

il est inutile d'attendre qu'elle ait produit tout son effet, ou, suivant l'expression de Delpech, qu'elle se soit perfectionnée. Mais dans beaucoup de cas la cicatrice est trop étendue pour qu'on puisse l'exciser en totalité, et alors le précepte de Dupuytren se trouve applicable.

Le fait suivant ne nous laisse aucun doute sur la prédisposition de certains individus à être affectés de cicatrices difformes et volumineuses. Un enfant d'une douzaine d'années avait les mouvements du bras gênés par une corde inodulaire épaisse, tendue et saillante, produite par une brûlure, étendue du bras à l'avant-bras, et assez étroite pour être enlevée avec les plus grandes chances d'un succès prompt et facile. M. Sédillot pratiqua l'opération et divisa longitudinalement et à une distance de deux travers de doigt de chaque côté les téguments afin de faciliter la réunion immédiate de la plaie. Mais il arriva que les incisions accessoires, faites sur une région et sur des portions de peau parfaitement saines, devinrent le siège de cicatrices exubérantes et rétractiles, semblables à la cicatrice enlevée. Il y avait donc, manifestement chez ce sujet, une prédisposition constitutionnelle dont la cause ne fut pas révélée.

Cicatrices trop courtes. On pratique sur plusieurs points de la longueur de la bride des incisions qui en divisent toute la longueur et toute l'épaisseur; on étend ensuite les parties et on les ramène à leur direction normale, en ayant soin, si elles sont très-dures, de graduer ce retour, sous peine d'accidents graves et même de gangrène. Le chirurgien doit surveiller la cicatrisation et y concourir par l'emploi des moyens divers qui constituent la prophylaxie des cicatrices vicieuses; surtout en cautérisant fréquemment la surface traumatique à l'aide du nitrate d'argent. Il n'est pas rare de voir des brides secondaires se former; dans ce cas on les incise à mesure qu'elles se produisent.

Telle était la méthode déjà recommandée par Celse. Nous y avons eu fréquemment recours, et l'on en retire sans contredit de bons résultats, mais à la condition d'obtenir dès le début de l'opération tout l'allongement nécessaire. On y arrive non-seulement par les divisions suffisamment multipliées de la cicatrice, mais aussi par la dissection et la séparation du tissu inodulaire dans une étendue convenable.

La nouvelle cicatrice a toujours une certaine tendance à reproduire la difformité, et il ne faut pas beaucoup compter sur les bons effets ultérieurs d'un allongement rationnellement dirigé, car toutes les espérances d'écartement secondaire sont le plus souvent illusoires.

Un procédé excellent consiste à comprendre la cicatrice, si elle

est linéaire, dans une division losangique $\langle \diamond \rangle$. Une rétraction très-considérable des téguments a immédiatement lieu, et il reste au-dessus et au-dessous des extrémités de la cicatrice, laissée intacte, des plaies simples, qui se réunissent isolément.

Cette ressource est précieuse pour des adhérences des doigts à la paume de la main par suite de brûlure. La formation d'un lambeau losangique taillé sur les bords du tissu cicatriciel de la face antérieure du doigt rétracté et de la face palmaire de la main, permet le redressement, qu'on facilite par la section de quelques adhérences et brides partielles. Il reste, il est vrai, au-dessus et au-dessous du lambeau des plaies assez larges et d'une longueur remarquable en raison de l'extrême rétraction du lambeau. Mais ces plaies se cicatrisent assez aisément dans l'intervalle des tissus sains sans ramener la flexion forcée et les adhérences morbides. Sur un jeune enfant de trois ans, qui avait le petit doigt et l'annulaire fixés sur la paume de la main par la cicatrice d'une brûlure, et dont la dernière phalange était seule libre, M. Sédillot tailla un lambeau losangique sur l'annulaire en le commençant à la face palmaire, à deux travers de doigt de l'articulation métacarpo-phalangienne; de là les deux bords du lambeau s'étendaient en forme de $<$ sur les côtés de l'origine du doigt, et se continuaient ensuite en un autre $>$ renversé jusque auprès de la phalange. Il se borna, pour le petit doigt, à disséquer un seul lambeau triangulaire allongé, commencé à la face palmaire près du poignet et prolongé sur les deux côtés du doigt $<$. Ce lambeau détaché servit à recouvrir tout le petit doigt redressé, et la plaie résultant de la rétraction du lambeau avait presque la hauteur de la paume de la main. Aucune mortification n'eut lieu, et l'opération réussit heureusement.

Ces procédés pourraient être décrits avec ceux de l'autoplastie, mais il nous a paru nécessaire de les mentionner spécialement ici, en raison de la fréquence et de l'extrême importance de leur application.

Nous signalerons encore un autre mode de traitement très-facile et d'une grande efficacité dans les cas de brides inodulaires sous-cutanées. Il arrive assez souvent qu'à la suite d'érysipèles diffus et de suppurations sous-tégumentaires, des cordons fibreux et rétractiles se produisent, et fléchissent les membres d'une manière permanente. L'étude attentive de la lésion montre que la peau, malgré des traces de suppurations partielles, est restée souple, et que les brides sont situées au-dessous d'elles. La section sous-cutanée des cordons fibreux est alors le meilleur remède, et a donné un succès complet sur un malade dont l'avant-bras était fléchi sur le bras par

une cicatrice développée à la suite d'un érysipèle phlegmoneux causé par la phlébotomie.

On peut encore enlever quelquefois la saillie que forment certaines cicatrices au moyen d'un couteau mince à deux tranchants qu'on introduit à plat sous leur partie moyenne et qu'on fait courir vers les deux extrémités. On tient ensuite les lèvres de la plaie écartées, et on la cautérise de manière qu'elle reste au-dessous du niveau des téguments. A la suite des brûlures du second degré, quand la cicatrice offre des boursoufflures, des nodosités, des inégalités, on l'ébarbe pour ainsi dire avec le bistouri ou le rasoir.

Cicatrices adhérentes. Elles sont congénitales ou acquises. Parmi les premières, il n'en est pas de plus fréquentes que celles des doigts (*syndactylie*), que nous rangeons ici par analogie.

La *section simple* échoue, et les parties séparées se rejoignent malgré toutes les précautions; qu'on cherche à interposer un corps étranger (procédé ancien), ou qu'on détruise chaque jour (Amussat) les adhérences des angles de la plaie.

Procédé de Rudtorffer. Ce chirurgien voulait que l'on transperçât a partie supérieure de la commissure interdigitale avec un fil de plomb laissé en place jusqu'à la consolidation complète de la plaie. On achève seulement alors la séparation des deux doigts, qui restent écartés et se cicatrisent isolément. Les succès de ce procédé sont assez nombreux.

L'*autoplastie* permet de tailler avec la plus grande facilité un petit lambeau cutané transversal que l'on engage dans la commissure interdigitale, qui se trouve ainsi reformée. C'est le lambeau dorsal intercalé de Zeller.

Procédé de M. Sédillot. Séparation des plaies par des portions saines de la peau. Le moyen le plus sûr d'obtenir l'isolement des doigts palmés est le suivant: on écarte autant que possible les parties pour allonger la membrane interdigitale, à laquelle nous supposons une certaine laxité. On divise alors la peau sur le milieu de la face dorsale de l'un des doigts et sur le milieu de la face palmaire de l'autre doigt. On sépare les deux lambeaux tégumentaires ainsi produits, et on les réunit au doigt dont ils dépendent, par quelques points de suture ou par de simples bandelettes agglutinatives. Les cicatrices sont placées dans des points opposés des deux doigts, et l'espace interdigital, recouvert de chaque côté par une portion de peau saine, reste libre sans aucune possibilité d'adhésion. On a publié plusieurs succès de ce procédé.

Dans le cas où les doigts seraient réunis très-étroitement, et où la peau ferait défaut, on taillerait un des lambeaux beaucoup plus ample que l'autre. Un des doigts serait, de cette manière, complé-

tement entouré de téguments, tandis que l'autre doigt en resterait en partie privé, et devrait se recouvrir par un tissu cicatriciel. Un petit lambeau autoplastique transversal, pris au niveau des têtes métacarpiennes, pourrait, comme nous l'avons dit, assurer la régularité et la persistance de la commissure, et en ayant soin de soutenir le doigt privé en partie de téguments, sur une attelle, pendant la formation de la cicatrice, on éviterait autant que possible toute difformité.

Procédés de MM. Maisonneuve et Giraldès. On place un entérotoime très-étroit et très-mince sur la commissure palmée et on divise cette dernière avec lenteur ou rapidité.

Cicatrices oblitérantes. Si l'oblitération est incomplète, on élargit l'ouverture rétrécie; si elle est complète, on rétablit cette ouverture avec un instrument approprié, qui ne peut être le même dans tous les cas; on introduit ensuite dans l'ouverture des mèches ou un tube d'ivoire, dont on continue longtemps l'usage à cause de la tendance extrême que ces sortes d'orifices ont à se rétrécir. Quelle que soit l'espèce de cicatrice vicieuse, quelle que soit l'opération pratiquée, la surveillance ne doit cesser de la part de l'homme de l'art qu'au moment où le tissu de la cicatrice est définitivement constitué.

Autoplastie. Le procédé le plus sûr dans les cas difficiles et réfractaires aux autres moyens est celui de Dieffenbach. On enlève une petite portion des téguments et des tissus subjacents, jusqu'à la membrane muqueuse, que l'on ménage. La plaie doit avoir la forme de l'ouverture naturelle dont on poursuit le rétablissement. On fend alors la muqueuse et on la renverse de chaque côté vers la peau, où on l'assujettit par quelques points de suture.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES ONGLES.

On donne le nom d'*ongle incarné*, *ongle rentré dans les chairs*, à une affection assez fréquente du gros orteil, consistant dans l'ulcération des parties molles correspondant au bord de l'ongle, qui joue le rôle de corps irritant.

Cette lésion se produit en général avec assez de lenteur, à moins qu'elle ne soit due à une violence extérieure passagère, qui a écrasé l'orteil, ou à une irritation chronique de la matrice de l'ongle, qui imprime à l'ongle une direction vicieuse. Dans le plus grand nombre des cas, les accidents dépendent de l'étroitesse des chaussures, qui pressent les chairs contre le bord externe de l'ongle, et impriment aux phalanges du gros orteil une légère déviation, portant