

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



la tumeur montre un tissu d'un blanc terne, très-dense, criant sous le scalpel, rappelant l'aspect du tissu fibroïde. Follin a trouvé le tissu des cicatrices hypertrophiées composé de globules fibro-plastiques, de corps fusiformes en voie de formation, d'éléments fibro-plastiques en fuseau, de fibres de tissu cellulaire et de quelques fibres élastiques. Ces tumeurs se comportent différemment : elles se flétrissent et disparaissent rarement; dans la plupart des cas, elles demeurent stationnaires; chez d'autres sujets, elles s'ulcèrent spontanément ou à la suite de quelque lésion traumatique, et alors elles nécessitent l'intervention de moyens chirurgicaux.

L'hypertrophie, au lieu de porter sur tous les éléments anatomiques du tissu cicatriciel, n'atteint parfois que la couche épidermique qui forme une croûte plus ou moins épaisse de couleur brune, ou de petites élévures coniques, mamelonnées, ayant de la ressemblance avec le tissu des cors aux pieds. Dans des cas plus rares, l'épiderme hypertrophié prend un arrangement particulier qui donne lieu à la formation d'un appendice ayant une certaine ressemblance avec les cornes des ruminants. Hutin cite une femme qui présentait au bras droit une *corne* de 10 centimètres de long, contournée en spirale et implantée par la base sur la cicatrice d'un kyste.

On a signalé la transformation *cartilagineuse, fibro-cartilagineuse* et même *osseuse* de certaines portions de la cicatrice, et on l'a attribuée aux pressions continues. Les cicatrices deviennent aussi parfois le siège de dégénérescences *cancroïdales* ou *cancéreuses*; l'épithélioma s'y montre sous la forme papillaire. L'affection décrite par Hawkins sous le nom de *tumeur verruqueuse* des cicatrices est très-probablement une dégénérescence de ce genre.

Les cicatrices sont le siège de *douleurs* dont l'intensité est variable : parfois ce sont de simples démangeaisons, une sensation d'ardeur et de sécheresse, à laquelle on remédie par des fomentations adoucissantes. Dans d'autres cas, ce sont de véritables douleurs à caractères divers. Ainsi, chez quelques sujets, ces douleurs paraissent dépendantes de variations barométriques, et l'on rencontre des blessés pour lesquels la cicatrice est un hygromètre qui leur annonce à l'avance les changements à survenir dans l'atmosphère. On explique ces douleurs par la nature du tissu propre aux cicatrices, tissu qui se gonfle sous l'influence de l'humidité, et exerce, par cela même, des tiraillements sur les parties voisines. En dehors des influences atmosphériques, il y a des douleurs tantôt continues, tantôt intermittentes, tenant à la présence dans la cicatrice de plusieurs ramifications nerveuses qui y sont emprisonnées; ce sont de véritables névralgies des cicatrices nécessitant parfois l'excision du tissu inodulaire ou l'application du cautère actuel sur ce tissu. Lorsque les douleurs sont dues à une influence hygrométrique, on les prévient en couvrant les cicatrices de flanelle, de taffetas ciré, d'une peau de cygne.

### § 2. Cicatrices difformes.

Les cicatrices sont dites *difformes*, lorsqu'elles présentent une modification de couleur, qu'elles sont enfoncées au-dessous du niveau des téguments, ou qu'elles forment une saillie anormale.

La *coloration anormale* des cicatrices, sous forme de points noirs ou bleuâtres disséminés, est commune à la suite de brûlures produites par la déflagration de la poudre à canon, parce que les grains du mélange inflammable sont implantés dans les tissus. L'application continue du taffetas d'Angleterre noir sur une plaie produit quelquefois le même effet, ce qui est une contre-indication à ce mode de pansement. On peut chercher à enlever, avec une aiguille à cataracte, chacune des parcelles colorantes renfermées dans le tissu de la cicatrice.

L'*enfoncement* des cicatrices s'observe à la suite de plaies par armes à feu, de lésions diverses de tissu osseux, surtout au niveau des points du squelette placés superficiellement. L'art ne possède aucun moyen d'y remédier.

La *saillie anormale* de certaines cicatrices est le résultat d'une plaie dont la membrane granuleuse exubérante n'a pas été réprimée par les cathartiques, de façon à la mettre de niveau avec les parties voisines. On remédie à cette difformité, qui est disgracieuse dans certaines régions, comme le cou, la face, en pratiquant l'ablation de toute la partie saillante de la cicatrice, au moyen d'un couteau à lame mince, large et à deux tranchants, que l'on introduit sous l'une des extrémités de la cicatrice et que l'on dirige parallèlement au plan de la peau, dans toute l'étendue de la portion saillante du tissu inodulaire. On surveille la cicatrification de cette nouvelle plaie, de façon à éviter le retour de la même difformité.

### § 3. Difformités causées par les cicatrices.

En raison de la puissance rétractile dont sont douées les cicatrices, celles-ci exercent des tractions incessantes sur les parties qui les avoisinent;

elles les entraînent dans divers sens et en changeant les rapports : c'est ainsi que les paupières sont renversées en dehors, que les lèvres, les joues descendent vers le cou, que la tête est portée en avant, en arrière ou sur les côtés, que certaines portions du membre supérieur ou inférieur sont maintenues dans la flexion ou dans l'extension; que les ouvertures naturelles, la bouche, la vulve, l'anus, sont rétrécies, lorsque les brides cicatricielles passent au-devant d'elles. La figure 21 représente le masque d'un sujet de vingt-huit ans, qui a eu la face brûlée dans son enfance. De nombreuses

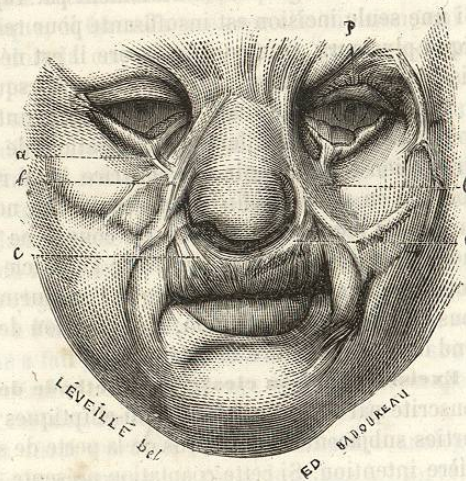


Fig. 21.

De nombreuses



brides cicatricielles *a, b, c, c* ont produit la déviation des paupières et des commissures buccales. Il en est résulté un quadruple ectropion et le renversement en haut de la lèvre supérieure. Ce malade s'est présenté à ma clinique à la fin de l'année 1867. Pendant le travail de cicatrisation d'une plaie, les surfaces suppurantes contiguës se réunissent parfois, d'où résultent des adhérences de parties normalement séparées; c'est ainsi que l'on voit les doigts se réunir en une seule masse, lorsque tous ces appendices ont été simultanément le siège de plaies ayant suppuré; que la verge se soude au scrotum, le pavillon de l'oreille au crâne, le bras au tronc, les deux feuillets de la conjonctive oculo-palpébrale l'un à l'autre, etc. Il ne sera question ici que des difformités des membres; celles qui occupent d'autres parties du corps seront examinées avec les maladies des régions.

Pour prévenir ces difformités, on surveille avec le plus grand soin la cicatrisation des surfaces suppurantes consécutives aux blessures et aux brûlures. C'est en plaçant les parties dans une situation convenable, en luttant contre la rétractilité du tissu cicatriciel par des bandages et des machines appropriés, qu'on donne à la cicatrice le plus d'étendue possible. Quand la difformité existe déjà, on tenterait en vain d'obtenir un redressement par des moyens purement mécaniques, et il faut en venir à des procédés chirurgicaux.

**Section de la bride.** On pratique des incisions sur un ou plusieurs points de la longueur de la cicatrice, de façon à la diviser en travers dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur. L'incision peut être faite de dehors en dedans ou de dedans en dehors; le premier procédé est préférable, parce qu'il ne laisse subsister aucune portion profonde du tissu inodulaire. La section doit porter autant que possible sur le milieu de la longueur de la bride et être dirigée transversalement par rapport au sens de la rétraction. Si une seule incision est insuffisante pour redresser les parties, on en pratique plusieurs. Quelquefois encore il est nécessaire d'ajouter d'autres incisions faites sur la peau saine voisine. Lorsque les parties ont été ramenées à leur situation normale, il faut les y maintenir au moyen d'un bandage convenable et surveiller la cicatrisation de la nouvelle plaie. Le but du chirurgien est d'obtenir une cicatrice aussi régulière et aussi étendue que possible en surface, afin de prévenir une nouvelle rétraction. Lorsque la partie sur laquelle la bride a été coupée ne peut être redressée suffisamment, il faut chercher la nature de l'obstacle; quelquefois c'est une rétraction des muscles subjacentes que l'on surmonte en pratiquant la section sous-cutanée de leur tendon, ou la section de leur portion charnue dans le fond de la plaie faite à la cicatrice.

**Excision du tissu cicatriciel. Méthode de Delpech.** La cicatrice est circonscrite par deux incisions semi-elliptiques et séparée par dissection des parties subjacentes. Les bords de la perte de substance sont réunis par première intention. Si cette coaptation présente des difficultés, on dissèque la peau contiguë aux lèvres de la plaie pour en faciliter le glissement. Si la perte de substance est trop considérable pour permettre l'affrontement, on la comble par un lambeau *autoplastique* emprunté aux parties voisines.

## CHAPITRE XIII.

## DES TUMEURS.

Toute saillie ou tuméfaction anormale qui se montre dans une partie de l'organisme peut être appelée TUMEUR. La plupart des pathologistes comprennent sous cette dénomination tous les tissus morbides qui se développent au milieu des organes, ou les envahissent. Sous ce rapport, le mot *tumeur* est synonyme de PRODUCTIONS ACCIDENTELLES, LÉSIONS ORGANIQUES, PRODUITS ORGANISÉS DE FORMATION MORBIDE, NÉOPLASMES, PSEUDOPLASMES.

Les anatomo-pathologistes ont proposé diverses classifications des tumeurs; les uns se fondant sur leurs caractères à l'œil nu, les autres sur leur structure intime révélée par le microscope. Laënnec, s'inspirant des travaux de Bichat sur l'anatomie générale, et n'envisageant que l'aspect extérieur des tumeurs, divisa les tissus pathologiques en deux ordres: les uns ayant des analogues parmi les tissus normaux, d'autres différant de ceux-ci. Il établit deux classes de tumeurs: tumeurs analogues ou *homologues* et tumeurs *hétérologues*. Il y avait à peu près autant de tumeurs homologues que de tissus normaux. Les tumeurs hétérologues étaient le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, la *mélanose* et le *tubercule*. Plus tard, J. Muller, étudiant les tumeurs sous le point de vue histologique, établit que la structure des tumeurs de bonne nature ne diffère en rien de celle du cancer. Le physiologiste de Berlin inféra de ses recherches que l'anatomie pathologique ne peut servir à la classification de ces productions morbides. S'adressant à l'analyse chimique, il formula une nouvelle division, qui fut bientôt abandonnée. On lui doit la connaissance d'une tumeur nouvelle, l'*enchondrôme*.

En 1845, Lebert proposa une classification fort séduisante au premier abord: certaines tumeurs dites *homœomorphes* sont constituées par des éléments analogues aux éléments transitoires ou définitifs de l'organisme normal; d'autres tumeurs qu'il appelle *hétéromorphes* sont composées d'éléments sans analogues dans l'économie. Vogel désigna les tumeurs homœomorphes sous le nom de tumeurs *homologues*, et les tumeurs hétéromorphes sous celui d'*hétérologues*. Les tumeurs homœomorphes étaient regardées comme *bénignes*; à l'hétéromorphie se rattachait l'idée de *malignité*. L'observation clinique a fait justice de cette théorie, et on a souvent l'occasion d'observer la généralisation de tumeurs que le microscope regarde comme bénignes, de certains *enchondrômes*, par exemple.

D'après Virchow, tous les *tissus morbides* ont une structure analogue à celle de quelques-uns des tissus normaux; il n'y a donc pas à proprement parler de tumeurs *hétéromorphes*. Lorsqu'un tissu est produit dans un point de l'organisme où il ne se montre pas normalement, il y a HÉTÉROTOPIE; si c'est à une époque de la vie où des éléments anatomiques sem-