

culaire, dont les cellules les plus superficielles tendent à s'aplatir parallèlement à la surface pour ébaucher un derme rudimentaire. Donc, il s'agit d'expliquer la naissance de cellules épithéliales, au niveau des bourgeons centraux, loin du liséré périphérique. Et ce point très simple a une haute importance histologique et thérapeutique.

Deux opinions ont été soutenues : 1° pour les uns, l'épithélium peut résulter de la transformation des cellules conjonctives

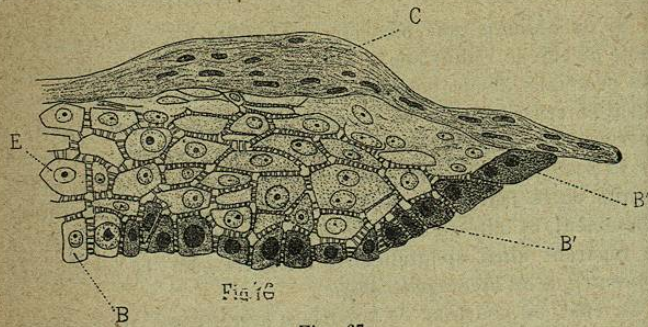


Fig. 67.  
Marge de l'épiderme en extension à la surface d'un bourgeon charnu (BRANCA).

B, cellule basilaire située à quelque distance du bord de l'épiderme. Cette cellule est claire. A mesure qu'on s'approche de la perte de substance les cellules basilaire B' deviennent sombres, leur noyau est très colorable et sur la marge même du bourgeon charnu les cellules basilaire B' semblent fusionnées. — E, couche de cellules polyédriques. — C, couche cornée, munie de noyaux; cette couche débordé les cellules extrêmes B' de l'assise basilaire (ocul. 1, obj. 1/16).

sous-jacentes ; 2° pour les autres, cette néoformation épithéliale ne saurait dériver que de cellules préexistantes épithéliales. — La première théorie inspirée par l'opinion de VIRCHOW, selon laquelle les cellules du tissu conjonctif sont susceptibles, après avoir repris la forme embryonnaire, de s'organiser en d'autres tissus, fondée par conséquent sur l'hypothèse de l'indifférence cellulaire, est abandonnée ou réservée pour des cas exceptionnels : régénération de l'épithélium des cornes utérines aux dépens des cellules conjonctives du chorion selon MATHIAS DUVAL ; réparation de l'épithélium vésical aux dépens du chorion d'après

Étienne de ROUVILLE. Mais en règle presque constante, comme l'a démontré ROBIN dès 1852, la régénération des cellules épithéliales procède de cellules de même nature ; la *spécificité cellulaire* est ici hors de doute.

La genèse des îlots épidermiques qu'on voit se former au centre des plaies bourgeonnantes, loin des marges de la plaie, est explicable de deux façons : 1° ou bien il persiste en ces points quelques cellules du réseau de MALPIGHI ou quelques glandes sudoripares épargnées par la lésion et ce sont ces résidus épithéliaux qui amorcent la néoformation ; 2° ou bien ces foyers distants d'épidermisation proviennent d'une greffe, c'est-à-dire du transport, sur la surface de la plaie de quelques cellules épidermiques, détachées de la périphérie. — Donc l'épiderme peut se régénérer au moyen de greffes, tant est vivace la cellule épithéliale : cette notion est fondamentale ; car, sur elle, se fonde la méthode des transplantations épidermiques ayant pour but de hâter la cicatrisation des surfaces bourgeonnantes étendues.

## ARTICLE PREMIER

## CICATRICES VICIEUSES ET CICATRICES RETARDANTES

Avec PANAS, nous distinguons : les cicatrices difformes ; les difformités par cicatrices.

Une cicatrice peut être *difforme* : par *coloration anormale* (tatouages consécutifs aux brûlures par la foudre) ; par *saillie exagérée* (chéloïde cicatricielle), ce qui s'observe surtout chez les scrofulo-tuberculeux.

Les *difformités par cicatrices* sont dues à deux causes : d'abord à la rétractilité de la cicatrice (rétraction inodulaire), avec laquelle le chirurgien doit toujours compter dans le calcul de ses lambeaux ; en second lieu, à cette tendance qu'ont les nappes bourgeonnantes à se souder ensemble. C'est ainsi qu'on voit les doigts voisins s'accoler, le bras se fixer au tronc, les paupières, les lèvres se rétrécir, les narines se clore. C'est là une loi géné-



rale : à partir de toute commissure, *angle de cicatrisation*, le processus de réunion tend à gagner de proche en proche, affrontant les bords opposés ; on peut le comparer à un Y dont la branche unique s'agrandit progressivement par fusion des petites branches. Ce processus s'il est salutaire dans certains cas (effacement de cavités suppurantes, comme celles de la pleurésie purulente) est nuisible dans beaucoup d'autres (récidive de la syndactylie après la séparation des doigts fusionnés, rétrécissement cicatriciel des orifices, symphyse thoraco-brachiale après les brûlures).

§ 1. **Greffes épidermiques.** — La greffe épidermique est la meilleure ressource contre les cicatrices retardantes et les cicatrices vicieuses : elle abrège la durée de la cutanisation ; elle diminue le pouvoir rétractile des tissus inodulaires et s'oppose à la soudure des surfaces granuleuses voisines. En 1865, REVERDIN créa la greffe par petits lambeaux épidermiques, semés sur la surface granuleuse, où ils amorcent des îlots secondaires d'épidermisation. A ces greffes petites, minces, multiples et clairsemées, OLLIER et surtout THIERSCH (de Leipzig) ont substitué la méthode de longues lanières, emportées avec le rasoir (de préférence sur la cuisse) comprenant l'épiderme et la couche superficielle du derme (greffes dermo-épidermiques), et couvrant, par leur exacte juxtaposition, toute la surface à greffer ; cette surface a été préalablement abrasée à la curette ou au bistouri, de façon à enlever la couche superficielle des bourgeons charnus. Le pansement doit être aseptique : lames imbriquées de protectrice et bandelettes de gaze stérile, imprégnées de sérum artificiel ; manchon ouaté. L'immobilité de la région est une condition du succès ; le premier pansement doit être retardé, si possible, jusqu'au huitième jour, la formation des néocapillaires, traits d'union et moyens de nutrition, ne commençant que vers le quatrième jour.

§ 2. **Méthodes autoplastiques.** — L'autoplastie a pour but de combler une perte de substance par un lambeau, amené sur la brèche. Trois méthodes sont employées : 1° la *méthode de Celse*, dite encore méthode française, qui emprunte le lambeau aux téguments voisins, disséqués et mobilisés par glissement ;

2° la *méthode hindoue* qui taille le lambeau sur des parties environnantes, mais l'amène vers la plaie en le tordant sur son pédicule ; 3° la *méthode italienne*, qui prend le lambeau sur une

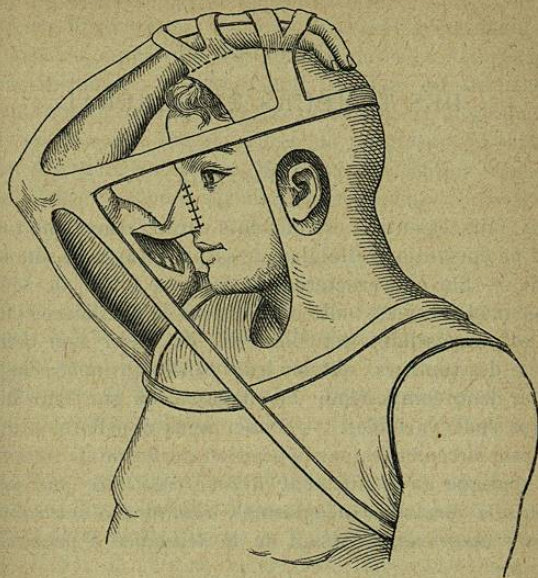


Fig. 67 bis.

Autoplastie : méthode italienne.

région éloignée du corps (par exemple, restauration du nez avec la peau du bras) et le laisse adhérent à son point d'origine par un pédicule large, qui n'est sectionné qu'après la prise du lambeau.