

tricielles qui, comme les cicatrices ordinaires, sont recouvertes d'une couche d'épiderme.

La cause du développement exagéré des éléments d'une cicatrice nous est tout à fait inconnue. On constate seulement que chez les individus lymphatiques, scrofuleux, les cicatrices ont une grande tendance à s'élever sous forme de bourrelets durs, d'un rouge violacé. Toutes les cicatrices peuvent être le siège de ces hypertrophies; mais il semble que, dans certains cas, cette lésion soit sous l'influence de quelque trouble général constitutionnel. Gimelle a montré à l'Académie de médecine un soldat de l'armée d'Afrique (1) qui avait reçu quinze coups de yatagan, et la plupart de ces plaies, en se cicatrisant, se transformèrent en végétations cicatricielles. D'autres fois, toutes les cicatrices sur le même blessé sont le siège d'une hypertrophie notable.

Benjamin Brodie enleva une de ces tumeurs qui avait pris naissance sur des cicatrices laissées par mille coups de fouet. Jeffreys en extirpa du dos d'un homme une autre qui s'était produite sur une cicatrice vingt-sept ans après une flagellation. Ces hypertrophies ne sont pas rares sur les cicatrices des brûlures. On les trouve assez souvent chez les habitants du Bengale, et elles se montrent alors sur les cicatrices que laisse l'application du cautère actuel dans la région de la rate, afin de remédier aux engorgements de cet organe. Enfin on a vu de ces tumeurs sur les cicatrices des anciens vésicatoires, des ulcères, des pustules du tartre stibié ou de l'huile de croton.

Les hypertrophies cicatricielles débutent souvent par plusieurs tubercules disséminés sur divers points de la cicatrice. Ces élevures ne produisent ni douleur, ni gêne, et peu à peu elles se soulèvent de façon à constituer, soit des plaques, soit des sortes de condylomes qui s'aplatissent les uns contre les autres. Quand l'hypertrophie cicatricielle est considérable, il est assez commun de trouver dans la peau voisine de petits tubercules.

Il est rare de voir ces tubercules d'hypertrophie cicatricielle se flétrir et disparaître; plus souvent ils restent stationnaires si on ne les expose à aucune violence; mais assez souvent encore, soit par le développement spontané de la tumeur, soit à la suite de quelque blessure, on voit ces tubercules s'ulcérer peu à peu, devenir saignants, et prendre alors un développement qui commande l'intervention chirurgicale.

Du reste, la nature de ces tumeurs n'est pas essentiellement maligne, et l'économie reste en général à l'abri de toute infection.

*Productions cornées épidermiques.* — Les éléments épidermiques qui recouvrent les cicatrices prennent quelquefois seuls un développement exagéré. On voit ainsi se former sur les cicatrices de petites élevures coniques et mamelonnées, dont la couleur et la résistance sont celles des cors aux pieds. La malpropreté et une pression exagérée sont les causes

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1842, t. VIII, p. 993.

les plus habituelles de ces végétations cornées, qui ne font pas véritablement corps avec les cicatrices, et qu'on peut en détacher facilement en les ramollissant.

D'autres fois ce sont de véritables cornes qu'on observe sur les cicatrices, et la forme de ces productions rappelle un peu les cornes de quelques ruminants. Ainsi on en a vu d'arrondies et de régulièrement formées comme celles des bœufs, d'aplaties comme celles des béliers, enfin d'autres pourvues de renflements intermittents comme celles des cerfs. Hutin a rapporté, dans son travail, l'observation d'une femme qui portait au bras droit une corne de 10 centimètres de longueur, contournée en spirale et implantée sur la cicatrice d'un kyste. On la coupa à l'aide de cisailles de Liston. Dans un autre cas, la corne, provenant de la cicatrice d'un cautère, était haute de 5 centimètres, large à sa base de 3 1/2 à 4 centimètres; elle était formée de fibres verticales, d'un aspect tuyauté, agglutinées les unes contre les autres. Une partie du tissu cicatriciel se prolongeait dans cette corne, et contribuait à rendre douloureux et saignant le centre de cette tumeur.

C'est à l'extrémité des moignons des amputés, et surtout des amputés de la cuisse, qu'on constate le plus souvent ces productions cornées. La cicatrice, dans la marche et dans la station debout, est en effet soumise à des tractions par les tiraillements que la peau éprouve et par une sorte de pression que le fémur exerce sur elles de haut en bas et de dedans en dehors.

*Productions cartilagineuses et osseuses.* — Les cicatrices éprouvent quelquefois une transformation cartilagineuse, fibro-cartilagineuse ou même osseuse. A la suite de pressions continues, la cicatrice devient alors le siège d'un ou de plusieurs noyaux durs, aplatis, lamellés, moins épais à la périphérie qu'au centre, à bords inégaux. Ces noyaux sont plus lisses à leur surface externe qu'à leur surface interne. Si, sous l'influence d'une contusion ou de pressions répétées, la cicatrice vient à s'enflammer, elle finit par s'ulcérer; la production ostéoïde ou osseuse est mise à nu et n'est que très-lentement expulsée. Mais, dans ce cas, on s'abstiendra des tractions, qui n'amèneraient que des déchirures sans résultat utile.

*Épithéliome et cancer.* — L'épithéliome et le cancer se développent aussi dans des cicatrices. Après l'extirpation d'un cancer du sein, par exemple, on voit fréquemment les cicatrices devenir dures, tendues, douloureuses, et s'ulcérer à la façon des encéphaloïdes ou des squirrhes. L'épithéliome se manifeste parfois primitivement dans les cicatrices, et il y prend le plus souvent la forme papillaire. Ainsi la cicatrice se soulève, sa surface devient papilliforme, c'est-à-dire qu'elle semble constituée par le rapprochement d'un très-grand nombre de papilles renflées à leur sommet. On peut souvent écarter les uns des autres ces renflements papillaires, dans l'intervalle desquels se dépose une matière blanchâtre, sébacée, analogue à celle qui se forme entre le prépuce et le gland. Ces tumeurs sont très-vasculaires, quelquefois ulcérées à la surface, et l'on reconnaît encore, au fond de l'ulcération, une disposition papillaire. L'examen microscopi-

que ne montre là qu'un tissu à base fibreuse et un dépôt de cellules épidermoïdes pavimenteuses.

Ces cancroïdes des cicatrices, plus rares que les hypertrophies, se développent d'abord par quelques nodules qui semblent exulcérés, et laissent suinter un liquide semi-purulent et rous-sâtre; une croûte desséchée revêt souvent la surface cancroïdale et peut en être facilement détachée. Quand on enlève cette croûte, on constate la disposition papillaire dont nous avons déjà parlé. Cette maladie gagne en largeur, et ne tarde pas à envahir la peau saine et plus tard les ganglions. C'est là, comme le dit Hawkins, une *malignant local disease*. Quand la tumeur s'ulcère, on trouve des solutions de continuité profondes, taillées à pic, laissant suinter un liquide puriforme.

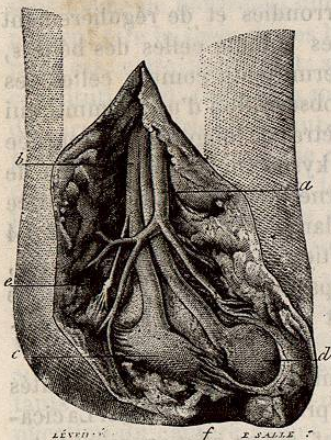


FIG. 74. — Développement névrotique des nerfs plantaire externe et plantaire interne dans la cicatrice d'une amputation tibio-tarsienne pour un écrasement du pied (pièce déposée par Jules Roux et Verneuil au musée Dupuytren). — a, artère tibiale postérieure; b, nerf tibial postérieur; c, névrome en plaque du nerf plantaire externe; d, névrome arrondi du nerf plantaire interne; e, petit névrome sur un filet du nerf plantaire externe; f, cicatrice du moignon.

fois s'exagérer au point de devenir un supplice perpétuel pour le blessé.

Ces douleurs ont des causes multiples; elles proviennent soit des nerfs qui se rendent à la cicatrice, soit des rapports de cette cicatrice avec les tissus voisins. Dans les plaies d'amputation, par exemple, les troncs nerveux coupés se terminent souvent au voisinage de la cicatrice en des renflements fibreux, parfois d'un volume considérable, de forme variée, aplatis ou arrondis, comme on en voit un remarquable exemple dans la figure 74. Ces névromes peuvent être douloureux par eux-mêmes, ou par les rapports qu'ils affectent avec les tissus voisins. Dans ce dernier cas, la douleur peut provenir de l'adhérence du névrome à un os, et des frottements ou des pressions brusques qui sont la conséquence de cette union trop intime. Ailleurs, l'extrémité du nerf est comprimée par le tissu rétractile de la cicatrice avec lequel elle fait corps. La figure ci-jointe, qu représente une pièce décrite par Verneuil dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* (t. IV, p. 414), fera très-bien comprendre ce qui précède.

Dans d'autres cas, les cicatrices ne contiennent pas de renflements

nerveux, et la douleur provient de l'adhérence de la cicatrice à un os sous-jacent, comme cela s'observe assez souvent à la partie inférieure du péroné, à la surface interne du tibia ou l'extrémité des os amputés. Tant que la plaie existe, il n'y a point de douleur; mais dès que la cicatrice devient adhérente, le moindre tiraillement de la partie développe de la douleur, et les aspérités osseuses qu'on observe assez souvent sur le bout des os coupés contribuent encore à rendre ces cicatrices plus douloureuses. Quelquefois la souffrance est si vive dans ce cas, que les malades éprouvent des syncopes ou de véritables spasmes lorsqu'on vient à imprimer un choc un peu vif à la partie blessée.

Il paraît y avoir aussi une cause de douleur dans l'hygrométrie des cicatrices. On ne peut pas démontrer le fait expérimentalement; mais si, par les temps humides, on recouvre les cicatrices avec un corps sec et chaud, comme de la ouate, ou une peau de cygne, la sensation douloureuse cesse ou est très-notablement diminuée. Enfin on voit des névralgies fort douloureuses dans les cicatrices, sans qu'on puisse leur assigner aucune lésion appréciable.

*Cicatrices colorées, tatouage.* — Certaines cicatrices sont colorées naturellement en brun par des causes que nous ne connaissons pas; on prétend aussi que dans quelques contrées de l'Abyssinie, par exemple, les cicatrices, chez les blancs, sont colorées en noir, mais le fait n'est pas prouvé. Les cicatrices, chez les nègres, sont blanches lorsque toute l'épaisseur de la peau a été comprise dans la cicatrice; mais si les cicatrices cutanées sont très-superficielles, elles peuvent conserver une certaine coloration brunâtre. Le plus souvent, la coloration des cicatrices chez les blancs provient de matières colorantes introduites dans les plaies; la matière colorante du taffetas noir d'Angleterre a été quelquefois déposée accidentellement entre les lèvres d'une plaie et a pu donner lieu à une cicatrice noire. On assure que, dans les peuplades sauvages, les tatouages sont dus au dépôt de matières colorantes dans des incisions; mais le tatouage, si répandu parmi les soldats de notre armée, s'exécute seulement à l'aide de piqûres d'aiguilles qu'on colore de différentes façons. Nous allons, à propos des cicatrices colorées, dire quelques mots de ce tatouage qui est parfois l'origine d'accidents inflammatoires, et qui a soulevé déjà plusieurs questions médico-légales intéressantes. On trouvera, dans les travaux indiqués à l'HISTORIQUE des cicatrices, tous les renseignements sur ce sujet.

Le tatouage que nous observons en Europe est pratiqué de la manière suivante: On trace avec une plume ou un pinceau, sur la partie à tatouer, le dessin qu'on veut reproduire; puis on délaye sur une palette ou dans une coquille les matières colorantes dont on doit faire usage: ces matières colorantes sont en général de l'encre de Chine, du bleu indigo, du vermillon et quelquefois de la poudre écrasée. Deux ou trois aiguilles à coudre sont attachées ensemble et de front; puis après avoir tendu la peau aussi exactement que possible, le tatoueur trempe ces aiguilles

dans la solution colorée, et les introduit dans le derme suivant le contour de l'image.

Les aiguilles sont enfoncées plus ou moins loin dans le derme, et à chaque nouvelle ponction, le tatoueur les trempe dans la matière colorante. Le dessin tracé par les aiguilles, on conseille au tatoué de garder le repos du membre pendant un quart d'heure, puis on fait laver le bras avec de l'eau; mais, dit Hutin, certains artistes préfèrent que ce soit avec de l'eau-de-vie ou du rhum, dont il reste toujours dans le verre une quantité assez grande pour qu'ils en fassent leur profit. Pour les dessins à une couleur, on passe quelquefois sur les piqûres un tampon ou un doigt imprégné de la matière colorante.

En général, l'inflammation qui succède à ces piqûres ne dure que quelques heures; les petites croûtes dues au sang desséché sur les piqûres tombent au bout de peu de jours, et le tatouage persiste seul. Mais dans des cas assez rares, suivant la nature de la matière employée ou l'irritabilité du blessé, on a vu survenir des angioloécites, des œdèmes inflammatoires, une suppuration diffuse du tissu cellulaire.

Les cicatrices colorées du tatouage persistent-elles indéfiniment et peut-on les faire disparaître? On comprend tout de suite l'importance de ces questions au point de vue médico-légal; en effet, ces cicatrices sont un moyen sûr d'établir l'identité d'un individu.

Certaines matières colorantes, comme l'encre de Chine, ne s'altèrent jamais; mais d'autres, formées de matières végétales, comme l'indigo, pâlissent considérablement. Le vermillon déposé dans la peau voit aussi sa couleur s'altérer; mais, quelle que soit la matière employée, si le tatouage a été trop superficiellement pratiqué, il peut disparaître soit naturellement, soit par des frottements rudes, seul ou précédés de l'application d'un vésicatoire. On trouvera dans le remarquable travail de Tardieu les applications de ces faits à la médecine légale.

Mais il y a encore un autre mode de disparition de la matière colorante du tatouage. J'ai démontré depuis longtemps (1) que, dans tous les tatouages, une certaine partie de la matière colorante pénètre dans les vaisseaux lymphatiques au moment de la piqûre, et quitte la peau pour aller jusque dans les ganglions. Les ganglions lymphatiques des individus tatoués renferment donc, comme je l'ai déjà dit précédemment, une faible quantité de la matière colorante; mais cette injection des ganglions par cette matière s'arrête là et persiste indéfiniment.

*Des difformités causées par les cicatrices.* — Non-seulement les cicatrices sont difformes par elles-mêmes, mais en changeant les rapports de certaines parties du corps, elles entraînent des difformités dont le nombre est très-grand et que nous nous bornerons à signaler en très-peu de mots.

Ces difformités résultent en général de la rétraction des cicatrices, et on les observe alors plus souvent dans les cicatrices de brûlure qui

(1) Gazette médicale, 1849, p. 471.

sont inégales, denses, dures, fibreuses, fortement adhérentes aux tissus sous-jacents.

Les principales difformités produites par les cicatrices sont des *adhérences* de parties normalement séparées, telles que celles de la conjonctive au globe oculaire ou du pavillon de l'oreille à la peau; des *rétractions* de la tête, du tronc ou des membres, comme on en voit si souvent à la suite des brûlures du cou (fig. 75); de la région inguinale, des téguments du pli du coude; des *occlusions* d'orifices naturels, comme cela arrive après la brûlure des lèvres, des paupières, etc.; des *déplacements* des parties mobiles, comme des luxations progressives de grandes articulations. Mais nous ne pouvons pas nous étendre davantage sur ce sujet dont les diverses parties seront longuement étudiées ailleurs.



FIG. 75. — Cicatrices saillantes et rétractiles du cou à la suite d'une brûlure.

*TRAITEMENT.* — Nous allons examiner séparément, comme dans le paragraphe qui précède, les diverses lésions des cicatrices au point de vue thérapeutique.

Lorsque des cicatrices sont, par une cause quelconque, le siège d'une *inflammation*, on doit les traiter par le repos, par des applications émollientes, froides, jusqu'au moment où la douleur et la rougeur auront complètement disparu. Alors, si la cicatrice n'a pas été détruite, on devra prendre les plus grands soins pour éviter le retour de semblables accidents.

De simples *piqûres* ou de légères *contusions* n'exigent guère que le repos et quelques applications de liquides froids; mais si la cicatrice a été complètement incisée ou déchirée, on se trouve en face d'une plaie plus ou moins large et dans des conditions d'une cicatrisation plus difficile. On traitera la *plaie d'une cicatrice* comme une plaie ordinaire; mais de plus on devra, lorsque la couche granuleuse des bourgeons charnus sera bien développée, l'exciter par quelques cautérisations, de façon à exagérer là le développement du tissu cicatriciel. Si une cicatrice s'était déjà rompue plusieurs fois, on devrait examiner les conditions locales du mal, afin de voir s'il ne serait pas possible d'enlever complètement cette cicatrice et d'obtenir une réunion immédiate de la plaie.

Lorsqu'il s'agit simplement de traiter les *bourrelets hypertrophiques des cicatrices*, on peut espérer de les réduire par quelques applications stimulantes, comme celles de teinture d'iode, aidées d'une compression méthodique, douce, à l'aide de compresses d'amadou soutenues par une bande. Si ces moyens excitants ne réussissent pas à détruire ce léger excès de formation cicatricielle, et si la cicatrice n'est pas exposée à des violences, on doit recommander au malade l'expectation.

Mais s'il s'agissait d'une *hypertrophie* plus considérable, de celle qu'on

désigne par les noms de *chéloïde*, de *tumeur végétante des cicatrices*, il ne faudrait plus compter sur l'action des stimulants et de la compression. Que faudrait-il faire alors? Plusieurs cas différents peuvent se présenter. Si la tumeur est peu développée, non exposée à des frottements, et si elle s'arrête dans son développement, il est sage de ne pas conseiller d'opération; mais dans des conditions opposées, il faut enlever la tumeur par le bistouri, car les caustiques doivent être absolument rejetés. Quand la plaie d'extirpation peut être réunie par première intention la guérison, est très-probable; mais si l'ablation de la tumeur laisse une plaie exposée, les chances d'une récurrence sont malheureusement très-grandes.

Les *épithéliomes* et les *cancers* des cicatrices doivent être enlevés, comme s'il s'agissait de ces tumeurs dans d'autres régions.

Avant d'entreprendre quelque chose contre une *cicatrice douloureuse*, on devra s'assurer si la douleur provient de quelque adhérence anormale de la cicatrice à une surface osseuse, du développement névromatique d'une extrémité nerveuse coupée, ou bien si elle n'est que l'expression d'une de ces névralgies dont la cause anatomique échappe.

Quand il y a une adhérence anormale et douloureuse de la cicatrice à un os sous-jacent, on doit avoir recours à la section sous-cutanée des adhérences à l'aide d'un ténotome mousse; et pour prévenir une nouvelle et trop facile réunion des mêmes parties, on devra chaque jour, ou même plusieurs fois par jour, faire mouvoir doucement la peau de tous les côtés, au niveau de la section sous-cutanée. Ce moyen, sur lequel Hancock a surtout insisté dans ces derniers temps (1), a pour but de créer, au niveau de l'adhérence primitive, soit une bourse muqueuse, soit un tissu cellulaire lâche; mais il faut avouer que son succès est très-incertain. Le chirurgien anglais, dans la pensée que les moignons d'amputation sont plus souvent douloureux par ces adhérences de la cicatrice aux os que par le développement névromatique des nerfs coupés, conseille d'appliquer surtout dans ce cas des sections sous-cutanées.

Mais si l'on était sûr que ces douleurs eussent pour cause l'hypertrophie du nerf, on devrait inciser la cicatrice et exciser le nerf ou le névrome, en favorisant le plus possible la réunion immédiate.

Enfin, contre les névralgies *sine materia*, on aura recours aux narcotiques, à la belladone, au chloroforme, aux applications froides, etc. Mais le plus souvent il est impossible de connaître la cause des douleurs dans les cicatrices, et quand elles ont acquis une violence extrême, on est conduit à pratiquer successivement plusieurs opérations. Un des plus remarquables exemples de ce genre est rapporté dans un journal anglais (2). On amputa la cuisse d'une fille de vingt-deux ans à Middlesex Hospital, et de très-vives douleurs se montrèrent plus tard dans le moignon, dont le chirurgien fit alors la résection. Mais les douleurs continuant, on réséqua le sciatique au niveau de la hanche; enfin aucune amélioration ne s'étant

(1) *The Lancet*, 23 juillet 1859.

(2) *The Lancet*, 1836, 1<sup>er</sup> vol., p. 111.

manifestée, on crut devoir pratiquer la désarticulation de la hanche, et la malade guérit.

Toutes les cicatrices jouissent, à des degrés divers, du pouvoir de se rétracter, et cette propriété rétractile n'a produit tous ses résultats qu'au bout d'un temps qui varie de plusieurs mois à plusieurs années. Quand cette rétraction s'exerce au niveau de certaines parties, comme les jointures, il faut la combattre énergiquement par des attelles, des bandes élastiques, des appareils à extension continue, de la gymnastique. On aidera à l'action de ces divers moyens en entretenant de la chaleur au niveau de ces cicatrices et en exerçant sur elles des frictions. On peut seulement, dans la chirurgie spéciale, faire bien connaître les différents procédés à l'aide desquels on réalise toutes les indications; mais, en tout cas, on doit se rappeler qu'il faut agir lentement, peu à peu, sans brusquerie, et attendre que la nutrition de la cicatrice se modifie et que son tissu reprenne plus de souplesse: on doit se rappeler encore que les cicatrices ont une grande tendance à se ramollir, et que douées de peu de vitalité, elles s'ulcèrent souvent fort vite durant ces tractions.

Quand l'extension des cicatrices rétractées ne suffit pas à rendre à la partie ses fonctions, il faut songer à quelques-unes des opérations sanglantes qui ont été proposées dans ce cas; mais nous n'indiquons ici que les principes généraux sur lesquels reposent ces opérations délicates.

On peut rattacher à quatre méthodes les moyens opératoires mis en usage: dans la première méthode, on coupe directement la bride cicatricielle rétractée, et pendant la cicatrisation on lutte par les moyens indiqués plus haut contre une rétraction nouvelle; dans la seconde méthode, on pratique encore une section, mais on met obstacle à l'adhésion des surfaces suppurantes, soit en détruisant en un point la membrane granuleuse, soit en interposant un corps étranger à l'extrême limite de la ligne où devra porter l'incision, afin de créer là un point cicatriciel isolé qui ne permettra pas aux surfaces divisées de se réunir; dans la troisième méthode, on allonge directement la cicatrice par un lambeau pris dans le voisinage; enfin, dans la quatrième, on enlève complètement la cicatrice et l'on réunit la plaie par première intention.

1<sup>o</sup> La section simple des brides cicatricielles peut se faire sur un ou plusieurs points de la bride. On portera le bistouri jusqu'au delà de l'épaisseur de la cicatrice; et, immédiatement après, on tiendra écartées l'une de l'autre les surfaces saignantes. Cet écartement devra être maintenu pendant tout le temps de la guérison de la plaie, et l'on aura soin que l'extension se fasse doucement et avec lenteur.

On a conseillé de pratiquer sur la bride des incisions obliques, afin que la cicatrice elle-même serve à former un petit lambeau qui recouvrira une certaine partie de la plaie. Cette modification n'a pas grande importance; mais ces incisions, perpendiculaires ou obliques, sont le plus souvent suivies du retour des choses à l'état antérieur, parce que la rétraction de la couche granuleuse l'emporte sur les efforts

que fait le chirurgien pour s'opposer au rapprochement des parties.

2° C'est pour s'opposer à ce rapprochement qu'Amussat conseillait de rompre la continuité de cette membrane granuleuse au point où se réunissent les deux surfaces suppurantes de la bride incisée. Chaque surface ainsi isolée de sa congénère se cicatriserait isolément. Afin d'atteindre ce but, Amussat proposait de fendre toutes les vingt-quatre heures l'angle d'union des deux surfaces granuleuses. Mais c'est là un moyen assez douloureux et qui est loin d'être toujours suivi de succès. Le procédé suivant me paraît préférable. S'il s'agit, par exemple, d'une bride cicatricielle qui a réuni deux doigts, on perce cette bride avec un trocart au point où l'on croit devoir terminer la séparation des parties; on introduit ensuite un fil de plomb dans ce trou, et on ne le retire qu'au moment où une cicatrice est complètement établie; on peut alors inciser la bride, et l'on doit espérer que les surfaces suppurantes, isolées par un point cicatriciel, ne se réuniront pas.

Cette dernière façon de faire ne conduit pas à une guérison certaine, car on a vu les bourgeons charnus se réunir au-dessus du point cicatriciel; mais en prenant grand soin de maintenir le plus possible un écartement des parties, on pourra concevoir quelques espérances de guérison.

3° Un moyen plus sûr que les précédents, mais qui n'est pas toujours réalisable, c'est l'autoplastie, soit par glissement de deux lambeaux décollés suivant les deux bords d'une plaie qui succéderait à l'ablation de la cicatrice, soit par interposition d'un lambeau entre les lèvres de la solution de continuité faite à la cicatrice rétractée. On peut tailler dans la peau voisine de la cicatrice un lambeau qu'il suffira d'incliner pour augmenter d'une quantité voulue la longueur de la bride cicatricielle.

Quand on taille des lambeaux pour allonger des cicatrices vicieuses, il faut autant que possible ne pas constituer ces lambeaux avec du tissu cicatriciel, mais bien avec la peau saine du voisinage. Ces lambeaux ne doivent pas non plus avoir leurs pédicules vasculaires dans la cicatrice, car le peu de vascularité de ces tissus anormaux serait peu favorable à la vitalité de la partie; c'est surtout vers les bords de la réunion que l'intégrité des tissus est indispensable. Il y a, du reste, des tissus cicatriciels qui semblent plus favorables que d'autres à la réunion des parties: tel est, par exemple, le tissu cicatriciel sensible, épais, extensible.

On a soutenu que ces opérations pour des cicatrices rétractiles devaient être pratiquées tardivement, quand le tissu cicatriciel avait pour ainsi dire épuisé toute sa puissance de rétraction. Mais c'est là une doctrine qui peut avoir des conséquences funestes. En effet, quand des brides cicatricielles se forment dans l'enfance, il y a atrophie, arrêt du développement des parties affectées; les articulations restent intactes, mais les tissus périarticulaires et les muscles sont enrodis et ne recouvrent pas facilement leurs mouvements. Donc si l'on doit attendre que le tissu de cicatrice soit parfaitement développé, il ne faut pas retarder l'opération au delà d'une année.

4° L'extirpation des cicatrices n'est pratiquée que rarement, à cause des lésions étendues qu'elle entraîne après elle. Il ne faut là réserver qu'à certains cas bien déterminés, et alors elle peut rendre d'incontestables services. Si l'on avait à traiter quelques-unes de ces brides cicatricielles qui amènent des rétractions bien marquées, et si ces brides n'étaient pas trop étendues, on pourrait en pratiquer l'extirpation et tenter la réunion immédiate de la plaie.

## DEUXIÈME SECTION

BRULURES. — FROIDURES. — ACCIDENTS PRODUITS PAR LA Foudre

### ARTICLE PREMIER

#### DE LA BRULURE

On désigne sous le nom de *brûlure* un ensemble de lésions produites par l'action énergique et rapide, ou faible mais continue, du calorique.

HISTORIQUE. — Les publications sur la brûlure sont excessivement nombreuses, mais beaucoup d'entre elles, destinées à vanter quelque remède insignifiant, ne méritent pas qu'on s'y arrête. Nous indiquerons seulement ici les travaux qui ont servi à édifier l'histoire de la brûlure sur des bases sérieuses.

Jusqu'au moment (1607) où Fabrice de Hilden publia son *Traité des brûlures: De ambustionibus quæ oleo et aqua fervidis, ferro candente, pulvere tormentario, fulmine et quavis alia materia ignita fiunt*, l'histoire de ces lésions avait été faite sans critique et sans méthode. On peut dater de cette époque la première étude rationnelle de la brûlure. Il admit trois degrés dans ces lésions, et décrivit le traitement applicable à chacun d'eux. La description de Fabrice, complétée par Heister et Callisen, modifiée par Boyer, resta dans la science jusqu'au moment où Dupuytren publia dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale* ses idées sur la brûlure. On trouve dans le travail de ce dernier chirurgien une division qui est fondée sur des vues ingénieuses et pratiques; cette classification a fait fortune et est devenue classique.

Mais les travaux de Dupuytren et de ses élèves n'étendirent guère le cercle de nos connaissances sur les lésions internes qui compliquent souvent ces graves accidents locaux. Cette lacune a été remplie par quelques recherches intéressantes publiées en Angleterre, et qui complètent de la façon la plus heureuse l'histoire des brûlures.

DUPUYTREN, *Des brûlures*, etc. (*Leçons orales*, t. IV, p. 103). — PAILLARD, *Mémoire sur les cicatrices de chaque degré de la brûlure* (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1830, t. VIII, p. 163). — JAMES LONG, *On the post mortem Appearances found after Burns* (*The London Medical Gazette*, Febr. 1840, vol. XXV, p. 743). —