On les retirera, en les redressant par traction et bascule sur leurs extrémités soit à l'aide de deux pinces à griffes ou de deux crochets introduits dans les boucles qu'elles portent à ces extrémités, soit à l'aide de la pince spéciale de Michel (fig. 91).

Après redressement et désinfection, les agrafes peuvent resservir.

Elles fournissent une réunion très rapide, très élégante, une ligne cicatricielle mince, qui s'aplanit rapidement. Mais elles exigent une hémostase préalable parfaite du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, sous peine d'hématomes qui entravent la réunion.

§ 2. — Réunion secondaire

Les plaies qui ressortissent à ce mode de réunion sont ordinairement dans un état d'infection manifeste. Ce serait, dès lors, une faute, souvent un danger que de tenter sur elles la réunion immédiate ; et, du reste, cette tentative elle-même serait vouée d'avance à un échec certain, les surfaces de section étant trop altérées dans leur vitalité par l'infection et par l'inflammation qui en est la conséquence.

Elles passent nécessairement par deux phases réparatrices, dont chacune modifie notre conduite à leur égard : la première, où l'aire traumatique, laissée plus ou moins ouverte, se débarrasse, spontanément ou sous les topiques antiseptiques, des germes infectieux et de leurs produits, ainsi que des tissus mortifiés ou non viables ; nous la nommerons *phase de détersion ;* la seconde, — *phase de bourgeonnement*, — où l'aire ainsi purifiée se couvre, sur les bords, sur les parois, dans le fond, de bourgeons charnus de plus en plus vivaces qui deviennent les intermédiaires ou les agents directs de la cicatrisation définitive.

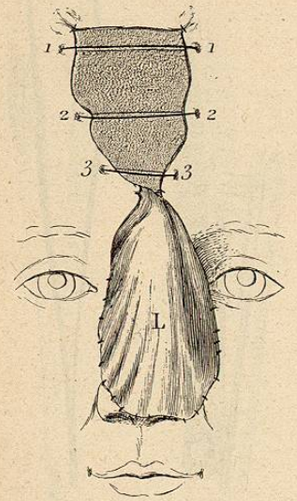

Fig. 95. — Suture grillagée.

Dans la phase de détersion, on se contente de garnir les surfaces traumatiques de gazes antiseptiques ou de compresses imprégnées de liquides antiseptiques : sublimé, formol, liqueur de Labarraque, etc., et l'on empêche simplement la rétraction trop forte des lèvres de la plaie par quelques points entrecoupés de détente convenablement placés et qu'on se garde bien de serrer au contact ; les simples évents, le drainage sont aussi, s'il le faut, largement mis à profit.

Dans la phase de bourgeonnement, lorsque la membrane granuleuse est bien développée, lorsque la suppuration est devenue peu abondante ou très ténue, *si la forme de la plaie le permet*, on réunit à contact les lèvres granuleuses par une suture entrecoupée ou par un surjet, tout comme on le ferait pour une plaie fraîche ou récente aseptique, mais en laissant ou créant les ouvertures voulues pour les sécrétions encore existantes ; parfois alors, il est possible d'obtenir une réunion plus sûre et plus rapide en *abrasant* au bistouri, aux ciseaux courbes ou à la curette tranchante les couches des bourgeons charnus qu'on va suturer. Si la plaie bourgeonnante ne se prête point au rapprochement des bords, si elle est

comme étalée à plat ou creusée en cavité rigide, on l'abandonne à sa guérison naturelle en y faisant les petits pansements usuels, pansements secs à la gaze salolée ou iodoformée, badigeonnages à la teinture d'iode, au baume du Pérou, à la teinture d'aloès, attouchements au nitrate d'argent, etc., ou bien, pour la fermer, on a recours aux divers procédés de l'anaplastie tégumentaire.

Il est, enfin, un mode de suture que nous tenons à signaler et que nous avons souvent employé pour les pertes de substances rases plus ou moins larges, où les bords cutanés sont susceptibles d'être sensiblement mobilisés et étendus vers le centre de la plaie, alors que ce dernier reste à découvert. Il consiste à rapprocher *au maximum* les bords opposés au moyen de fils, ordinairement des crins de Florence, qui sont tendus en cordages de l'un à l'autre bord ; c'est une vraie *suture à distance* que nous qualifions de *grillagée* ou de *quadrillée* (fig. 95), suivant que les fils suivent la même direction ou sont croisés les uns avec les autres. Les fils restent en place de cinq à dix jours, quelquefois davantage. Grâce à cet artifice, on diminue considérablement l'étendue de l'aire traumatique primitive, on abrège d'autant la durée de la plaie : lorsqu'on enlève les fils, les téguments restent soudés sur place aux parties sous-jacentes ou ne subissent qu'un retrait insignifiant.

§ 3. — Réunion immédiate secondaire

Cette dernière expression étant équivoque et n'ayant pas pour tous les auteurs la même signification, nous dirons qu'elle représente pour nous la combinaison, volontaire ou imprévue, — sur la longueur de la même plaie, — de la réunion immédiate et de la réunion secondaire telles que nous venons de les décrire, c'est-à-dire la réunion immédiate d'une partie et la réunion secondaire de l'autre. Telle est, par exemple : la réunion immédiate de la ligne blanche sous-ombilicale et le traitement externe simultané d'un pédicule utérin au-dessus de la symphyse pubienne. Telle est aussi, d'autre part, la réunion d'une plaie aseptique ou suspecte dont la suture n'a pas réussi pour une raison quelconque, dans toute son étendue.

Ces citations nous dispensent de tout commentaire ; la technique, du reste, n'offre rien de particulier à part les soins qu'il faut prendre pendant les pansements pour empêcher l'infection et la désunion consécutive de s'étendre à toute la ligne de réunion.

III

ANAPLASTIE TÉGUMENTAIRE

L'anaplastie tégumentaire, partie si importante de la chirurgie réparatrice, prend plus spécialement le nom d'*autoplastie*, quand les matériaux de restauration qu'elle utilise sont empruntés à l'opéré lui-même ; celui d'*hétéroplastie*, quand ces matériaux sont fournis par un individu de même espèce ou d'espèce différente.

I. — AUTOPLASTIE

L'autoplastie elle-même comprend deux grandes classes d'opérations : dans l'une, c'est toute l'épaisseur de la peau ou d'une muqueuse qu'on met

en usage, y compris ou non le tissu cellulaire sous-jacent, et l'on peut dire alors qu'il s'agit d'*autoplasties complètes;* dans l'autre (*autoplasties incomplètes*), on emploie l'épiderme et une partie seulement du derme.

§ 1. — Autoplasties complètes

Leurs indications en général sont très nombreuses : on y a journellement recours pour combler des fissures congénitales (bec-de-lièvre simple ou compliqué ; ectocardie [O. Lannelongue]; exstrophie vésicale; hypospadias, épispadias); pour rétablir l'indépendance de certains organes (symblépharon, syndactylie) ; pour agrandir et maintenir les orifices naturels (paupières, narines, bouche, anus, orifice du museau de tanche, etc.) ; pour en former de nouveaux ; pour créer des canaux ; pour fermer des fistules et des ouvertures anormales ; pour remédier à des cicatrices vicieuses ; pour remplacer immédiatement des pertes de substance fraîches produites soit par accident, soit par exérèse opératoire ; pour réparer les déchirures du périnée ; pour couvrir des plaies granuleuses et des ulcères ; enfin pour essayer de prévenir la récidive de certains néoplasmes (lupus, ulcus rodens, épithéliomas, kéloïde), ou pour tapisser des surfaces cancéreuses (Thiersch).

On les exécute aujourd'hui d'après l'une des sept méthodes suivantes : la *méthode de Celse*, dite encore avec raison *méthode française*, parce que c'est en France qu'elle a été le plus cultivée et perfectionnée ; la *méthode indienne ;* la *méthode par renversement ou inversion;* la *méthode italo-allemande ;* la *méthode* qu'on pourrait appeler *à pont ;* la *méthode à lambeau libre unique de L. Le Fort* (1869-1872), injustement attribuée par des étrangers à Wolfe qui ne l'a exécutée que trois ans après lui ; la *méthode à lambeaux libres multiples d'Ollier* (1872).

1° Méthode française. — Son principe fondamental consiste à utiliser les téguments du voisinage immédiat de la brèche à combler, en taillant ou non un ou plusieurs lambeaux, mais sans faire subir de torsion au pédicule de ces derniers. Quant à l'application du principe, on conçoit qu'elle varie à l'infini selon les éventualités cliniques ; les procédés sont, en effet, innombrables. Nous n'en décrirons que quelques-uns :

1° **Procédé par décollement et glissement marginal.** — Il convient aux brèches, elliptiques, ovalaires ou losangiques (fig. 96, 1, 2, 3), dont les

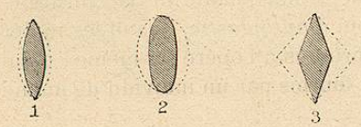

Fig. 96. — Autoplastie par glissement marginal.

Fig. 97. — Incisions libératrices.

bords ne peuvent être, sans tension trop considérable, rapprochés immédiatement par la suture. On dissèque chaque lèvre, en commençant par une de ses extrémités et en la libérant au maximum sur l'axe transversal de la

brèche. Chaque lèvre doit faire la moitié du chemin et glisser sans difficulté jusqu'à la ligne médiane ; c'est alors seulement qu'on pratique la suture.

Morestin [1] a récemment insisté dans plusieurs publications sur la possibilité de combler par un large décollement des brèches parfois énormes. C'est au cou, au thorax, au ventre, sur le pourtour du bassin que ce procédé s'appliquera surtout. On ne doit pas craindre de pousser, s'il le faut, le décollement des lèvres de la plaie sur une étendue de 10, 15, 20 centimètres en tous sens. Jamais on ne compromet leur vitalité et on obtient ainsi des résultats inespérés.

Parfois, selon le conseil de Celse, on combine la dissection sous-cutanée avec deux incisions, dites *libératrices ou de détente*, qu'on fait concentriques plus ou moins en dehors des bords de la plaie (fig. 97).

2° **Procédé en rideaux.** — Soit une brèche triangulaire (fig. 98,1). Pour la fermer, on prolonge plus ou moins à droite et à gauche l'incision basale en droite ligne, et on dissèque les lambeaux ainsi dessinés, *acd*, *abe* jusqu'à ce qu'ils s'affrontent par leurs bords internes.

Dieffenbach ajoutait deux incisions externes *ge*, *fd*, parallèles aux bords de la brèche (fig. 98,2).

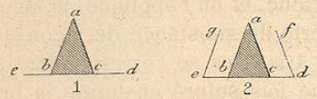

Fig. 98. — Autoplastie en rideaux.

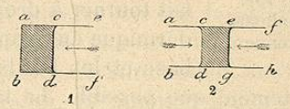

Fig. 99. — Autoplastie en tiroir.

3° **Procédé en tiroir de Chopart.** — Quand la brèche affecte une forme quadrilatère, on prolonge suffisamment d'un côté, par des incisions, deux bords parallèles, et l'on fait la dissection du lambeau (*ecdf*, dans la figure 99,1). — On peut aussi, ce qui est parfois préférable, inciser des deux côtés et mobiliser les deux lambeaux *abcd*, *efgh* l'un vers l'autre (fig. 99,2).

4° **Procédé par inclinaison.** — Ce procédé consiste à tailler un ou plusieurs lambeaux sur un côté ou sur les deux côtés d'une brèche, brèche

Fig. 100. — Autoplastie par inclinaison.

triangulaire par exemple, en prolongeant l'incision basale dans une direction rectiligne ou curviligne (fig. 100, 1, 2, 3, 4). Au besoin, on ajoute une incision à l'extrémité du prolongement (fig. 100, 5, 6). Le lambeau est alors

[1] Morestin. *Congrès de chir.*, 21 octobre 1902, et *Arch. génér. de médec.*, 3 nov. 1903.

disséqué, et appliqué par glissement sur la brèche après une inclinaison de plusieurs degrés à un quart de cercle.

2° **Méthode indienne.** — Dans cette méthode c'est encore au voisinage de la brèche que le lambeau de restauration est emprunté, mais son pédicule subit une torsion considérable, qui peut aller jusqu'à 180°. On l'a surtout appliqué de tout temps à la réfection totale du nez (voy. *Rhinoplastie*) ; elle trouve pourtant son emploi dans quelques autres opérations plastiques.

1° **Procédé ancien.** — Soit une perte de substance triangulaire *abc* (fig. 101), à combler à titre de schéma général. Avec une feuille de papier, on prend le patron de cette perte de substance ; on l'applique sur la peau de la région située au-dessus, de telle sorte que la pointe du patron soit distante de 8 à 10 millimètres par rapport au sommet de la perte de substance, et que sa base soit en haut. On dessine le lambeau *après avoir augmenté d'un tiers* la hauteur et la largeur du patron. Le lambeau (*defg*) est nettement découpé, puis disséqué de haut en bas, jusqu'à ce qu'il n'adhère plus que par un pédicule haut de 1 centimètre environ. On le fait tourner à droite ou à gauche, et on l'applique, la face épidermique en avant sur la perte de substance de façon que la base et les bords des deux triangles se correspondent aussi exactement que possible. Le lambeau une fois suturé on ferme la brèche d'emprunt d'après les procédés de la méthode française.

Fig. 101. Autoplastie indienne.

Comme la torsion considérable que subit ainsi le pédicule expose beaucoup à la gangrène ou tout au moins à la congestion veineuse du lambeau, les chirurgiens modernes préfèrent la modification suivante de la méthode indienne, modification qui rend la torsion à peu près nulle et la circulation sanguine plus régulière.

2° **Procédé Lallemand-Lisfranc.** — Le patron de la brèche à réparer étant pris comme précédemment, on l'applique au-dessus d'elle dans un sens vertical ou mieux en sens oblique. On découpe le lambeau (fig. 102), en joignant un de ses côtés, *af* par exemple, avec le côté opposé *ab* de la brèche, mais en arrêtant son autre côté *cd* à une petite distance au-dessus et en dehors du sommet de la brèche. Lorsqu'il a été disséqué, on le fait tourner sur le côté d'union *afb* (fig. 102), dans le sens de la flèche qui accompagne chaque figure. Le reste comme dans le procédé ancien.

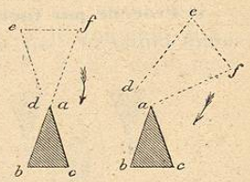

Fig. 102. — Autoplastie indienne modifiée.

3° **Méthode par renversement ou inversion.** — Cette méthode est si spéciale qu'il nous a paru nécessaire de la dénommer et de lui faire place dans le cadre général des autoplasties complètes. Longue est la liste des opérations qui ont été faites jusqu'à ce jour d'après son principe.

Elle convient particulièrement à la fermeture de plusieurs fissures congénitales (épispadias, hypospadias, extroversion de la vessie, etc.), à celle de nombreuses fistules (urinaires, biliaires, gastriques, intestinales, etc.), à la réfection ou à la création de l'urètre chez la femme, enfin partout où l'on veut rétablir la continuité d'un viscère creux en utilisant la face épithéliale des téguments.

1° **Simple renversement d'un lambeau.** — Soit une perforation quelconque à obturer. On avive d'abord trois côtés, comme l'indique la figure 103 suivant les lignes *ab, bc, cd;* on découpe un lambeau *aefd* sur le quatrième côté, on le dissèque de l'incision *ef* jusqu'aux points *a* et *d ;* puis on le renverse sur sa charnière *g*, de façon que la face épithéliale devienne postérieure et regarde la perforation, tandis que la face cruentée est antérieure et regarde à l'extérieur. Il ne reste qu'à suturer *ef* avec *bc*, *fd* avec *dc*, *ea* avec *ab*. Le lambeau peut être pris, *mutatis mutandis*, sur un autre côté quelconque.

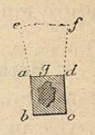

Fig. 103. Autoplastie par renversement.

2° **Renversement d'un lambeau combiné avec le glissement et la superposition d'un autre.** — On fait d'abord deux incisions parallèles *ad* et *bc* (fig. 104) réunies au-dessus et au-dessous de la perforation par les petites incisions *defc* ; on dissèque de dedans en dehors le lambeau ainsi circonscrit. Du côté opposé on découpe un autre lambeau *d'a'* c'*b'* ; mais on le dissèque de dehors en dedans, en le laissant adhérer par son bord interne près de la perforation. On le renverse, de sorte que son bord libre *a'b'* s'insinue sous le bord adhérent *ab* du premier lambeau, bord auquel on le fixe par une série de points entrecoupés perforants. Le premier lambeau est alors glissé sur l'autre, jusqu'à ce que son bord libre *dc* arrive à la lèvre externe de l'incision *a'b'* à laquelle on le fixe également par une série de points. Les deux lambeaux sont donc superposés et se correspondent par leurs faces cruentées. Il ne reste plus qu'à suturer ensemble les bords latéraux des deux lambeaux avec les lèvres externes des incisions correspondantes de la peau.

3° **Renversement d'un lambeau combiné avec le glissement et la superposition de deux autres.** — De chaque côté de la perforation on découpe, puis dissèque de dedans en dehors un lambeau rectangulaire *abcd*, *a'b'c'd'* (fig. 105). On découpe un troisième lambeau *aefa'*, on le dissèque de haut en bas, en le laissant adhérer près de la perforation ; puis on le renverse sur sa charnière *aa'* jusqu'à ce que son bord libre *ef* s'affronte avec la lèvre inférieure de l'incision *dd'*, à laquelle on le suture. Les bords latéraux *ae*, *af* sont fixés aux bords adhérents *ad*, *ad'* des autres lambeaux par des points perforants. Enfin, on suture les lambeaux latéraux entre eux à contact ou à distance.

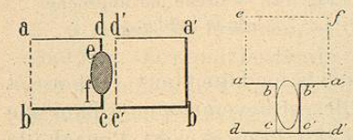

Fig. 104. Fig. 105.
Autoplastie par renversement et superposition.

4° **Renversement et adossement de deux lambeaux.** — On fait quatre incisions, parallèles entre elles deux à deux, de façon à figurer un carré ou rectangle (fig. 119, *abcd*). On dissèque de dehors en dedans les deux lambeaux ainsi tracés, mais en les laissant adhérents sur les bords de la perforation. On les renverse l'un vers l'autre, puis on adosse sur la ligne médiane les faces cruentées de leurs bords libres, et on les réunit par la suture. On suture enfin leurs bords supérieur et inférieur aux téguments environnants.

4° **Méthode italo-allemande**[1]. — Cette méthode, telle qu'elle est actuellement établie, consiste à réparer une perte de substance préalablement avivée au moyen d'un lambeau frais et pédiculé qu'on emprunte à distance, et qu'on laisse attaché à sa région d'origine jusqu'à ce qu'il adhère solidement sur la perte de substance. C'est à Tagliacozzi et à C.-F. Græfe qu'on en doit les éléments fondamentaux. D'abord et longtemps confinée dans la rhinoplastie, elle est devenue aujourd'hui une méthode générale de chirurgie réparatrice. En France, c'est Poncet (de Lyon) et surtout P. Berger qui se sont efforcés de la vulgariser : le premier, sous le nom de *greffe par approche ;* le second, sous celui de *méthode italienne modifiée.*

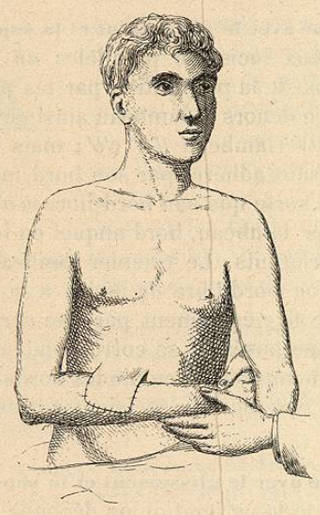

Fig. 106. — Greffe par approche de l'avant-bras.

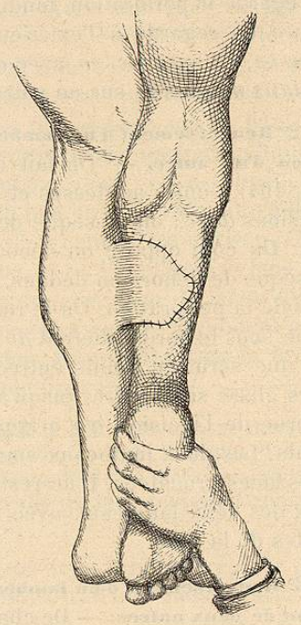

Fig. 107. — Greffe par approche de la jambe.

[1] Cf. Poncet, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, avril 1887 et janvier 1888. — P. Berger, *Congrès franç. de chir*, 1890. — P. Berger et Banzet. *Traité de chirurgie orthopédique*, Paris, 1903, chez Steinheil.

Elle est spécialement indiquée : 1° quand le tissu de cicatrice environnant est incapable de servir à la restauration ; 2° quand les cicatrices vicieuses et des brides ont déformé un membre et qu'il est nécessaire d'interposer des téguments sains ; 3° quand les méthodes autoplastiques de voisinage augmenteraient la difformité, à la face par exemple ; 4° ajouterons-nous, quand on veut combler rapidement et sûrement de vastes pertes de substance.

Le lambeau de restauration se prend : pour la face, au bras ou à l'avant-bras (fig. 600); pour le membre supérieur, au tronc (fig. 106), en avant ou en arrière, ou à la cuisse ; pour le membre inférieur, sur le ventre, sur une fesse, sur l'autre membre inférieur (fig. 107) ou même sur la face postérieure de la cuisse du côté à réparer.

Berger a fort bien posé, ainsi qu'il suit, les règles générales du manuel opératoire :

A. **Préliminaires et préparation.** — Après avoir choisi la région d'emprunt, il faut d'abord dessiner exactement le futur lambeau en lui donnant un tiers ou tout au moins un quart en plus, dans tous ses diamètres que l'étendue de la perte de substance à recouvrir, et en plaçant le pédicule, autant que possible, près de l'abord des vaisseaux nourriciers correspondants.

Il faut, en second lieu, déterminer l'attitude dans laquelle on placera les parties intéressées après l'opération, et préparer l'appareil de maintien (bandage roulé, appareil plâtré, gouttière moulée, etc.). Inutile d'ajouter qu'on doit observer une asepsie rigoureuse.

B. **Exécution de l'opération.** — *a.* **Avivement** de la cicatrice ou de l'ulcère.

b. **Dissection du lambeau,** qui doit comprendre le pannicule adipeux, le fascia superficialis, et quelquefois aussi, vers le pédicule, l'aponévrose.

(Poncet, au contraire, supprime tout le tissu cellulo-graisseux).

c. **Réduction au minimum de la plaie d'emprunt**, en réunissant par une suture au crin de Florence tout ce que l'on peut amener au contact.

d. **Suture du lambeau.** — On se sert de crin de Florence, quelquefois de soie fine. On réunit les bords du lambeau avec ceux de la perte de substance par des points très superficiels et très rapprochés les uns des autres, et c'est seulement vers le pédicule qu'on passe un ou deux points profonds, qui ont pour but d'annihiler les effets du tiraillement du pédicule. Lorsque cette suture marginale a été bien faite et que les dimensions du lambeau ont été exactement calculées, les surfaces cruentées se correspondent parfaitement dans toute leur étendue. Le capitonnage du lambeau, ainsi que le font Maas et autres chirurgiens pour maintenir l'adaptation des surfaces, serait plus dangereux qu'utile, car il peut gêner la circulation dans le lambeau.

e. **Pansement et application de l'appareil de maintien.**

Un mot seulement sur les soins consécutifs. La section du pédicule doit être faite d'un coup, vers le treizième ou le quinzième jour, au ras de la région d'emprunt, et il faut achever ensuite l'autoplastie de ce pédicule, tout en fermant d'autre part complètement la brèche qui a fourni le lambeau. Quant aux résultats obtenus par P. Berger, Maas, Poncet et beaucoup d'autres chirurgiens, ils sont incontestablement des plus remarquables.

5° Méthode à pont. — Nous proposons de désigner ainsi une méthode qui a été employée maintes fois depuis plusieurs années, notamment en Allemagne et en Amérique, et qui diffère de la méthode italo-allemande en

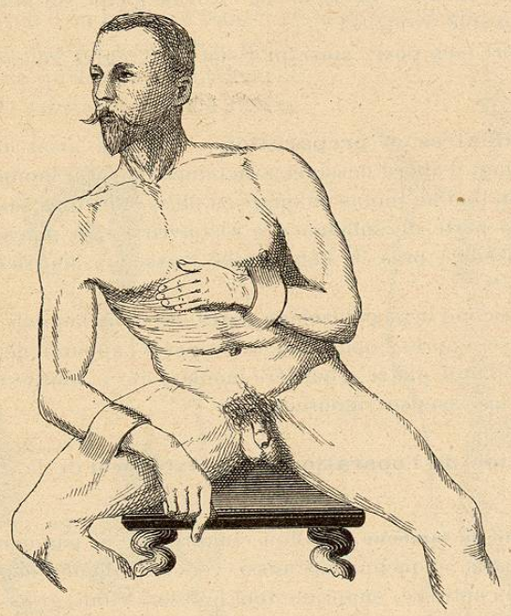

Fig. 108. — Méthode d'autoplastie à pont.

ce que le lambeau de restauration a deux pédicules au lieu d'un seul. La nutrition du lambeau est, par conséquent, mieux assurée.

Cette méthode n'est utilisable que pour l'autoplastie des membres et celle de la verge. Lorsqu'il s'agit d'un membre, on emprunte le lambeau au membre homologue ou à un autre du même côté opposé; on peut aussi l'emprunter au tronc.

Technique. — Soit une perte de substance à réparer sur le dos du poignet gauche ou de l'avant-bras droit. Supposons-la consécutive à l'excision d'une cicatrice vicieuse.

a. **Découpure et dissection du lambeau.** — On le prend, par exemple, à la partie antérieure et latérale de la poitrine, ou sur la cuisse (fig. 108). On y

fait deux incisions verticales et parallèles, de telle sorte que le lambeau délimité soit aussi large que la perte de substance et qu'il égale en hauteur la largeur maximum de la main. Puis on les dissèque à plat, et on le soulève en forme de pont.

b. **Suture du lambeau.** — La main est passée sous le pont cutané, et le lambeau appliqué sur la perte de substance du poignet, à laquelle on le suture à droite et à gauche par une double série de points entrecoupés (crin ou catgut).

c. **Pansement humide**, pour éviter la dessiccation du lambeau; application d'un bandage ou appareil de maintien.

6. Méthode à lambeau libre unique de L. Le Fort[1]. — Le lambeau est emprunté à distance et appliqué sur une perte de substance fraîche ou préalablement avivée, comme dans les deux méthodes précédentes ; mais il ne conserve aucune attache avec la région d'origine ; il est d'emblée totalement transplanté.

Technique. — Après avoir déterminé la région où il convient de prendre le lambeau (on choisit de préférence une peau fine, mince, glabre ou peu velue, comme à la face interne du bras, à la face antérieure et à la face postérieure de l'avant-bras), porter sur cette région le patron de la perte de substance, et dessiner un lambeau qui excède toutes les dimensions d'un tiers. Découper nettement le lambeau avec le bistouri, le disséquer, puis le dépouiller avec soin *de tout le tissu cellulo-graisseux* sous-cutané jusqu'à la face profonde blanche du derme. L'appliquer à la perte de substance, et l'y maintenir bien étalé par quelques points de suture et un pansement légèrement compressif. Enfin, fermer la plaie d'emprunt.

La méthode de Le Fort a surtout réussi dans les restaurations de la face, notamment dans la blépharoplastie ; ailleurs elle compte de nombreux échecs, soit immédiats, soit ultérieurs. Souvent il arrive, après un semblant de prise, que le lambeau se rétracte, s'atrophie et disparaît entièrement (P. Berger, Panas, Le Dentu, Lucas-Championnière, Kœnig, etc.). Il faut cependant reconnaître que les résultats obtenus par Krause sont plus encourageants.

1° Méthode à lambeaux libres multiples d'Ollier[2]. — Le maître lyonnais emploie cette méthode avec succès depuis 1872, non pour créer des centres d'épidermisation, à l'exemple de Reverdin, mais pour remplacer le tissu de cicatrice par un tégument souple et non rétractile. Il transplante sur les plaies granuleuses ou cruentées des lambeaux qui comprennent toute l'épaisseur de la peau et qui mesurent jusqu'à 6 et 10 centimètres carrés.

Quant à la technique, elle est trop facile à concevoir pour que nous entrions dans les détails.

[1] Le Fort, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872.

[2] Cf. Ollier, *Congrès fr. de chirurgie*, 1889 et 1894. — Perret, th. Lyon, 1895-1896.