

Pour cet objet, la chirurgie n'a guère recours qu'à deux moyens : le bistouri et les caustiques. Les partisans des caustiques prétendent qu'ils ont cet immense avantage de procurer une cure radicale, prétention malheureusement cent fois démentie. Pour les cancroïdes superficiels de la face, la pâte arsenicale est plus particulièrement employée, et peut-être en effet réussit-elle mieux que le bistouri. Mais pour les cancroïdes profonds, de même que pour le cancer proprement dit, que le chirurgien les attaque par le fer ou par les caustiques, tout ce qui est en son pouvoir, sinon pour empêcher, du moins pour retarder la récurrence, est, comme je viens de le dire, de poursuivre le plus loin possible les moindres apparences de tissu infecté. M. Martinet (de la Creuse) a obtenu quelques guérisons assez solides, même pour des cancers déjà plusieurs fois récidivés, en recouvrant la plaie avec un lambeau des téguments voisins ; je dois dire que je l'ai imité à plusieurs reprises, sans avoir aussi bien réussi.

Art. VI. — Plaies et corps étrangers.

1° Des plaies par morsures d'animaux enragés.

On conseille, pour empêcher l'absorption du virus, de laver la plaie, d'y appliquer des ventouses, d'établir une ligature entre le lieu blessé et le cœur, d'ouvrir les veines qui ont leurs radicules près de la blessure, et enfin de cautériser la plaie. La cautérisation est de beaucoup le moyen le plus sûr ; on peut employer les caustiques, spécialement le chlorure d'antimoine ; mais le fer rouge obtient généralement la préférence. Les règles de la cautérisation ont été données ; ajoutons seulement qu'il importe beaucoup de ne pas laisser un seul point de la plaie sans le cautériser.

Les mêmes règles s'appliquent aux morsures d'animaux venimeux ; toutefois la morsure de la vipère est rarement assez grave pour exiger une cautérisation aussi énergique. On peut employer l'ammoniac ou l'eau de Luce, ou au besoin une boulette de coton imbibée d'alcool, qu'on brûle sur la blessure, etc.

2° Des plaies par armes à feu.

Les plaies par armes à feu, à part les complications qu'elles partagent avec les autres plaies, n'exigent par elles-mêmes qu'une seule opération, le *débridement*.

Le débridement, jadis trop prodigué, doit être limité aux cas suivants :

1° Quand la balle a traversé des tissus aponévrotiques, et que les premiers signes de l'étranglement se montrent.

2° Quand la plaie a besoin d'être agrandie pour l'extraction des corps étrangers, des esquilles d'os, ou la ligature des vaisseaux.

C'est dans ces derniers cas seulement qu'il faut fendre tout le trajet de la plaie, jusqu'au vaisseau à lier ou au corps étranger à extraire. S'il ne s'agit que de faire cesser l'étranglement commençant, il suffit d'inciser les tissus fibreux qui le produisent.

Voici d'ailleurs les règles générales :

1° Débrider parallèlement à l'axe du membre, en ménageant surtout les vaisseaux et les nerfs.

2° Diriger le bistouri avec le doigt ou la sonde cannelée, et le faire agir de dedans en dehors : on se sert volontiers, dans ce cas, du ténotome mousse.

3° Agrandir la plaie autant que possible du côté le plus déclive, pour favoriser l'écoulement du pus.

4° Si les chairs sont bridées par des aponévroses, fendre celles-ci en long d'abord, puis en travers, et même, s'il est nécessaire, en étoile.

5° Prolonger l'incision dans toute l'étendue de l'étranglement.

6° Panser ensuite la plaie simplement, en évitant la réunion des incisions par première intention.

3° Des corps étrangers avec ou sans plaie.

Les corps étrangers sont de plusieurs sortes : les uns, arrondis ou non, mais dont les trois dimensions diffèrent peu, sont lancés dans la profondeur des tissus par une force quelconque, sans donner prise pour ainsi dire à l'extérieur : tels sont les balles, le menu plomb, les grains de poudre, la bourre d'une arme à feu, une portion de vêtement, etc. Les autres ont une forme allongée, et peuvent souvent être saisis par une de leurs extrémités, comme une lame de couteau ou d'épée, une écharde, etc.

En général, ils sont accompagnés d'une plaie qui a servi à les introduire. Mais assez souvent, une balle, une aiguille sont perdues dans les tissus, et y demeurent même quand la plaie est fermée.

I. *Extraction des balles.* — Cette opération se fait, ou avec les doigts, quand la balle est à portée et peu engagée, ce qui est assez rare, ou avec des instruments. Dans la majeure partie des cas, la spatule et les pinces à disséquer suffisent ; au besoin on aurait recours aux pinces à polype de M. Charrière, dont les manches croisés

l'un sur l'autre permettent aux branches de s'écarter presque parallèlement.

Les règles générales sont :

1° De s'assurer avant tout de la position de la balle, en examinant le trajet de la plaie, en s'informant de la position du blessé au moment du coup, en sondant la plaie, en explorant tous les points de la surface du membre ou du tronc où l'on présume que s'est dirigée la balle.

2° De faire tous les débridements nécessaires pour arriver jusqu'à elle, et lui ouvrir un large passage.

3° D'inciser sur elle avec soin le tissu cellulaire qui la tient quelquefois comme encapuchonnée.

4° Si elle est très loin de l'ouverture extérieure et très rapprochée d'un autre point de la surface du membre, c'est là qu'il faut inciser pour l'extraire, sur la saillie qu'elle forme.

5° Si elle est incrustée dans un os, et qu'on juge son extraction nécessaire, on attaque l'os avec la gouge ou le trépan; sinon on l'abandonne, et la plaie guérit quelquefois aussi bien.

6° Si elle est si profondément cachée dans les parties molles qu'on ne puisse la sentir, ou qu'il faille d'énormes incisions pour la saisir, c'est encore le cas de l'abandonner à la nature.

7° Si elle est enclavée entre deux tendons, on est quelquefois obligé d'en couper un en travers.

8° Si elle est retenue entre deux os, comme à la jambe ou à l'avant-bras, au métacarpe ou au métatarse, on l'ébranle et on la dégage avec la petite extrémité de la spatule ordinaire.

9° Si l'on a lieu de redouter quelque hémorrhagie durant ces tentatives, on fait comprimer l'artère principale par un aide ou avec un tourniquet.

II. *Extraction des autres corps non saillants à l'extérieur.* — On extrait les grains de poudre arrêtés à la peau avec la pointe d'une aiguille; opération minutieuse, et dont on ne peut guère attendre un succès complet.

Les esquilles d'os, les éclats de bois, de verre, les fragments d'habits, se retirent avec les pinces à polype ou à dissection, après les débridements nécessaires.

Si un corps étranger quelconque se trouve perdu dans les tissus après la cicatrisation de la plaie, on attend pour l'extraire qu'il fasse sous la peau une saillie bien caractérisée; alors on incise dessus, et on le tire avec des pinces.

III. *Extraction des corps étrangers laissant prise à l'extérieur.* — Si une lame d'épée ou de couteau est enfoncée dans les chairs, et laisse au dehors une poignée, on la retire par cette poignée même.

Si la lame est brisée et ne peut être saisie avec les doigts, on se sert de pinces très fortes dont on garnit les mors de linge, pour les empêcher de glisser sur la lame.

Si la lame résiste, et si elle est enfoncée dans les parties osseuses, il peut se présenter trois cas :

1° Ou bien on peut encore la saisir à l'extérieur, et alors on a recours aux plus fortes tenailles de maréchal; quelquefois on a été obligé de mettre le pied sur la région où était enfoncée la lame, pour l'assujettir durant les violents efforts de traction.

2° Ou bien la lame, brisée au niveau de l'os, fait saillie dans une cavité, comme la bouche ou la poitrine; on peut alors armer le doigt d'un dé métallique, le porter dans la cavité, et repousser la lame de dedans en dehors avec ce doigt; on sent toutefois qu'il ne faudrait adopter ce procédé pour la poitrine qu'autant qu'il y aurait déjà une plaie pénétrante.

3° Ou bien la lame n'offre de saillie ni en dehors, ni dans une cavité: si elle cause de très graves accidents, on trépane sur les os pour obtenir quelque prise à l'extérieur; si les accidents sont peu de chose, on attend que l'inflammation et la suppuration aient ramolli les tissus et donné un peu de jeu au corps étranger.

Art. VII. — Des cicatrices vicieuses.

Les cicatrices, formées par l'exsudation et l'organisation d'une lymphe plastique à la surface des plaies, se montrent d'abord sous la forme d'une pellicule mince, rougeâtre, facile à rompre, et jouissant déjà d'une force de rétractilité telle, qu'elles attirent plus ou moins les bords de la plaie vers le centre, et sont constamment moins étendues que les pertes de substance qu'elles réparent. Durant plusieurs semaines, plusieurs mois, et même plus longtemps, elles se perfectionnent et s'épaississent progressivement, reviennent de plus en plus sur elles-mêmes, de manière à attirer la peau en divers sens, à former des brides difformes, gênantes, inextensibles; cette rétraction consécutive ne s'arrête que quand la cicatrice est devenue blanche, solide, quand enfin son organisation est terminée. Alors on les trouve formées, au-dessous d'une mince lame d'épiderme, par un tissu dense, à lames fibreuses entrecroisées dans tous les sens: c'est ce qu'on nomme *tissu de cicatrice* (Dupuytren), *tissu*

inodulaire (Delpech). La cicatrice adhère intimement aux parties sous-jacentes, et l'inflammation détruit son tissu avec une rapidité extraordinaire. De là le précepte important d'éviter les incisions sur les cicatrices mêmes ou dans leur voisinage immédiat, hors les cas d'absolue nécessité.

Les difformités par suite de cicatrices qui réclament l'emploi des instruments sont comprises sous ces cinq chefs :

- 1° Cicatrices saillantes ;
- 2° Tumeurs des cicatrices ;
- 3° Cicatrices trop étroites ;
- 4° Adhérences ;
- 5° Oblitérations anormales.

1° Des cicatrices saillantes.

Quand la cicatrice est légère, on la détruit par des applications répétées de nitrate d'argent. Si elle est plus forte, on introduit à plat, sous sa partie moyenne, un bistouri mince, que l'on fait courir ensuite en rasant la peau jusque vers les extrémités, afin d'enlever complètement tout ce qui dépasse le niveau désiré ; puis on panse à plat, en touchant au besoin avec le nitrate d'argent la cicatrice commençante, pour l'empêcher de proéminer de nouveau.

2° Tumeurs des cicatrices.

Il n'est pas rare de voir se développer sur les cicatrices des tumeurs généralement dures et comme fibreuses, quelquefois fongueuses et saignantes, qui peuvent acquérir un volume considérable, et sont surtout sujettes à récidiver. On les attaque comme toute autre tumeur. J'ai vu une tumeur de ce genre du volume d'une orange, siégeant sur l'avant-bras, qui comptait déjà plusieurs récidives ; le sujet était résigné à l'amputation. Avant de recourir à cette ressource extrême, je voulus essayer de recouvrir la plaie de l'extirpation avec les téguments voisins ; une partie du lambeau se gangrena, mais l'autre reprit, et plusieurs mois après il n'y avait aucune apparence de récidive.

3° Des cicatrices trop étroites ou brides.

On entend sous ce nom des cicatrices qui rapprochent des parties trop éloignées pour qu'il y ait adhérence possible entre elles : par exemple, quand la tête est inclinée sur l'épaule, l'épaule vers la

hanche, les diverses brisures des membres fléchies ou étendues par ces brides, etc.

Il y a deux grandes méthodes pour remédier à ces cas : l'une qui consiste à enlever toute la cicatrice et à réparer la perte de substance par l'autoplastie ; l'autre, plus ancienne, qui conserve et tend à allonger la cicatrice même.

Procédé ordinaire. — On pratique sur un ou plusieurs points de la longueur de la bride des incisions qui la divisent en travers dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur ; puis on étend les parties dans une direction opposée à celle que la cicatrice leur avait donnée, et on les maintient écartées, soit à l'aide de la position, soit au moyen de bandages ou de machines. Quand les parties sont souples et extensibles, on les ramène sur-le-champ à la position qu'elles doivent garder pendant tout le traitement ; si elles sont roides, cette manœuvre pourrait produire des douleurs atroces, une inflammation violente, et même la gangrène. Il vaut donc mieux procéder lentement et par degrés, et même, au lieu d'attelles inflexibles, recourir à des ressorts élastiques qui procurent une extension douce et permanente à la fois.

On a essayé aussi de diviser la bride très obliquement, de manière à avoir un petit lambeau de tissu cicatriciel tout consolidé qui s'appliquerait sur une partie de la plaie. Cela n'a pas d'inconvénient, mais offre bien peu d'avantage.

On panse les plaies à plat, et l'on tâche de procurer la cicatrisation. S'il se forme de nouvelles brides, ce qui n'est pas rare, il faut les couper sans hésiter ; précepte important, et qui seul assure le succès de l'opération.

Procédé d'Amussat. — Lorsque l'on a divisé une partie dont on veut empêcher la réunion, qu'il y ait eu ou non une cicatrice préexistante, les surfaces suppurantes tendent à se rapprocher, parce qu'elles se recouvrent en même temps d'une membrane inodulaire dont la rétraction les attire l'une vers l'autre. Il faut donc rompre la continuité de cette membrane, faire en sorte que la cicatrice de l'une des surfaces s'achève isolément et indépendamment de l'autre ; et, pour cela, dès que la suppuration est établie, fendre à diverses reprises, toutes les vingt-quatre heures, l'angle d'union des deux surfaces où la membrane inodulaire passe de l'une à l'autre.

J'ai vu par ce procédé l'orifice de l'urètre, agrandi par une incision, se cicatrifier en gardant toute l'ampleur que l'incision lui avait donnée. Mais il faut bien ajouter que, lorsqu'il s'agit de cicatrices larges et profondes, la difficulté est plus grande, et l'on échoue aussi bien que par le procédé ordinaire.

Au total, cependant, les résultats acquis ont permis de modifier au moins l'une des règles posées auparavant pour la division des cicatrices. Ainsi on conseillait de n'opérer que sur les cicatrices parfaitement organisées, c'est-à-dire quelques mois ou même quelques années après leur formation, sous peine d'entraîner peut-être leur inflammation et leur destruction. Évidemment cette crainte est exagérée, et l'on peut, à moins de contre-indications spéciales, agir sur les cicatrices à toutes les époques.

4° Adhérences anormales.

Telles sont les cicatrices qui unissent les doigts entre eux, le pénis au scrotum ou à l'abdomen, le bras au tronc, etc. Trois procédés.

1° *Procédé ancien.* — On divise les adhérences avec soin jusqu'au delà de leur origine, et l'on panse à plat chacune des surfaces saignantes qui en résultent. Si l'on se bornait là, la cicatrice qui se forme d'abord à l'angle d'union des parties divisées, en se propageant et en se rétractant, aurait bientôt reproduit une adhérence presque semblable à la première. On conseille donc d'exercer sur ce point une compression méthodique et continue, qui mette obstacle à l'extension de la cicatrice.

La section réitérée de l'angle d'union pratiquée par Amussat, comme il a été dit dans le paragraphe précédent, a peut-être un peu plus d'efficacité que cette compression, le plus souvent illusoire.

2° *Procédé de Rudtorffer.* — Il consiste à percer la peau avec un trocart, au point où commence dans l'état normal la séparation des parties, à la base des doigts par exemple, si l'on a affaire à une adhérence de ces organes. On passe dans ces trous un fil de plomb, qu'on y laisse jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. Alors seulement on le retire et l'on achève de diviser les brides ; on panse ensuite à plat comme à l'ordinaire.

3° *Procédé autoplastique.* — Après avoir détruit les adhérences dans toute leur étendue, on dissèque légèrement la peau à droite et à gauche, ou d'un côté seulement, de façon à pouvoir réunir par première intention. Dieffenbach a employé ce procédé avec succès pour la restauration du prépuce, et moi-même pour l'adhérence des doigts.

5° Oblitérations contre nature.

Nous comprendrons à la fois sous ce titre, et l'oblitération complète, et le simple rétrécissement des orifices naturels, comme la vulve, la bouche, etc. On a proposé plusieurs procédés.

1° *La dilatation.* — Par des moyens mécaniques, bougies, plaques de métal, éponges préparées, etc.

2° *L'incision.* — Soit qu'on perfore une ouverture oblitérée, ou qu'on agrandisse une ouverture rétrécie, on se sert, selon les cas, du bistouri seul ou guidé par la sonde cannelée, des ciseaux mousses, du trocart. Puis, l'ouverture ramenée à ses dimensions normales, on y introduit des mèches ou des tubes d'ivoire façonnés exprès, d'un calibre plus gros que l'ouverture naturelle, et on les y laisse à demeure jusqu'à ce que la cicatrice soit formée, et même longtemps après, à cause de la tendance extrême qu'ont ces sortes d'orifices à se rétrécir quand on cesse toute dilatation.

3° *Le procédé de Boyer,* qui unit à l'incision une compression exercée aux deux extrémités de l'orifice par deux crochets tirés en sens contraire. Ce n'est autre chose que le procédé ordinaire pour les adhérences ; il a fort bien réussi à son auteur dans un cas d'oblitération incomplète de la bouche.

4° *Le procédé de Rudtorffer,* qui exigerait ici deux trous, pour les deux commissures de l'orifice.

5° *Le procédé autoplastique de Dieffenbach,* qui consiste à enlever une languette des téguments et des tissus sous-jacents dans toute l'étendue que doit avoir l'orifice naturel, sans toucher à la muqueuse ; à inciser ensuite la muqueuse de façon à en obtenir deux lambeaux qu'on renverse de chaque côté de la plaie, et qu'on réunit par suture à la peau extérieure. Il sera décrit plus amplement à l'article du *Rétrécissement de la bouche.*

Appréciation. — Pour les petites ouvertures, comme les narines et le conduit auditif, la dilatation pure, ou combinée avec l'incision, est seule convenable. Pour les grands orifices, le procédé de Dieffenbach est incontestablement supérieur.

Il y aurait un rapprochement curieux à faire entre tous ces procédés pour les rétrécissements extérieurs, et ceux qu'on a imaginés pour les rétrécissements internes ; mais ces considérations sortent de notre plan, et nous nous contenterons de renvoyer aux articles

qui traitent de la fistule lacrymale et des rétrécissements de l'urètre : on y trouvera tous les points de comparaison.

Art. VIII. — De l'autoplastie.

Le principe sur lequel repose cette importante section des opérations chirurgicales est la possibilité de réunir des parties transportées d'une région à une autre sur le même individu. Tantôt le lambeau est pris au voisinage de la perte de substance, et tantôt il est pris à distance ; de là deux grandes méthodes, dont la première se subdivise en deux autres, selon que le lambeau a une large base ou un simple pédicule. La large base se rattache à la *méthode ancienne*, ou *méthode de Celse* ; le pédicule à la *méthode indienne* ; l'autoplastie à distance est appelée *méthode de Tagliacozzi*, ou *méthode italienne*.

Roux a combiné la méthode italienne avec la méthode indienne. Ayant à remédier à une perte de substance de l'aile du nez et de la partie supérieure de la joue, il emprunta un lambeau à la lèvre inférieure, et le greffa d'abord sur la supérieure ; puis, quand ses adhérences furent bien solides, il le détacha de nouveau pour le porter au point convenable. Mais il est bien rare qu'on soit forcé de recourir à un semblable moyen.

I. MÉTHODE DE CELSE. — Comme il a été dit, cette méthode a pour objet de réparer la perte de substance à l'aide de la peau voisine, tantôt seulement disséquée et allongée, tantôt découpée en lambeaux, mais alors en laissant à ceux-ci une large base.

Il y a un assez bon nombre de procédés, auxquels on a donné les noms de *procédés par glissement*, *en tiroir*, et *par inclinaison du lambeau*.

1° *Procédés par glissement*. — Ils conviennent particulièrement quand la brèche à combler est peu considérable.

On commence par rafraîchir les bords de la solution de continuité, de manière à lui donner une forme elliptique ou angulaire ; puis disséquant la peau d'un côté et de l'autre, on les rapproche vers le milieu de la plaie de manière à avoir une cicatrice linéaire, et on les maintient par des points de suture.

Quand la peau ne prête point assez malgré la dissection préalable, on ajoute des incisions diversement modifiées. Ainsi M. J. Roux allonge la plaie en pratiquant à chaque extrémité une incision dans le sens de sa longueur, ce qui permet de disséquer la peau beaucoup plus loin.

Celse prescrit de faire à quelque distance de la plaie, et sur chaque

lambeau, une incision courbe qui regarde l'autre par la concavité. Cela permet d'attirer beaucoup plus loin et plus facilement les deux lambeaux, qui adhèrent toujours par leurs parties latérales au reste de la peau, et au tissu cellulaire sous-jacent par une partie de leur face profonde.

M. Nélaton, dans un cas de fistule urétrale avec perte de substance étendue, a pratiqué deux incisions transversales au delà des angles de la perte de substance, et disséqué les téguments jusqu'à ces incisions. Il en résulte que la plaie ne subit aucune tension dans sa longueur, et que la réunion des angles est plus assurée, puisque les points de peau qu'on y a laissés figurent une sorte de suture vivante qui maintient plus solidement que toute autre les bords affrontés par les aiguilles. Ce sont les incisions de Celse, disposées seulement du côté des angles de la plaie, au lieu de l'être parallèlement à ses bords.

Procédés à tiroir. — Le plus usité est celui de Chopart. Après avoir rafraîchi les bords de la plaie de telle sorte qu'ils s'unissent à angles droits, on pratique, à partir de ces angles, deux incisions parallèles qui circonscrivent un lambeau quadrilatère détaché par trois côtés. On dissèque ce lambeau, qui s'allonge aisément, et peut quelquefois seul recouvrir la plaie tout entière.

S'il est nécessaire, on en pratique un second de l'autre côté, d'après les mêmes principes, et l'on réunit par suture.

M. Alliot a modifié ce procédé dans un cas de fistule urétrale où il voulait recouvrir le canal avec un lambeau, en reportant la suture à distance. Il a donc disséqué les deux lambeaux comme il vient d'être dit ; après quoi il en a retranché un pour recouvrir avec l'autre toute la perte de substance. Le procédé a réussi, et pourrait être mis en usage contre d'autres fistules.

Procédés par inclinaison du lambeau. — On les a beaucoup multipliés pour la blépharoplastie, la chéiloplastie, etc. Soit une perte de substance triangulaire ou quadrilatère, on taille dans la peau la plus voisine un lambeau à large base, et qui, pour venir recouvrir la brèche, devra être incliné de côté de plusieurs degrés, et au besoin jusqu'à un quart de cercle.

Ces procédés laissent nécessairement, à la place qu'a quittée le lambeau, une nouvelle perte de substance qui aura besoin d'être comblée à son tour. Ils se rapprochent par là de la méthode indienne, dont nous allons nous occuper.

II. MÉTHODE INDIENNE. — On prend également un lambeau sur les téguments voisins, mais dans une direction telle que, pour l'appliquer sur la perte de substance, il faudra lui faire exécuter une inclinai-

son de beaucoup plus d'un quart de cercle, quelquefois même d'un demi-cercle. Cela ne se peut sans le tordre plus ou moins à ses attaches, et c'est pourquoi ses attaches doivent se rétrécir jusqu'à la proportion d'un simple pédicule.

Procédé ancien. — Les deux incisions qui circonscrivent latéralement le pédicule s'approchent à égale distance de la circonférence de la plaie, mais sans s'y confondre. Il en résulte que, quand on renverse le lambeau, la surface saignante est en avant, et que pour la remettre en arrière, il faut faire exécuter au pédicule un mouvement de torsion de 180°, qui peut nuire à la circulation et favoriser la gangrène. Plus tard aussi on est obligé de couper ce lambeau en travers, pour éviter la difformité.

C'est par ce procédé que les Hindous pratiquent la rhinoplastie ; on trouvera d'autres détails à l'article consacré à cette opération.

Procédé de Lallemand. — On prolonge l'une des incisions jusqu'à la plaie même, tandis que l'autre en demeure assez éloignée pour laisser au pédicule une suffisante largeur. Dans ce procédé, la torsion disparaît presque complètement ; il n'y a qu'un déplacement latéral du lambeau et du pédicule. C'est donc celui qu'il faut préférer, à moins de circonstances spéciales.

III. MÉTHODE ITALIENNE. — On emprunte le lambeau dont on a besoin à une partie du corps fort éloignée, et plus spécialement à la peau du bras. Après avoir rafraîchi les bords de la solution de continuité, on forme avec de la cire, ou l'on taille avec du papier une figure du lambeau nécessaire pour combler la perte de substance ; on applique ce papier sur le bras, par exemple ; on circonscrit avec le bistouri un lambeau pareil comprenant toute la peau, et on le dissèque, en prenant soin toutefois de lui laisser une base assez large pour maintenir la circulation et la vie. On applique le lambeau sur la plaie qu'on veut fermer, on l'y fixe par des points de suture, et l'on maintient, à l'aide de bandages appropriés, le bras en position telle, que la réunion ne soit entravée par aucun tiraillement. La réunion opérée, on coupe le pédicule du lambeau, on enlève l'appareil et les sutures ; la perte de substance est réparée, le bras redevient libre, et il ne s'agit plus que de faire cicatriser sa propre plaie.

C'est Græfe qui le premier a pratiqué la réunion par première intention, et a voulu donner au procédé ainsi conçu le nom ambigue de *méthode allemande*. Tagliacozzi laissait suppurer le lambeau du bras avant de l'appliquer.

Il y a ici quelques règles générales, qui s'appliquent également à la deuxième méthode.

1° Il faut donner en général au lambeau la forme de la partie à recouvrir ; cependant il serait inutile de s'attacher beaucoup à cette forme, attendu que le travail de la cicatrisation ne la laissera jamais telle qu'on l'aura découpée d'abord.

2° Le lambeau doit toujours être taillé plus grand que la partie à recouvrir. En général, il faut lui donner un tiers en sus, surtout quand il devra suppurer par sa face interne.

3° Il faut donner au lambeau toute l'épaisseur que l'on pourra, pour avoir plus de chances contre la gangrène. Ainsi, aux membres, on comprendra toutes les couches sous-cutanées, jusqu'à l'aponévrose, qui seule sera respectée. Au crâne, il faut aller jusqu'au péricrâne.

4° Le lambeau devra être réuni par des sutures fines assez multipliées pour ne laisser nulle part d'écartement entre les bords. Les sutures à épingles réclament ici la préférence.

5° Tout lambeau incliné, tordu, ou pris à distance, laisse à sa place une plaie nouvelle, qui à son tour a besoin d'être comblée. On cherche, autant que possible, à en rapprocher les bords, à les réunir même par suture, soit en disséquant les téguments, soit en empruntant d'autres lambeaux à une région voisine où la peau est plus lâche. Si cela ne se peut, on laisse la cicatrice se faire de toutes pièces.

6° Les lambeaux qui ne tiennent que par un étroit pédicule, et quelquefois aussi ceux à large base, mais composés de téguments minces, comme au bras, sont sujets à pâlir et à se refroidir aussitôt après leur dissection. Les applications froides, sans l'être trop, sont utiles alors pour leur rendre un peu de tonicité. Si, au bout de quelques heures, un lambeau devenait gonflé et bleuâtre, on pourrait appliquer aux points les plus éloignés du pédicule, une ou deux sangsues pour en opérer le dégorgeant.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES MUSCLES ET LEURS DÉPENDANCES.

1° De la ténotomie en général.

On pratique la section en travers d'un muscle, d'un tendon, d'une aponévrose, dans les cas de rétraction permanente et rebelle à tout autre moyen. Ces opérations, fort rares autrefois, alors surtout qu'on divisait les téguments avec les muscles, ont pris il y a une vingtaine d'années une extension extraordinaire ; et il y avait une