enlever *en bloc*, sans effraction de leurs tissus propres, en réséquant au besoin la grosse veine et même l'artère principale qui leur adhèrent de manière trop intime ; 5° faire toujours, autant que possible, la réunion immédiate des plaies, soit par l'affrontement direct des lèvres, soit par les divers procédés d'autoplastie que nous exposons plus loin ; 6° plus tard, après la cicatrisation, surveiller la région des ganglions tributaires qui n'ont pas été enlevés en même temps que le néoplasme de la peau, et, s'ils sont pris à leur tour, même seulement suspects, les enlever à leur tour. — Divers chirurgiens, pour éviter les interventions secondaires, préfèrent l'évidement ganglionnaire *systématique d'emblée* dans toute ablation d'épithélioma, alors même que les ganglions paraissent sains, ces ganglions pouvant recéler déjà des cellules cancéreuses.

Résultats ; les récidives, les opérations de récidives. — Les résultats de l'extirpation sont certainement meilleurs, d'une manière générale, dans les épithéliomas de la peau que dans les autres épithéliomas, surtout les épithéliomas viscéraux : on peut les reconnaître de bonne heure, on peut les opérer largement, y compris la toilette ganglionnaire. Mais, malgré tous ces avantages, les guérisons durables sont le petit nombre, les récidives sont la règle.

Les récidives ont lieu soit au siège primitif des épithéliomas, soit dans la première étape ganglionnaire, opérée ou non opérée, soit dans les ganglions plus éloignés, soit en ces divers points à la fois. Dans les deux premiers cas on doit encore opérer si l'état général n'y met point obstacle ; nous estimons, au contraire, que l'ablation s'empose toujours dès que les ganglions du second rang se montrent affectés, les chances de succès thérapeutique étant à peu près nulles.

Traitement palliatif. — Dans les cas où l'opération radicale est impossible, dans ceux récidivés sans espoir de guérison, le chirurgien a encore un rôle utile à jouer : il s'agit d'abord de combattre les effets de la décomposition et de l'infection des tissus malades par des applications antiseptiques et désodorantes (solutions phéniquées, liqueur de Labarraque, thymol, iodoforme, formol) ; la cautérisation, le curettage peuvent être nécessaires dans le même but. En second lieu l'hémorragie, par son abondance ou sa répétition, peut réclamer l'emploi des divers moyens usités contre elle, y compris la ligature des gros vaisseaux. La douleur, enfin, peut être assez intense pour devenir une source d'indications thérapeutiques : antipyrine, morphine, etc., même la neurectomie ou l'élongation nerveuse. Un régime tonique et des médicaments nutritifs complètent le traitement. Avec ces divers soins et d'autres que suggère la pratique journalière, on prolonge l'existence et, en tous cas, on la rend le moins pénible possible.

Section II. — 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.

A. — 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[1] qui ne l'a exécutée que trois ans après lui ; la *méthode à lambeaux libres multiples d'Ollier* (1872).

a. *Méthode française.* — Son principe fondamental consiste à utiliser les téguments du voisinage immédiat de la brèche à combler, en taillant ou non

[1] Ch. Monod (*Soc. chir.*, 21 juillet 1898).

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 glissement marginal.* — Il convient aux brèches peu larges, elliptiques, ovalaires ou losangiques (fig. 132, 1, 2, 3), dont les 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

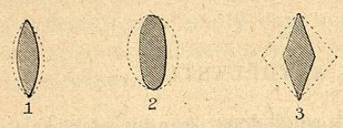

Fig. 132.
Autoplastie par glissement marginal.

Fig. 133.
Incisions libératrices.

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.

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. 133).

2° *Procédé en rideaux.* — Soit une brèche triangulaire (fig. 134, 1). Pour la fermer, on prolonge plus ou moins à droite et à gauche l'incision basale en

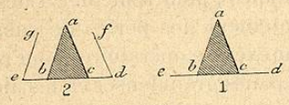

Fig. 134.
Autoplastie en rideaux.

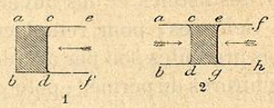

Fig. 135.
Autoplastie en tiroir.

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. 134, 2).

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 135, 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. 135, 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 triangu-

laire par exemple, en prolongeant l'incision basale dans une direction rectiligne ou curviligne (fig. 136, 1, 2, 3, 4). Au besoin, on ajoute une incision à l'extrémité du prolongement (fig. 136, 5, 6). Le lambeau est alors disséqué,

Fig. 136. — Autoplastie par inclinaison.

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

b. *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.

Procédé ancien. — Soit une perte de substance triangulaire *abc* (fig. 137), 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. 137.
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.

Procédé de 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. 138), 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

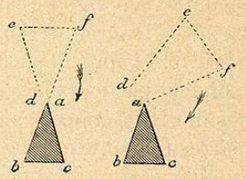

Fig. 138.
Autoplastie indienne modifiée.

et en dehors du sommet de la brèche. Lorsqu'il a été disséqué, on le fait tourner sur le côté d'union *afb* (fig. 138), dans le sens de la flèche qui accompagne chaque figure. Le reste comme dans le procédé ancien.

c. *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 139 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.

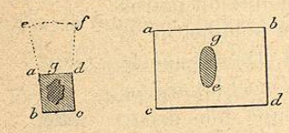

Fig. 139. Fig. 140.
Autoplastie par renversement.

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. 140) au-dessus et au-dessous de la perforation par les petites incisions *de fc*; on dissèque de dedans en dehors le lambeau ainsi circonscrit. Du côté opposé on découpe un autre lambeau *da' bc'*; 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 *a b* 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 *d c* 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 *a b c d*, *a' b' c' d'* fig. 141). On découpe un troisième lambeau *a e f a'*, on le dissèque de haut

en bas, en le laissant adhérer près de la perforation ; puis on le renverse sur sa charnière *a a'* jusqu'à ce que son bord libre *e f* s'affronte avec la lèvre inférieure de l'incision *d d'*, à laquelle on le suture. Les bords latéraux *ae*, *a'f* sont fixés aux bords adhérents *a d*, *a d'* des autres lambeaux par des points perforants. Enfin, on suture les lambeaux latéraux entre eux à contact ou à distance.

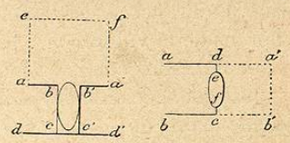

Fig. 141. Fig. 142.
Autoplastie par renversement.

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. 142, *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.

d. *Méthode italo-allemande.* — 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

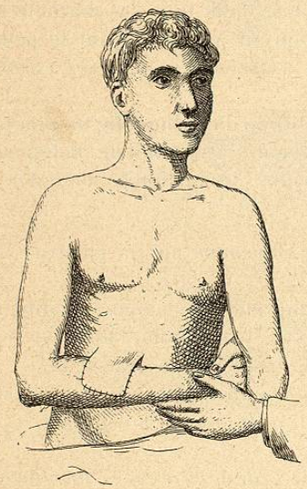
Fig. 143. — Greffe par approche de l'avant-bras droit.

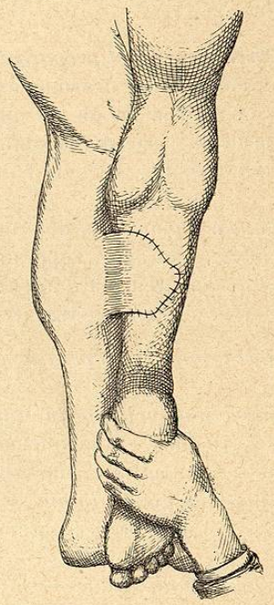
Fig. 144. — Greffe par approche de la jambe droite.

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 en la rhinoplastie, elle est devenue aujourd'hui une méthode générale de chirurgie réparatrice. En France, c'est Poncet (de Lyon)[1], et surtout P. Berger[2] qui se sont efforcés de la vulgariser : le premier, sous le nom de *greffe par approche ;* le second, sous celui de *méthode italienne modifiée.*

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 ; pour le membre supérieur, au tronc (fig. 143), 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. 144) 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.* — 1° *Avivement* de la cicatrice ou de l'ulcère.

2° *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.)

3° *Reduction 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.

4° *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

[1] A. Poncet (*Soc. chir.*, 6 avril 1887 et 4 janvier 1888).

[2] P. Berger, consultez son très remarquable mémoire du *Congrès fr. de Chirurgie,* p. 361, 1890, où il rappelle ses publications antérieures, dont la première remonte à 1880.

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.

5° *Pansement humide* (de préférence à la gaze iodoformée, avec imperméable, et au coton hydrophile), 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 14e ou le 15e 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.

e. *Méthode à pont*[1]. — Nous proposons de désigner ainsi une méthode qui

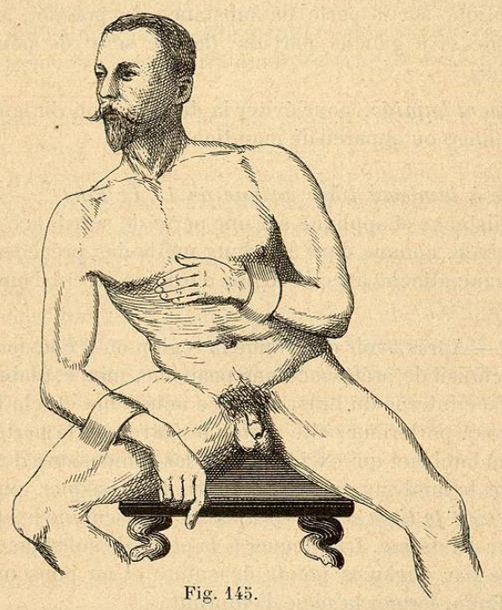

Fig. 145.
Méthode d'autoplastie à pont.

a été employée maintes fois depuis plusieurs années, notamment en Allemagne et en Amérique, et qui diffère de la méthode italo-allemande en ce

[1] V. Hacker (*Langenbeck's Arch. f. klin. Chir.*, XXXVII, 1888).