On pourra découvrir le nerf tibial par les procédés qui servent à la ligature des artères poplitée et tibiale postérieure.

6. Nerf sciatique poplité externe.

Ce nerf naît du grand nerf sciatique au-dessus du creux poplité, ou dans ce dernier même. Il descend à la face postérieure du jumeau externe, en longeant le bord interne du biceps, et arrive au bord postérieur de la tête du péroné. On peut découvrir le nerf en ce dernier point, au moyen d'une incision partant du bord postérieur de la tête du péroné, et remontant sur une étendue de 4 centim. le long du bord interne du biceps. On divise d'abord la peau, puis l'aponévrose, et le nerf apparaît tout contre la tête du péroné. On l'isole dans sa gaine, on l'attire avec l'élévatoire pendant que le genou est fléchi, puis on le distend dans les deux sens. En cas de besoin, ce nerf pourrait être poursuivi jusqu'à son origine (voir Fig. 50, pag. 68).

7. Nerf crural.

Anatomie topographique.

Voir pag. 65 et Fig. 48, ce qui a trait au siége occupé par le nerf crural au-dessous du ligament de *Poupart*.

Elongation.

On commence par déterminer le point précis où l'artère fémorale s'engage sous l'arcade de Fallope; ce point correspond au milieu d'une ligne qui serait tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure au centre de la symphyse pubienne. On fait ensuite une incision qui commence immédiatement en dessous du ligament de *Poupart*, et à un travers de doigt en dehors du point précité, et qui descend dans la direction du grand axe du membre en divisant la peau et l'aponévrose sur une étendue de 6 centim. environ: le nerf apparaît aussitôt appliqué contre le muscle psoas-iliaque. L'artère fémorale est séparée du nerf crural par le ligament iléo-pectiné, et dans une opération bien exécutée ne doit pas même être mise à découvert. On isole alors le nerf en ménageant l'artère circonflexe iliaque qui le croise à sa face antérieure, puis on pratique l'élongation d'après les règles habituelles.

Septième Partie.

Des opérations plastiques.

PREMIER CHAPITRE.

Technique générale des opérations plastiques.

La chirurgie plastique est l'art de suppléer aux parties du corps détruites, ou incomplètement développées, par l'implantation de parties vivantes dans les brêches ou pertes de substance existantes. Tous les tissus humains ne peuvent également convenir pour être employés à ces restaurations organiques; celles-ci se font en effet presqu'exclusivement aux dépens de la peau, qui grâce aux conditions particulièrement favorables de sa nutrition, peut se prêter, sans être exposée à se mortifier, à des déplacements étendus et à des déformations variées. Le périoste des os est après la peau, le seul tissu qui puisse être utilisé pour des opérations plastiques. D'après des recherches toutes récentes celles-ci pourraient même se pratiquer avec succès sur les nerfs, les muscles et les os, à condition toutefois de mettre soigneusement les plaies à l'abri de toute inflammation. Quoi qu'il en soit, jusqu'à présent c'est presqu'uniquement la peau qui a fourni les matériaux nécessaires à la plupart des restaurations organiques.

De petits morceaux de peau, ne dépassant pas 1 à 2 centim. carrés de surface, peuvent être facilement transplantés d'une région du corps dans une autre sans que l'on ait à craindre leur mortification.

Lorsque le petit lambeau ainsi détaché augmente en surface, le résultat de l'opération devient plus incertain, à moins que l'on n'assure d'une façon spéciale sa nutrition menacée. La transplantation de parties du corps complètement détachées, qui doit déjà avoir été pratiquée par les anciens Hindous, fut désignée en France sous le nom de « greffe animale »; la transplantation de petits lambeaux de peau séparés fut appelée « greffe épidermique » par *Jacques Reverdin*, l'inventeur de cette méthode de restauration plastique (1872).

Au début, le procédé de greffe imaginé par *Reverdin*, était uniquement employé dans le but de hâter la néoformation de l'épiderme à la surface de larges plaies granulantes. Il consistait alors à porter sur une plaie recouverte de bourgeons charnus, quelques petits lambeaux de peau fortement espacés les uns des autres, qui constituaient autant d'îlots cicatriciels ou de centres de régénération épidermique. Ce n'est que plus tard que ce procédé fut utilisé pour des opérations plastiques proprement dites. C'est ainsi que *Wecker* et d'autres l'adaptèrent à la blépharoplastie, *C. Hueter* à la rhinoplastie partielle. Sur la surface unie de la brèche artificiellement produite, ils disposent de petits lambeaux de peau dont les dimensions n'excèdent pas 1 à 2 centim. carrés, et qu'ils placent à côté les uns des autres en les faisant toucher par leurs bords. Tout écoulement de sang a été au préalable soigneusement tari. Les lambeaux transplantés ne doivent pas comprendre le tissu cellulaire sous-cutané dans leur épaisseur; pour les obtenir très superficiels, on fera même bien de les tailler avec un rasoir dans l'épaisseur du corps papillaire de la peau *(Thiersch)*. On pourra utiliser de la sorte des bandes de peau de 10 à 20 centim. de long sur 2 à 3 centim. de large. On laissera ensuite se guérir par bourgeonnement les nouvelles solutions de continuité produites par l'excision des petits lambeaux. Chacun de ceux-ci sera soigneusement étalé et modérément pressé sur la surface saignante de la brèche à combler; on le fixera en place au moyen de bandelettes d'emplâtre adhésif.

Lorsque les morceaux de peau doivent être greffés sur des surfaces granuleuses, on commence par exciser la couche superficielle peu consistante des bourgeons charnus, puis, après avoir tari tout écoulement de sang, on applique les petits lambeaux sur le fond plus résistant de la plaie ainsi avivée (*Thiersch*).

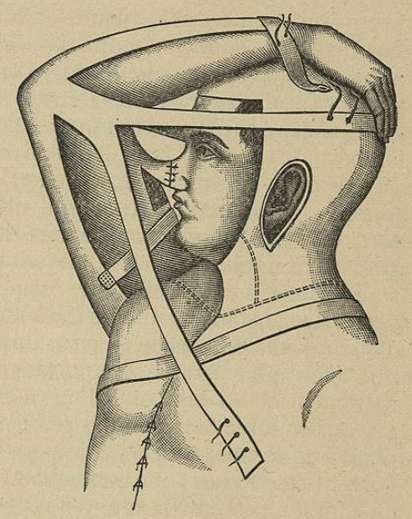
Les anciens Hindous doivent avoir déjà tenté de reformer le nez à l'aide d'un lambeau de peau unique, et complètement détaché, qu'ils empruntaient à la fesse. Cette méthode fut essayée pour la première fois en Allemagne par *Bünger* (1872), mais ne donna pas toujours des résultats très satisfaisants, ce qui tenait à la difficulté qu'il y a de produire le contact exact entre un grand morceau de peau et une surface de plaie fraîchement produite ou déjà bourgeonnante. Aussi le lambeau à transplanter devait-il être soigneusement dépouillé de tout le tissu graisseux qui doublait sa face profonde. Dans ces derniers temps, *Wolfe*, *v. Zehender* et *Esmarch* ont de nouveau utilisé ce procédé pour des restaurations plastiques des joues, des paupières, etc. Le morceau de peau excisé étant bien étalé, on enlève avec des ciseaux courbes toute la couche de tissu cellulo-adipeux qui tapisse sa face inférieure, jusqu'à ce que celle-ci prenne un aspect blanchâtre uniforme. On lave ensuite le lambeau qui s'adapte dès lors très facilement à la surface d'une plaie quelconque, et qu'on peut fixer en place par quelques points de suture au catgut.

Tout récemment *Wölfler* est parvenu à appliquer aux membranes muqueuses de l'homme et des animaux les procédés de transplantation précédemment décrits.

Dans toutes les opérations plastiques de quelqu'importance, il devient nécessaire d'assurer la vitalité de la peau transplantée en laissant subsister entre elle et les parties voisines, un ou plusieurs pédicules de nutrition, jusqu'après achèvement complet de la guérison. Autant que possible on devra donc utiliser la peau du voisinage immédiat de la perte de substance, car la transplantation du lambeau se fait alors bien plus aisément que lorsqu'il faut aller prendre celui-ci sur une partie éloignée

du corps, qui doit nécessairement être maintenue rapprochée de la brèche à combler. C'est ainsi que pour reconstituer un nez avec la peau de la face antérieure du bras, on est forcé de fixer ce dernier contre la figure de l'opéré pendant tout le temps nécessaire à la guérison (voir Fig. 201). Il est facile de concevoir combien cette position doit être gênante et difficile à garder par le malade; aussi n'a-t-on plus maintenant recours à ce procédé d'autoplastie à distance, et préfère-t-on prendre son lambeau réparateur en un point rapproché de la perte de substance, par exemple, à la région frontale lorsqu'il s'agit de la rhinoplastie. On ne serait donc plus autorisé à refaire un nez avec la peau du bras que si l'on ne trouvait plus à la face l'étoffe nécessaire à cette restauration. Il faut dire pourtant que l'incommodité du procédé serait aujourd'hui beaucoup atténuée, les pansements antiseptiques permettant d'obtenir l'adhérence des lambeaux beaucoup plus rapidement qu'autrefois. Pour la même raison ceux-ci se rétracteraient vraisemblablement beaucoup moins qu'ils ne le faisaient auparavant. On a l'habitude de désigner sous le nom de « méthode italienne » les procédés d'autoplastie consistant à emprunter le lambeau à une partie du corps éloignée de la perte de substance, tandis que dans la méthode dite « indienne » on utilise la peau voisine de cette dernière; cette distinction n'est pourtant pas suffisamment fondée, car le chirurgien italien *Tagliacozzi* réparait le pavillon de l'oreille avec la peau de la région mastoïdienne, c'est-à-dire avec la peau prise dans le voisinage de la solution de continuité.

Fig. 201.



Méthode italienne de rhinoplastie; lambeau pris sur la face antérieure du bras.

La méthode italienne d'autoplastie demande pour son exécution trois séances ou temps séparés. Dans un premier temps on délimite, à l'aide de deux incisions, un lambeau cutané pourvu d'un double pédicule de nutrition, qu'on détache du plan sous-jacent, et dont on empêche la réunion ultérieure à l'aide

d'un bandage interposé. On attend que des solides granulations vasculaires se soient développées à la face profonde de la peau détachée, puis dans un deuxième temps on coupe l'un des deux pédicules, et l'on implante le lambeau dans la perte de substance, après avoir suffisamment rapproché l'une de l'autre les deux parties du corps sur lesquelles on opère. A l'aide d'un bandage approprié, on maintient ces parties dans la même position, pendant tout le temps nécessaire à la parfaite agglutination du lambeau, c'est-à-dire pendant au moins huit jours. Alors seulement on coupe le second pédicule et l'on achève l'opération. *v. Graefe*, qui eut également recours à la méthode italienne pour pratiquer la restauration du nez, opérait en une seule séance, et pour cela façonnait un lambeau muni d'un large pédicule unique, qu'il appliquait immédiatement sur l'orifice à combler, sans lui permettre de se rétracter et de se recouvrir de bourgeons charnus (méthode allemande). La nutrition d'un semblable lambeau pris sur le bras était souvent défectueuse, et il n'était pas rare de le voir se gangréner partiellement ou même en totalité. De plus, le ratatinement ultérieur du nez ainsi reformé était toujours plus accentué que lorsqu'on utilisait un grand lambeau à double pédicule, auquel on avait donné le temps de se rétracter et de s'épaissir. Appliquée à la restauration des pertes de substance d'une jambe aux dépens de la jambe saine, et d'un bras aux dépens de la peau du tronc, cette méthode acquit une bien plus grande importance le jour où *H. Maas* eut nettement établi les conditions nécessaires à la réussite de ce genre d'autoplasties : la partie du corps sur laquelle on transplante un lambeau et celle à laquelle on emprunte ce dernier, doivent être fixées l'une contre l'autre d'une manière immuable, et dans la position la plus supportable, à l'aide d'un bandage approprié (bandage plâtré); les granulations qui recouvrent la brèche à réparer doivent au préalable avoir été soigneusement enlevées. Les incisions qui circonscrivent le lambeau doivent autant que possible courir dans la direction du trajet des vaisseaux sanguins, et les bords du lambeau doivent être très exactement suturés aux bords de la perte de substance; le lambeau lui-même doit au besoin être maintenu en contact avec le fond de la brèche au moyen de sutures perdues. Enfin pour éviter que la partie cruentée du lambeau restée libre ne se mortifie par suite de dessication ou d'inflammation septique, on la recouvre d'une épaisse couche d'onguent à l'acide borique. On laisse alors s'écouler deux semaines environ sans rien changer à cet état de choses, puis on coupe le pédicule et on le réunit au bord correspondant de la perte de substance.

Les restaurations organiques se font presqu'exclusivement

aux dépens de la peau du malade lui-même (autoplastie); les petits morceaux de peau que l'on transplante d'après la méthode de *Reverdin* peuvent par contre être pris sur un sujet étranger, ou même sur une partie quelconque du corps fraîchement amputée (hétéroplastie). *Dubousquet* a même utilisé dans ce but la peau de la grenouille.

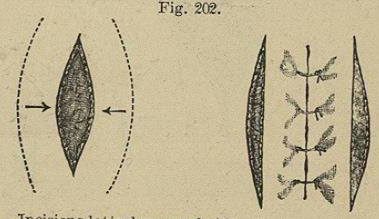
Pour les opérations plastiques dans lesquelles on utilise la peau du voisinage immédiat de la perte de substance, il existe deux modes principaux de déplacement du lambeau autoplastique : 1° déplacement par glissement d'un lambeau à large base; 2° déplacement par torsion d'un lambeau pédiculé. Le premier mode ne convient que pour la restauration de pertes de substances de peu d'étendue; pour toutes les grandes autoplasties plus ou moins compliquées, il devient indispensable de décoller la peau des parties sous-jacentes, et de tordre le lambeau autour d'un pédicule relativement étroit.

Toutes les petites pertes de substance pour la réparation desquelles le déplacement par glissement de la peau avoisinante peut être mis en jeu, présentent plus ou moins régulièrement la forme elliptique, ou la forme triangulaire, ou encore la forme quadrangulaire ; du moins pouvons-nous toujours leur donner l'une de ces formes, soit que nous avivions leurs bords avant de les réunir, soit que nous créions nous-mêmes la brèche à réparer, comme par exemple, lors de l'extirpation d'une tumeur, d'une cicatrice, etc.

Nous pouvons donc considérer comme procédés opératoires types les procédés d'autoplastie par glissement servant à combler les trois sortes de pertes de substance dont il vient d'être parlé. Il est clair que le déplacement de la peau sera rendu plus facile lorsque celle-ci aura d'abord été décollée des tissus sous-jacents.

Supposons d'abord qu'il s'agisse de pertes de substance elliptiques ou fusiformes. Si elles ne sont pas trop larges, la grande extensibilité dont jouit la peau en beaucoup d'endroits du corps, permettra souvent de rapprocher les bords de la plaie sans autre secours que quelques sutures profondes de relâchement ou de détente. Dans le cas contraire, la réunion par la suture sera encore rendue possible, après qu'on aura pratiqué aux deux côtés de la plaie, et à une certaine distance de ses bords, deux incisions parallèles

Fig. 202.



Incisions latérales pour faciliter la réunion des bords d'une perte de substance elliptique.