

rents modes de traitements se présentent. La *compression* a été surtout préconisée par Bretonneau; elle a été appliquée avec succès par ce praticien aux brûlures des trois premiers degrés; on l'exécute avec une simple bande roulée dont on entoure le membre, et qu'on laisse à demeure jusqu'à complète guérison; l'appareil est imbibé d'un liquide résolutif. Lorsqu'il existe des phlyctènes, Bretonneau les incise et interpose aux surfaces brûlées et à l'appareil un morceau de taffetas ciré. Velpeau a réussi à guérir promptement des brûlures au second et au troisième degré, en disposant autour de la région des *bandelettes de sparadrap* de diachylon gommé qu'il renouvelle tous les trois jours. Anderson a obtenu de très-beaux résultats, en enveloppant le membre brûlé d'une couche épaisse de *coton cardé*, maintenue à demeure pendant douze à quinze jours, au bout desquels on substitue à l'appareil sali par la matière de la suppuration, un pansement simple.

Dans la brûlure au quatrième et au cinquième degré, il convient de favoriser le travail de séparation des escarres au moyen de cataplasmes émollients. Larrey préfère panser avec un linge fin et usé enduit de pommade safranée; une fois que la suppuration est établie, il se sert d'onguent styrax; plus tard, dans le but d'achever le travail de la cicatrisation, il revient à la pommade safranée, ou bien il se sert de charpie sèche.

La séparation des escarres exige une surveillance attentive de la part du chirurgien. Qu'on n'oublie pas que des vaisseaux plus ou moins volumineux ont pu être compris dans la brûlure et que des hémorragies graves sont à redouter. Si on ne peut laisser un aide intelligent à côté du malade, il convient au moins de placer un tourniquet à demeure sur l'artère principale du membre, pour exercer une compression dès le moment où une hémorragie se manifeste. La plaie qui succède à la brûlure doit être pansée avec soin; il faut que le chirurgien s'attache à prévenir les saillies et les brides qui succèdent si souvent à ces plaies et qui sont un objet de difformité pour les malades. Le meilleur moyen d'obtenir ce résultat est de chercher à maintenir la surface de la plaie de niveau avec les parties voisines, en la cautérisant avec le nitrate d'argent fondu (pierre infernale) ou avec l'alun calciné, en exerçant une compression avec une plaque de plomb, etc. Si la brûlure siège à la main, on prévient l'agglutination des doigts entre eux, en les maintenant écartés par l'interposition de plumasseaux de charpie ou de tampons de linge; pour les empêcher d'être entraînés par la cicatrice du côté de la paume de la main, on dispose le membre sur une planchette qui permette de fixer solidement les doigts jusqu'à la guérison, etc. Si la brûlure occupe le voisinage de certains orifices, comme la bouche, les paupières, on combat la tendance à l'occlusion et au rétrécissement de ces ouvertures, au moyen de mèches, de tentes, de canules fixées à demeure dans ces orifices; souvent les efforts de l'art échouent devant la force de rétractilité du tissu inodulaire. (Voyez l'article *Cicatrices*.)

Les brûlures au sixième degré n'offrent d'autre ressource que l'amputation du membre, et cette opération est elle-même motivée dans des brûlures au cinquième degré compliquées d'hémorragies graves qu'on ne peut ar-

rêter, ou de l'ouverture d'une articulation. Elle peut être également réclamée dans les cas où les malades sont menacés de mort prochaine par l'abondance de la suppuration.

CHAPITRE X.

DE LA CONGÉLATION. DES ENGELURES.

La congélation est un état particulier des tissus ou des organes vivants, dû à un abaissement plus ou moins considérable de la température de l'atmosphère.

Lorsque le froid est excessif, il peut produire des effets sur l'organisme entier et occasionner de graves accidents et même la mort. Les parties du corps en rapport avec l'air extérieur s'engourdissent et perdent leur sensibilité de contact; quelquefois elles sont le siège de douleurs. Les mouvements sont ralentis; il y a une tendance invincible au sommeil, et si le sujet ne résiste pas à ce besoin, il s'endort pour ne plus se réveiller. Souvent les malheureux, avant de succomber, tombent dans un état d'idiotisme et ont de la peine à articuler les mots; il en est qui sont pris d'émission involontaire de l'urine et d'épistaxis. La mort est la conséquence d'une sorte d'asphyxie produite par le refoulement du sang de la périphérie du corps vers les organes centraux et par la difficulté d'exécuter les mouvements mécaniques de la respiration. Le degré de froid nécessaire pour produire ces accidents est variable. On prétend que l'homme a pu supporter, pendant le calme de l'atmosphère, un froid de 40 à 42 degrés centigrades. La force de résistance au froid est plus grande pour les adultes, pour ceux qui se nourrissent bien, qui ne sont pas soumis à de grandes fatigues et se trouvent dans de bonnes conditions morales. Plus souvent, une température de quelques degrés au-dessous de 0 ne donne lieu qu'à des désordres bornés aux parties du corps les plus éloignées du centre circulatoire et habituellement découvertes, les doigts, les orteils, le bout du nez, les oreilles.

Les effets locaux produits par le froid varient en raison de son intensité.

1° Si le froid agit pendant un espace de temps très-court ou s'il n'est pas excessif, on voit d'abord apparaître un gonflement et une rougeur, accompagnés d'une sensation d'engourdissement; puis il survient une légère chaleur, de la démangeaison et une douleur vive. Si l'action du froid se répète souvent sur les mêmes parties, celles-ci ne tardent pas à s'enflammer et offrent tantôt une rougeur accompagnée d'un engorgement des tissus, tantôt des phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente qui se rompent et laissent à découvert le derme. Ce dernier devient le siège d'une suppuration plus ou moins abondante et se couvre quelquefois d'ulcérations plus ou moins rebelles. La maladie connue sous le nom d'ENGELURES se présente avec la physionomie que nous venons d'indiquer, et n'est pas autre chose, par con-

séquent, qu'une inflammation chronique de la peau développée par un froid modéré.

2° Lorsque le froid agit d'une manière durable et surtout lorsqu'il est très-intense, il peut abolir rapidement toute sensibilité, tout mouvement et toute action organique dans les tissus vivants. Alors ceux-ci sont véritablement *congelés*, c'est-à-dire insensibles, durs, racornis, de couleur blanchâtre ou pâle. Cet état n'est pas encore une véritable gangrène, puisque l'expérience a démontré que, sous l'influence d'un traitement convenable, les phénomènes de la vie se reproduisent. Plus tard, il se développe une réaction inflammatoire, et c'est cette réaction qui détermine une gangrène caractérisée alors par l'apparition de phlyctènes à la surface de la peau, par la couleur brune ou noirâtre de celle-ci, par un développement de gaz, etc.

Traitement. 1° Le traitement des *engelures* est préventif ou curatif. On s'oppose au développement des engelures, en faisant sur les parties du corps qui y sont exposées, des frictions sèches, aromatiques ou des lotions avec de l'eau froide, de l'eau de vie camphrée, de l'eau salée, etc.; en évitant surtout le contact de ces mêmes parties avec de l'eau tiède. Lorsque les engelures ne sont pas ulcérées, on se sert avec avantage de lotions avec le baume de Fioraventi ou avec la teinture de benjoin; on peut employer une pommade composée d'*extrait de saturne* et d'*eau-de-vie camphrée*, par parties égales; ou bien d'*alcoolat de Fioraventi*, 20 grammes; *sous-acétate de plomb liquide* et *huile d'olive*, 30 grammes de chaque; *acide hydrochlorique*, 10 grammes. Les douleurs vives sont combattues par l'application de cataplasmes émollients ou par quelques sangsues. Si les engelures sont ulcérées, on lave les ulcérations avec des liqueurs stimulantes; on les panse avec de l'onguent styrax; on applique un bandage compressif formé de bandelettes de sparadrap de diachylon gommé.

2° Lorsqu'une partie est congelée, la première indication à remplir est de prévenir le retour trop brusque de la chaleur dans cette partie. On frictionne tout d'abord la partie congelée avec de la neige, puis avec de l'eau glacée, puis avec de l'eau froide. De cette manière, on rétablit graduellement la circulation et l'action organique des tissus affectés. Plus tard, il faut surveiller la période de réaction inflammatoire; si celle-ci est modérée, on substitue à l'eau froide de l'eau tiède; si elle est vive, on insiste sur l'action de l'eau froide, sur les topiques répercussifs; si, au contraire, elle tarde à se montrer, et que la gangrène menace de survenir par atonie, on pratique des frictions stimulantes avec l'hydrochlorate d'ammoniaque, l'huile de térébenthine, etc.

Lorsque la mortification est déclarée, on peut prendre l'un des deux partis suivants: ou bien, dès que la gangrène est limitée, pratiquer l'amputation du membre; ou bien abandonner à la nature l'élimination des parties. (Voy. *Gangrène*.)

CHAPITRE XI.

DES ULCÈRES.

Nous comprenons sous le nom d'*ulcères* des solutions de continuité, plus étendues en largeur qu'en profondeur, siégeant à la surface de la peau et des membranes muqueuses, s'établissant spontanément sous l'influence d'un travail particulier, inconnu dans son essence, que l'on appelle *ulcération*.

On peut diviser les ulcères en trois grandes classes: les uns sont symptomatiques d'une affection générale, d'une diathèse; ce sont les ulcères *syphilitiques*, les *scrofuleux*, les *scorbutiques* qui se développent chez les sujets infectés par la vérole, chez les scrofuleux et dans le cours du scorbut. D'autres ulcères sont entretenus par une affection locale dont ils ne constituent qu'un épiphénomène disparaissant avec l'affection elle-même; tels les ulcères qui succèdent à une nécrose, à une carie, à une escarre gangréneuse, au cancer, etc. Enfin il en est qui ne se développent ni sous l'influence d'une maladie générale, ni sous l'influence d'une lésion locale; ils naissent spontanément dans des conditions qui seront précisées plus loin; nous les désignons sous le nom d'*ulcères simples*. Nous ne décrirons que ces derniers, renvoyant, pour les ulcères syphilitiques et scorbutiques, à l'histoire de la syphilis et du scorbut; pour les scrofuleux, à la pathologie cutanée et à l'adénite; pour les ulcères entretenus par une lésion locale, à la carie, la nécrose, le cancer, etc.

DES ULCÈRES SIMPLES.

Causes. Ces ulcères se montrent presque toujours sur les membres pelviens, notamment à la jambe dans sa moitié inférieure; de là le nom d'*ulcères des jambes* qu'on leur a donné. Le côté gauche est bien plus fréquemment atteint que le droit. Il est rare d'observer cette maladie chez des femmes; ce sont presque toujours des sujets adonnés à une profession exigeant la station prolongée ou debout qui en sont atteints: les cochers, les cuisiniers, les boulangers, les imprimeurs, les menuisiers, les forts de la halle; ou bien encore ceux qui ont les jambes habituellement plongées dans l'eau ou dans un milieu humide et froid: les balayeurs, les blanchisseuses, les débardeurs, les pêcheurs. Ceux qui sont âgés, qui ont une constitution délabrée par la misère, par des excès de travail, par une mauvaise nourriture, y sont le plus exposés. La plupart des individus qui se trouvent dans les conditions précédentes ont habituellement un *œdème* des membres inférieurs qui augmente plus tard par la production de varices.

Cette tuméfaction œdémateuse a pour conséquence d'amoindrir la vitalité des téguments; et si, sous l'influence d'une cause quelconque, redoublement de travail, longue route à pied, coup, contusion, plaie, il se développe une

phlegmasie, celle-ci, au lieu de se terminer par une résolution franche, peut donner lieu à un travail *ulcératif* plus ou moins étendu. Nul doute que l'état de débilité du sujet ne favorise ce mode de terminaison. Pour mieux préciser notre pensée, nous croyons devoir rapprocher le mode de formation des ulcères des jambes de la gangrène spontanée; si, pour les ulcères, les ravages de la mortification sont bornés, c'est que le point de départ est dans les vaisseaux capillaires et nullement dans les troncs artériels.

Symptômes. Le mode de formation des ulcères varie suivant qu'ils succèdent à une *plaie* ou qu'ils se développent *spontanément*.

Dans le premier cas, tantôt les bords de la plaie se gonflent, les bourgeons charnus se ramollissent et disparaissent, la suppuration diminue et prend une odeur fétide, en même temps que le malade ressent dans la plaie des élancements et une cuisson très-vive; tantôt les symptômes inflammatoires précédents font défaut, le travail de réparation de la solution de continuité est seulement suspendu et les progrès de la cicatrisation arrêtés; la plaie s'agrandit au lieu de se rétrécir.

Dans le second cas, on observe encore divers modes d'invasion :

a. Le membre est atteint d'une inflammation érysipélateuse accompagnée d'un prurit qui force les malades à se gratter; l'épiderme se détache et le derme mis à nu suppure et s'ulcère. *b.* L'épiderme est soulevé par un liquide séreux, trouble ou brunâtre; l'ampoule se rompt, et au-dessous le derme est escarifié ou bien encore présente une excavation remplie de matière purulente rougeâtre et visqueuse. *c.* Il se forme sur un point du membre une induration qui se ramollit, se convertit en abcès renfermant un bourbillon qui, une fois éliminé, laisse subsister une cavité ulcéreuse qui s'agrandit. *d.* Une inflammation de nature gangréneuse se développe sur la jambe; il se forme plusieurs petites escarres auxquelles succèdent de petites solutions de continuité qui se réunissent pour donner lieu à une perte de substance plus ou moins étendue.

Quel que soit le mode de formation d'un ulcère, celui-ci s'agrandit bientôt, tant en largeur qu'en profondeur. Mais, à partir de ce moment, il offre des caractères physiques qui ne sont pas les mêmes dans tous les cas et qui lui donnent une physionomie spéciale; de là un certain nombre de variétés d'ulcères simples.

1° Ulcères inflammatoires. Leur surface est d'un rouge vif, brun ou violacé; les bords en sont tuméfiés; le fond, dépourvu de bourgeons charnus, est parsemé de petites cavités remplies d'une substance spongieuse ou demi-liquide, visqueuse et très-adhérente; un pus séreux, ichoreux, sanguinolent et fétide s'en écoule. Le malade y ressent des douleurs. La peau environnante offre une rougeur érysipélateuse. Au bout de quelques jours, l'inflammation diminue d'intensité et l'ulcère revêt bientôt une des formes qui nous restent à décrire. Dans quelques cas, l'inflammation prend, au contraire, un accroissement rapide et intense; elle se termine par une véritable mortification des tissus en se propageant plus ou moins loin. (*Ulcères phagédéniques.*)

2° Ulcères calleux. Lorsque les ulcères datent de loin, les bords, la sur-

face de la solution de continuité, le tissu cellulaire sous-jacent et périphérique, s'indurent; la peau environnante s'épaissit. Ces indurations et ces épaissements appelés *callosités* sont dus à l'infiltration de lymphé plastique au milieu des tissus, sous l'influence des fluxions inflammatoires dont l'ulcère et les environs sont le siège.

Les ulcères calleux se présentent sous une forme régulière, ovale ou arrondie; les bords sont épais, proéminents, unis, blanchâtres ou gris; le fond est d'un rouge sale, dur, lisse, comme vernissé et privé de bourgeons charnus. Une matière purulente, ténue, séreuse, peu colorée s'en échappe; la peau voisine est d'un rouge pâle; le tissu cellulaire sous-cutané est induré dans une étendue plus ou moins considérable; le membre tout entier est engorgé. Quelquefois, lorsque l'ulcère occupe une région où les os ne sont recouverts que par le tissu cellulaire et la peau, le périoste subjacent s'enflamme, la diaphyse de l'os augmente même de volume, en subissant une raréfaction plutôt qu'une véritable hypertrophie de son tissu.

3° Ulcères variqueux. Ces ulcères sont ainsi nommés parce qu'ils sont compliqués de la présence de *varices* sur le membre correspondant. Ils sont remarquables par un engorgement pâteux considérable des bords, la forme excavée du fond, la suppuration abondante, ichoreuse et fétide; la couleur violacée de la surface et des bords, la présence de végétations fongueuses saignantes. Tout le membre est oedématié et les veines sous-cutanées offrent une dilatation plus ou moins considérable. Quelquefois ces ulcères se compliquent d'une hémorragie abondante due à la rupture d'une veine.

4° Ulcères fongueux. Ainsi que le nom l'indique, ces ulcères se distinguent par l'exubérance des bourgeons charnus. Ceux-ci sont pâles, mous, larges, plats, confondus par leur base; ou bien ils forment des champignons oedémateux et demi-transparentes, tantôt flétris et semblables à des chairs baveuses, tantôt brunâtres et indolents, tantôt rouges et saignants.

5° Ulcères atoniques. Ces ulcères offrent une surface livide et pâle qui fournit un pus séreux et sans consistance; les bords en sont décollés. La peau voisine est sèche, brune, ridée, flasque ou couverte de petites écailles épidermiques.

Les ulcères simples n'exercent, en général, aucune conséquence fâcheuse sur les diverses fonctions de l'économie. Ils peuvent être compliqués d'angioloécite, d'adénite, d'érysipèle, de la présence de *vers* à la surface de l'ulcère, circonstance insignifiante au fond, mais qui avait tellement frappé quelques chirurgiens, qu'ils avaient créé une catégorie spéciale d'ulcères *vermineux*.

Marche, terminaison et diagnostic. Abandonnés à eux-mêmes, les ulcères simples guérissent rarement par les seules forces de la nature; ils tendent incessamment à faire des progrès, et envahissent parfois toute la circonférence du membre et une grande portion de sa longueur. Arrivés à ce degré, il est rare qu'ils puissent guérir, parce que les parties environnantes ne prêtent plus à la formation d'une cicatrice. Ceux qui sont moins vastes et qui guérissent, récidivent avec la plus grande facilité sous l'influence des mêmes causes qui en ont favorisé le développement. Le diagnostic en est

facile ; leur siège de prédilection, leur mode de développement, l'absence d'une lésion locale ou d'une diathèse permettent de les distinguer des autres espèces d'ulcères. On en reconnaîtra les diverses variétés d'après les caractères que nous avons précédemment exposés.

Pronostic et traitement. Ils sont d'autant plus difficiles à guérir que l'affection est plus ancienne, qu'elle occupe une surface plus étendue, que le sujet est avancé en âge ou d'une constitution détériorée.

On a longuement discuté la question de l'opportunité de la guérison des ulcères anciens. On a prétendu que leur suppression peut occasionner de graves accidents, et, par ce motif, on a conseillé de les respecter. Les chirurgiens modernes sont moins absolus ; ils guérissent les ulcères de tous les âges, en surveillant l'état général de la santé et en rétablissant l'ulcère, par un vésicatoire appliqué sur la cicatrice, dès qu'il se manifeste des symptômes fâcheux ; pour prévenir ces symptômes, on a conseillé d'établir un cautère à la cuisse et plus tard au bras, afin de remplacer pendant quelque temps un foyer de suppuration par un autre. Peut-être conviendrait-il d'abandonner à eux-mêmes les ulcères anciens chez les vieillards et chez les individus atteints d'une affection organique.

La première condition pour guérir un ulcère simple est que le membre du côté affecté soit tenu dans une situation horizontale. Le reste du traitement varie d'après l'espèce d'ulcère.

1° Les ulcères *inflammatoires* comportent un traitement antiphlogistique dont l'activité est proportionnée à l'intensité de l'inflammation. Si celle-ci est modérée, on couvre l'ulcère d'un cataplasme émollient, et plus tard on fait un pansement simple, pour terminer par l'application des bandelettes agglutinatives (fig. 19). Si l'inflammation est intense, on la combat par des cataplasmes à la fois émollients et narcotiques, par l'application de sangsues sur le membre malade. Si le sujet éprouve de vives douleurs, on administre l'opium ; une émission sanguine générale peut être réclamée par l'état de pléthore, un purgatif ou un vomitif par l'embarras gastrique concomitant. Dès que les phénomènes phlegmasiques ont cessé, ce qui est annoncé par l'exubérance et l'état mollesse des bourgeons charnus, on a recours à la compression avec les bandelettes de diachylon.

2° Les ulcères *callositaires* ne guérissent qu'après la disparition des callosités. Pour obtenir ce résultat, on les recouvre d'un plumasseau enduit d'un digestif simple, et plus tard de charpie sèche ou trempée dans de l'eau chlorurée ; on les lave avec une solution d'azotate d'argent ou de mercure ; on a conseillé de les inciser et même d'en faire l'excision. Des cataplasmes émollients sont appliqués sur les environs de la solution de continuité. La compression est beaucoup plus efficace que les moyens précédents ; c'est ce que les observations d'Underwood et de Baynton ont bien démontré.

3° Les ulcères *variqueux* guérissent encore par ce dernier moyen. Toutefois, quand les varices sont très-volumineuses, il faut au préalable chercher à obtenir l'oblitération des veines par les moyens que nous indiquerons plus tard. (Voy. *Varices*.)

4° Dans les ulcères *fongueux*, si les fongosités sont peu développées, on

obtient de bons résultats de la compression. On peut la pratiquer avec des bandelettes de diachylon, soit seules ; soit avec interposition d'une feuille de plomb. Les fongosités sont-elles au contraire très-saillantes et mollasses, on les cautérise avec de la poudre d'alun calciné ou avec une solution de nitrate d'argent. On peut également employer des lotions avec de l'eau de chaux, une décoction d'écorce de chêne, ou de chlorure de chaux, etc. La compression achèvera le traitement.

5° Les ulcères *atoniques* doivent être modifiés par des applications stimulantes : l'onguent styrax, l'onguent napolitain, la pommade au précipité rouge, de l'eau acidulée par un acide minéral ou végétal, du jus de citron, du vin aromatique, la solution d'azotate d'argent, la décoction de quinquina ou de feuilles de noyer, la solution étendue de chlorure de chaux. On a conseillé, pour obtenir le même résultat, d'employer les caustiques et même le cautère actuel. Quelques chirurgiens recommandent de simples pansements avec des compresses imbibées d'eau fraîche.

6° Les diverses complications seront traitées par la série des moyens que nous exposerons aux articles *Phlébite*, *Angioleucite*, etc.

Pour détruire les vers qui recouvrent la surface de l'ulcère, on applique sur ce dernier des plumasseaux de charpie chargés d'onguent mercuriel, qu'on enlève après vingt-quatre heures.

Les moyens généraux varient selon l'espèce d'ulcère : les saignées et les purgatifs sont indiqués dans la forme inflammatoire ; les toniques et un régime substantiel dans les autres variétés.

Nous avons parlé à plusieurs reprises de la compression appliquée à la guérison des ulcères simples. Pour exécuter cette compression (fig. 19), on se sert de bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, larges de 2 à 3 centimètres et assez longues pour faire une fois et demie le tour du membre. On applique la partie moyenne de la bandelette sur la portion du membre opposée à l'ulcère, et on en croise les deux extrémités au devant de la solution de continuité. Toutes les bandelettes doivent se recouvrir les unes les autres, et l'on commence par appliquer celle du bas. Par-dessus cet appareil, on place des compresses et un bandage roulé depuis le pied jusqu'au genou. Lorsque la suppuration est très-abondante, on interpose un linge troué enduit de cérat et de la charpie aux bandelettes et aux compresses. L'appareil est changé tous les deux jours dans les premiers temps, et plus tard on le renouvelle moins fréquemment. La guérison obtenue, on recommande

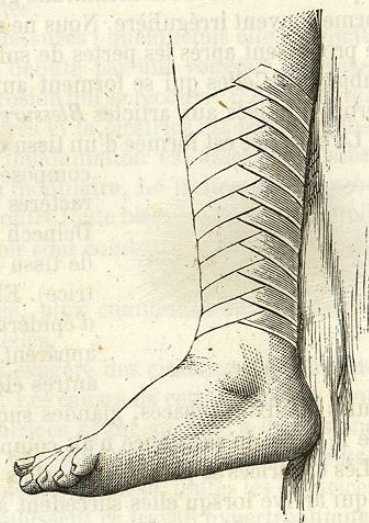


Fig. 19.

l'usage d'un bas lacé ou d'un bandage roulé; l'abstinence de courses prolongées.

Lorsqu'un ulcère est tellement étendu, qu'une cicatrice est impossible à obtenir, que la suppuration est assez abondante pour affaiblir et épuiser le malade, on peut se trouver dans la nécessité de faire le sacrifice du membre, c'est-à-dire d'en pratiquer l'amputation.

CHAPITRE XII.

PATHOLOGIE DES CICATRICES.

Il a été question précédemment (p. 17 et suiv.), à l'occasion du mode de guérison des plaies, de la production des cicatrices. Rappelons que lorsqu'une solution de continuité se réunit par première intention, il se forme une cicatrice linéaire et que celle-ci est moins épaisse que la portion qu'elle remplace. Si une plaie est abandonnée à la suppuration, c'est aux dépens de la membrane granuleuse que se forme la cicatrice. En raison de sa propriété rétractile, la membrane des bourgeons charnus attire, de la périphérie vers le centre de la plaie, les téguments voisins; selon le degré de laxité de ceux-ci, ils cèdent inégalement dans les divers points: il en résulte que le rétrécissement progressif de la plaie n'est pas égal partout, et que le tissu en lequel se transforme la membrane granuleuse, c'est-à-dire la cicatrice, a une forme souvent irrégulière. Nous ne nous occupons ici que des cicatrices qui se produisent après les pertes de substance de la peau et du tissu cellulaire subjacent. Celles qui se forment aux dépens d'autres tissus de l'économie seront étudiées aux articles *Blessures des artères, des veines, des nerfs*, etc.

La cicatrice est formée d'un tissu dense, solide, résistant, d'un blanc sale, composé de fibres entre-croisées qui ont les caractères des éléments du tissu fibreux (fig. 20); Delpech lui a donné pour cette raison le nom de tissu *inodulaire* (ἰς, ἰνός, fibre, et κόλλη, cicatrice). Elle est recouverte d'une couche mince d'épiderme; le réseau vasculaire y est à peine apparent; on n'y rencontre pas non plus les autres éléments de la peau, tels que nerfs, follicules pileux et sébacés, glandes sudoripares, couche pigmentale, à moins que la perte de substance n'ait compris qu'une faible épaisseur du derme.

Les cicatrices se présentent parfois sous forme d'une simple ligne blanche, ce qui arrive lorsqu'elles succèdent à une plaie réunie par première intention; ou bien, lorsqu'elles remplacent une perte de substance de la peau ou résultent d'une plaie qui a suppuré, sous forme de plaques plus ou moins étendues se continuant avec la peau. Ces plaques sont tantôt lisses et unies,



Fig. 20.

d'autres fois sillonnées par des crêtes irrégulières; il en est qui sont saillantes. Elles peuvent être mobiles sur les parties subjacentes, auquel cas elles en sont séparées par un tissu cellulaire analogue au tissu cellulaire sous-cutané; ou bien elles adhèrent aux tissus subjacents, aponévroses, muscles, tendons, os; elles sont alors plus ou moins enfoncées. Lorsqu'elles sont récentes, elles présentent une teinte rosée; à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de leur formation, elles prennent une coloration blanche de plus en plus prononcée; parfois elles sont de couleur livide, rouge, violacée. La sensibilité en est obtuse; elles sont dépourvues de poils et la surface en est sèche.

Le tissu cicatriciel possède une propriété de rétraction d'autant plus prononcée que la plaie a suppuré plus longtemps. C'est en vertu de cette propriété que la cicatrice attire incessamment de son côté les parties qui lui sont continues et qui sont ainsi déplacées de leur situation naturelle. Il en résulte des difformités qui seront examinées ultérieurement (p. 149).

§ 1. Maladies des cicatrices.

Les cicatrices sont exposées à des *lésions traumatiques* de tout genre: les simples *piqûres* n'ont pas de gravité; les blessures par instruments *tranchants*, les *déchirures* qui se font quand la cicatrice, mince et située sur un os superficiel, est tirillée, sont plus sérieuses, parce que la plaie se réunit rarement par première intention et qu'elle est souvent suivie d'une destruction de tout le tissu inodulaire. Les *contusions* fortes produisent parfois le même effet. On observe aussi dans les cicatrices des *ecchymoses* spontanées, à la suite d'efforts ou chez les scorbutiques.

L'*inflammation* est la conséquence de blessures; quelquefois elle survient spontanément. Dans le dernier cas, elle débute par une rougeur qui ressemble à de l'érythème; il survient une érosion qui se recouvre d'une croûte. Le plus souvent l'ulcération fait des progrès et la cicatrice est parfois complètement détruite. Dans certains cas, l'inflammation est assez vive pour amener une mortification de tout le tissu inodulaire. Le traitement est préventif et curatif: on protège la cicatrice contre toute blessure par un appareil convenable; l'inflammation et l'ulcération sont combattues par le repos de la partie, des topiques émollients, etc.

Les *varices* sont rares sur les cicatrices, plus communes sur la portion du membre qui est située au-dessous d'elles.

On observe parfois un développement exagéré des cicatrices qui deviennent le siège d'un véritable *hypertrophie*. Les causes de cette altération sont obscures; on l'a rencontrée sur des cicatrices ayant succédé à des lésions de tout genre; les sujets lymphatiques et scrofuleux y paraissent prédisposés; chez quelques-uns qui n'offrent aucune diathèse, toutes les cicatrices disséminées sur divers points du corps subissent ce travail hypertrophique. A la surface de la cicatrice se forment des élevures aplaties, coniques ou mamelonnées, tantôt dures et tendues, tantôt molles. Quand les végétations sont nombreuses, elles sont aplaties les unes contre les autres. La coupe de