quadrangulaires (fig. 84). Le procédé devient plus compliqué lorsqu'il s'agit d'une perte de

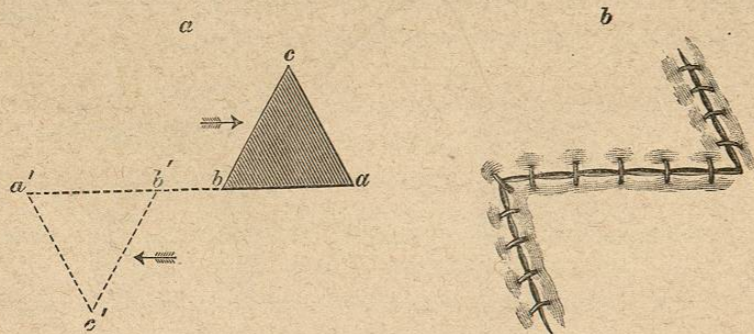


Fig. 83. — Autoplastie par glissement, procédé de Burow.

substance triangulaire à base allongée. Dans ces cas, on peut avoir recours à deux lambeaux latéraux qu'on suture sur le milieu de la perte de substance (fig. 85).

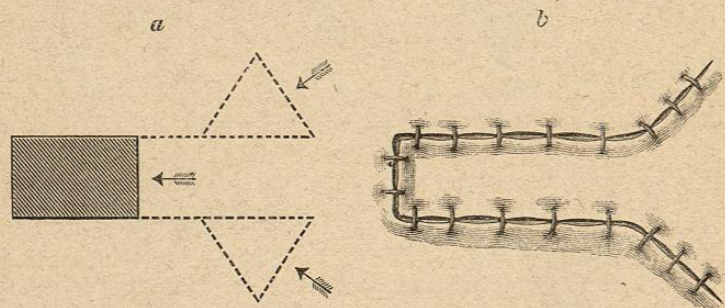


Fig. 84. — Autoplastie par glissement, procédé de Burow.

La méthode des « triangles latéraux » donne, entre les mains d'un opérateur habile, des résultats plastiques remarquables. Seulement elle présente l'inconvénient de donner lieu à des pertes de substance

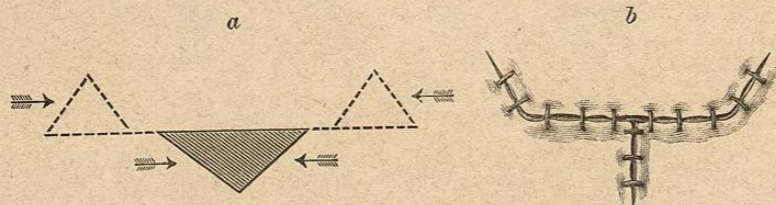


Fig. 85. — Autoplastie par glissement, procédé de Burow.

très étendues, si, par suite d'une infection de la plaie, la réunion par première intention échoue.

3) TORSION. — Le degré de torsion est très variable. Comme le montre déjà la figure 86, les deux lambeaux destinés à combler la perte de substance elliptique ont dû subir un certain degré de torsion.

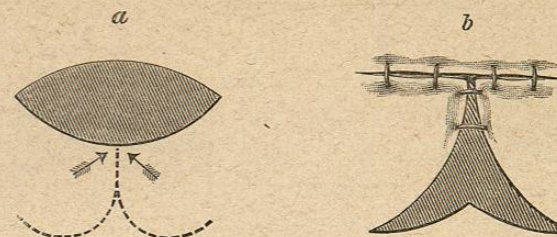


Fig. 86. — Autoplastie par torsion.

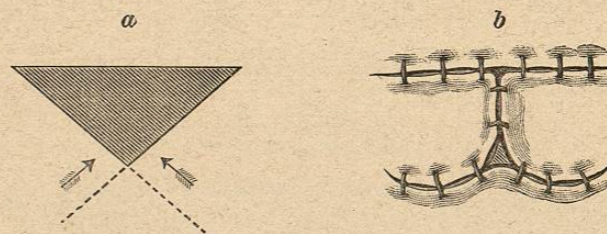


Fig. 87. — Autoplastie par torsion.



Fig. 88. — Autoplastie par torsion.

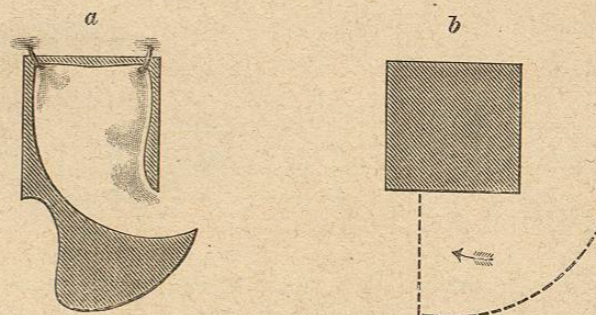


Fig. 89. — Autoplastie par torsion.

De même les lambeaux de la perte de substance triangulaire des figures 80 et 82.



La torsion est déjà bien plus prononcée dans les figures 89 et 90, où il s'agit d'une perte de substance quadrangulaire, dans les figures 87

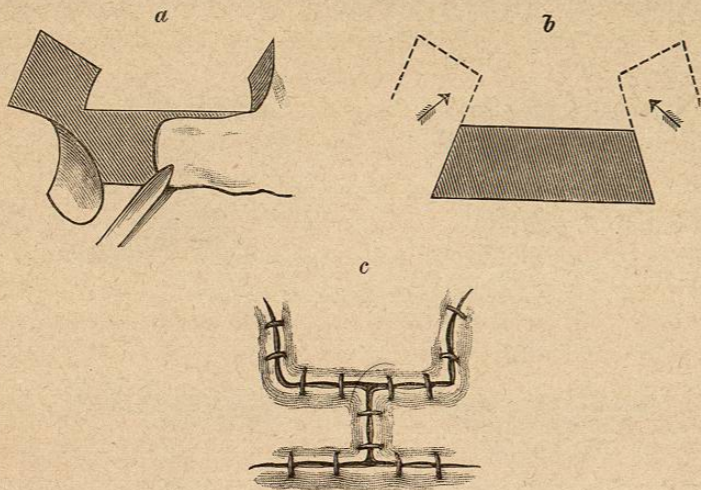


Fig. 90. — Autoplastie par torsion.

et 88 où la perte de substance a la forme d'un triangle et dans la figure 91 où l'on a affaire à une perte de substance elliptique.

La torsion peut dans certains cas atteindre 180°, de sorte que le pé-

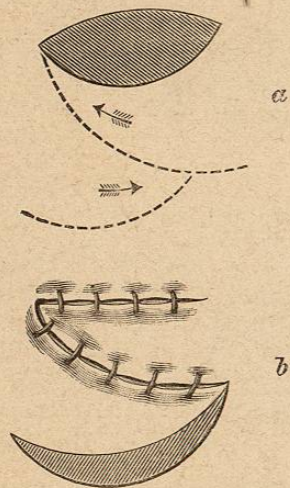


Fig. 91. — Autoplastie par torsion.

dicule devient très plissé. Un degré de torsion moindre est présenté sur la figure 91 (autoplastie de la paupière supérieure).

Cela n'est pas encore tout. Il existe des cas dans lesquels, pour combler la perte de substance, on est obligé de faire deux lambeaux

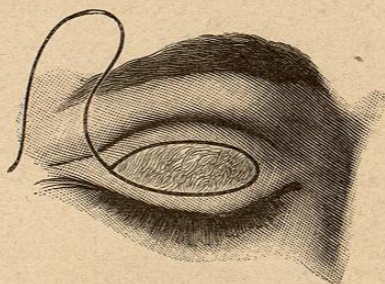


Fig. 92. — Autoplastie par torsion.

dont les surfaces cruentées sont suturées, comme par exemple dans la rhinoplastie. Enfin l'autoplastie ne reste pas limitée à la peau, et aujourd'hui on sait tailler des lambeaux contenant du périoste et même des portions osseuses mobilisées, comme nous l'avons déjà exposé à l'occasion des résections du maxillaire.

Nous renverrons pour l'autoplastie des paupières et des oreilles aux traités spéciaux consacrés à l'étude des affections de ces organes. Ici nous nous occuperons des opérations plastiques sur le nez.

**Rhinoplastie.** — Prenons le cas où il s'agirait de reconstituer un nez tout entier. Nous avons alors à notre disposition plusieurs méthodes.

1) **RHINOPLASTIE AVEC LA PEAU DU FRONT.** — On établit d'abord avec du papier un modèle du nez qu'on veut refaire afin d'avoir les dimensions exactes du lambeau. En appliquant le modèle sur la perte de substance, on peut tracer sur les côtés les lignes dans l'étendue desquelles on fera à la face l'avivement nécessaire pour la suture ultérieure

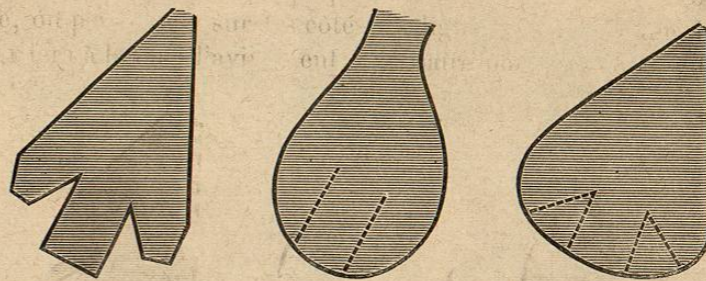


Fig. 93. — Rhinoplastie avec la peau du front.

du lambeau frontal. Le modèle est ensuite appliqué contre la peau du front, et ses contours dessinés. Si le front est haut, le lambeau peut être pris sur le milieu; mais si le malade a le front bas, le lambeau sera taillé sur les parties latérales, ce qui rendra nécessaire la torsion du pédicule. En dessinant les contours du modèle sur la peau du front, il ne faut pas oublier qu'une fois taillé et disséqué, le lambeau se rétractera considérablement; aussi faut-il donner au lambeau des dimensions plus grandes que celles du modèle. En outre, le lambeau devra encore former la sous-cloison du nez et, de chaque côté, la bordure des narines. Cela est absolument indispensable, car si le bord libre des narines était formé par une surface cruentée, la cicatrisation et la rétraction ultérieure de la cicatrice défigureraient complètement le nez nouvellement formé. Pour toutes ces raisons, le lambeau frontal n'est pas taillé en triangle, mais en forme de poire ou à base découpée en zig-zag (fig. 93).