

sur la cornée transparente que sur la clérolique. Nous ne parlons ici que des plaies superficielles, mais quand un instrument piquant ou une arme piquante a pénétré fort avant dans l'intérieur de l'œil, et surtout si cet instrument est un peu volumineux, il bouleverse en quelque sorte toute l'organisation de l'œil, ce qui peut amener l'amaurose, léser le cristallin, et produire ainsi une cataracte traumatique, etc., etc., enfin provoquer une inflammation violente qui se termine par l'opacité des autres humeurs et membranes de l'œil, ou la suppuration de cet organe.

Lorsque l'œil a éprouvé une lésion de ce genre, il faut le couvrir et le soustraire complètement à la lumière et prévenir ses mouvemens : on a recours à une ou plusieurs saignées suivant la gravité de la blessure, on tient pendant quelques jours le malade à une diète sévère, etc., etc., enfin on se comporte dans cette circonstance absolument comme si on avait affaire à une opération de cataracte (1).

J. — *Plaies par armes tranchantes au globe de l'œil.*

Les armes tranchantes qui intéressent le globe de l'œil peuvent, si la plaie est large, être suivies presque immédiatement de la sortie de toutes les humeurs de l'œil, et par conséquent, de sa destruction complète. Aucun traitement n'est possible dans ce cas, et la conservation du moignon peut seule servir pour placer plus tard un œil artificiel.

Quand ces plaies sont petites, qu'elles n'intéressent

(1) M. Larrey dit avoir observé plusieurs fois la résolution des cataractes traumatiques; ce qui, dit-il, prouve que cette lentille se nourrit par une circulation vasculaire très-subtile et peu accessible à nos sens.

(Note des Rédacteurs.)

qu'une faible portion de l'étendue de la sclérolique, ou de la cornée transparente, les suites sont moins fâcheuses. L'humeur aqueuse ou l'humeur vitrée, s'écoule en partie, mais peu à peu cet écoulement cesse à mesure que les bords des plaies se gonflent et se réunissent, l'œil reprend petit à petit son volume habituel et l'exercice de ses fonctions qui avaient été troublées ou perdues. Le même traitement conseillé pour la piqûre du globe de l'œil, est applicable ici aux plaies par armes tranchantes. Il faut tenir le globe de l'œil couvert, les paupières abaissées sur lui et très-légèrement comprimées à l'aide d'une compresse et d'une bande; on a recours aux antiphlogistiques les plus actifs pour prévenir l'inflammation. Si l'arme tranchante avait pénétré jusqu'au cristallin, et que celui-ci s'engageât entre les bords de la plaie, il faudrait l'extraire comme on le fait dans l'opération de la cataracte par extraction. Lorsque ces plaies avec perte des humeurs de l'œil guérissent parfaitement, et avec la conservation du libre exercice de la vision, le volume de l'organe est quelquefois considérablement diminué, ce qui est la cause d'une première difformité, indépendamment de l'opacité plus ou moins étendue de la cornée transparente, lorsque cette dernière membrane a été atteinte.

Les blessures par déchirure, arrachement, etc., etc., du globe de l'œil, ne présentent point d'indications particulières de traitement.

K. — *Blessures de l'œil par des armes contondantes.*

Les contusions du globe de l'œil présentent une gravité différente, suivant leur degré. Quand elles sont légères, elles se bornent à produire, sous la conjonctive, une infiltration sanguine plus ou moins étendue, avec tuméfaction, boursoufflement plus ou moins considérable.

à des saignées de pied répétées, et à de nombreuses sangsues appliquées à la base de l'orbite, aux régions temporales, aux pédiluves sinapisés, aux boissons laxatives, aux émolliens et aux résolutifs sur l'œil, etc., etc.

Quant à la cataracte et à l'amaurose, on les traite par les moyens spéciaux qui leur sont réservés.

Dans un degré plus fort de la contusion de l'œil, il y a mélange de toutes les parties constitutives de cet organe; tout y est bouleversé, les membranes sont déchirées, le cristallin déplacé, etc., etc. La cornée transparente ne présente plus que l'apparence d'une tache rouge et saillante, la sclérotique est livide, d'une couleur plombée; ici la vue est perdue sans retour, et il est même rare que le malade puisse conserver l'œil; celui-ci s'enflamme très-vivement, souvent éclate et se vide, ou bien le chirurgien lui-même est obligé, pour faire cesser l'étranglement et les horribles douleurs que le malade éprouve, d'inciser largement le globe de l'œil, de le vider et de faire ainsi cesser l'inflammation par étranglement.

Le traitement de ce degré de la contusion de l'œil est le même que le précédent; il doit pourtant être plus énergique encore s'il est possible; et comme nous venons de le dire, il faut avoir recours à l'incision du globe de l'œil, si les accidens inflammatoires locaux sont trop graves, et surtout s'ils menacent de se propager au cerveau.

L. — Plaies du globe de l'œil par armes à feu.

Le globe de l'œil peut être blessé par les amorces ordinaires, par les capsules métalliques ou bien par les projectiles lancés par la poudre à canon. Nous avons déjà parlé (tom. 1^{er}) des lésions faites par les amorces, nous n'avons pas besoin d'y revenir. Calmer l'inflamma-

tion produite par la brûlure, traiter cette brûlure par les moyens ordinaires, extraire les grains de poudre qui sont implantés dans les membranes extérieures de l'œil, et qui font office de corps étrangers, extraire de même les débris de capsules métalliques qui sont introduits dans l'épaisseur de ces membranes, etc. : telle est la conduite à tenir dans ces circonstances. Si des éclats de capsules métalliques sont enfoncés profondément dans le globe de l'œil, ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, il faut se comporter comme on le fait à l'égard des grains de plomb, dont nous allons parler tout à l'heure.

Les projectiles lancés par la poudre à canon, les balles, par exemple, ne se bornent pas à produire une contusion de l'œil, telle que nous l'avons décrite plus haut. Ils agissent souvent avec tant de violence qu'ils déchirent la cornée et la sclérotique; alors, les humeurs de l'œil s'écoulent, et cet organe se vide entièrement. Dans ce cas l'inflammation consécutive est moins redoutable que dans la contusion violente avec confusion des humeurs de l'œil. Cet organe se réduit peu à peu à un moignon formé par ses membranes et quelquefois par un reste de ses humeurs qui ne s'est point écoulé. Sur ce moignon on peut appliquer un œil artificiel. La difformité est alors d'autant mieux corrigée, que le moignon qui porte cet œil artificiel lui communique des mouvemens semblables à ceux qu'exécute l'œil naturel.

Quand des grains de plomb atteignent l'œil, les accidens varient suivant la manière dont a agi le projectile. Si le coup a été porté obliquement sur la cornée transparente, il en résulte une solution de continuité peu profonde, une véritable gouttière qui guérit au bout de quelques jours en laissant une taie. Quelquefois, les grains de plomb restent dans l'épaisseur de la cornée

transparente, et il est facile de les extraire avec un instrument acéré. Il en est de même de ceux qui s'arrêtent dans l'épaisseur de la sclérotique. D'autres fois ils traversent complètement la cornée transparente et se perdent dans le globe de l'œil. Si on apercevait ces corps étrangers dans la chambre antérieure, on pourrait les extraire à l'aide d'une opération semblable à celle que l'on emploie pour la cataracte (extraction); mais lorsqu'un grain de plomb est tout-à-fait perdu dans le globe oculaire, qu'on ne l'aperçoit point, il ne faut rien faire. Toute opération dans ce cas serait inutile ou dangereuse. Quand le grain de plomb a pénétré dans le globe de l'œil par la sclérotique, les effets sont les mêmes et le traitement ne diffère point.

Les suites de la présence des grains de plomb dans l'œil sont variées. Il y a constamment ou presque constamment perte de la vue, déformation de la pupille (1), quelquefois oblitération de cette ouverture et souvent des douleurs horribles dans l'œil, douleurs que rien ne peut calmer, pendant plusieurs années même. Néanmoins l'œil n'est pas détruit, la vision seule est perdue. D'autres fois il survient, immédiatement après la présence du grain de plomb dans l'œil, une inflammation très-violente de toutes les parties qui entrent dans la composition de l'organe; cette inflammation a lieu par étranglement; il en résulte d'affreuses dou-

(1) Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu cette année (1834), dans le service de M. Breschet, un jeune homme qui reçut il y a deux ans à la chasse et par mégarde, des mains de son frère, un coup de fusil chargé à plomb. Un plomb entra dans chaque œil, et y détermina une double cataracte ainsi qu'une amaurose complète du côté droit, et une incomplète du côté gauche. La pupille était déformée des deux côtés.

(Note des Rédacteurs.)

leurs qui ne cessent que lorsque l'œil éclate et fait explosion. Cette expression n'est point exagérée, elle peint très-bien ce qui arrive. En effet, l'œil éclate quelquefois avec bruit, et le flot de liquide purulent, contenu dans sa cavité, est lancé à une certaine distance du malade; à un demi-pied, un pied même. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois.

Cette terminaison fatale n'a pas lieu, comme nous l'avons dit, du reste, sans être précédée d'horribles douleurs, de fièvre violente, souvent de délire, etc. Aussi doit-on s'empressez, dans ces circonstances, de mettre un terme aux souffrances des malades en incisant l'œil, en enlevant sa partie antérieure et évacuant par ce moyen tout ce qu'il contient; on le réduit alors à un moignon qui peut recevoir un œil artificiel.

Enfin, il est des cas dans lesquels les projectiles lancés par les armes à feu, et surtout les projectiles volumineux, emportent à la fois l'organe de la vision et une portion plus ou moins considérable de l'orbite. Dans ce cas, le rôle du chirurgien se borne à traiter la lésion comme nous l'avons dit en parlant des blessures des parties osseuses de l'orbite; et c'est surtout dans ce cas qu'il doit avoir recours au régime antiphlogistique le plus actif, dans la crainte de la propagation de l'inflammation à l'organe encéphalique.

Dans les combats de juillet, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs blessures de ce genre qui se sont terminées heureusement.

Suivant quelques auteurs, des balles, ou autres projectiles, ont chassé dans quelques cas le globe de l'œil de l'orbite. Cet organe, soutenu cependant par son pédicule vasculaire et nerveux, pendait hors de l'orbite. On l'a remplacé dans cette cavité et les malades ont pu, dit-on, conser-

ver la faculté de voir. Il est difficile de concevoir un pareil résultat. Cependant *Covillard* prétend avoir réussi quelquefois. On peut donc agir comme il l'a fait; c'est-à-dire que s'il arrivait que cet organe tint encore par son pédicule vasculaire et nerveux, le réduire et le maintenir à l'aide d'un appareil légèrement compressif; il ne faudrait le séparer de son pédicule que dans le cas où celui-ci serait par trop endommagé, et s'il n'y avait absolument aucune espérance de conserver l'organe.

SECTION II.

Blessures du nez.

A. — *Les piqures* des parties molles extérieures du nez ne présentent rien de particulier qui les différencie de celles des autres parties du corps. Nous n'entrerons donc pas dans la description du diagnostic et du traitement de ces lésions.

B. — Il en est de même à peu près des blessures faites par armes piquantes et tranchantes, arrachantes et déchirantes, etc., etc. Tant que ces plaies ont peu d'étendue et de profondeur, leurs bords n'ont aucune tendance à se déplacer, et on les traite par les moyens ordinaires. Mais pour peu que les lésions de cette partie du corps aient de l'étendue et de la profondeur, comme cela a lieu dans celles qui divisent verticalement toute l'épaisseur de l'une des ailes du nez, et surtout dans celles qui sont transversales et qui détachent plus ou moins complètement le bout de l'organe, la tendance à l'écartement y est très-marquée. Si ces plaies ne sont pas réunies avec soin, le nez peut rester fendu, parce que les lèvres de la solution de continuité se cicatrisent séparément, ou bien il reste tronqué, parce que le lobe détaché, et non réappliqué, ne recevant pas assez de nourriture au moyen

du lambeau par lequel il tient encore, se gangrène et se sépare des parties vivantes.

Le traitement de ces plaies du nez par armes tranchantes, déchirantes, etc., etc., consiste à tenir rapprochés leurs bords à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage approprié, dont on aide quelquefois l'action en plaçant dans les fosses nasales quelques bourdonnets de charpie, ou une sonde de gomme élastique, qui soutient en dedans les lèvres de la solution de continuité et prévient leur déplacement dans ce sens. Mais le meilleur moyen de mettre et de maintenir en rapport les plaies du nez consiste à les réunir à l'aide d'un nombre suffisant de points de suture à points séparés ou entortillés. Quand une partie du nez est presque entièrement séparée du reste, il faut la réappliquer, quelque mince, quelque exigu que soit le lambeau qui la retient. Les auteurs sont pleins d'observations d'individus qui avaient reçu sur le nez des coups d'armes tranchantes; cette partie, presque entièrement séparée du corps, n'y tenait plus que par une languette de peau des plus minces; des chirurgiens ignorans, croyant qu'il était impossible d'en opérer la réunion, allaient la couper et laisser ainsi le nez tronqué, lorsque d'autres chirurgiens, moins impatient et plus expérimentés, réappliquaient ce lambeau, l'assujettissaient par des points de suture, par des bandelettes agglutinatives, et guérissaient les malades sans difformité. Ainsi, comme règle absolue, on ne doit jamais séparer complètement du corps le nez lorsqu'il tient encore par une petite languette de peau, quelle que soit son exiguité.

Mais quand le nez a été séparé complètement du corps, doit-on en essayer la réunion? Des hommes recommandables ont rapporté des exemples de réussite de semblables

tentatives (*Voyez* tom. 1^{er}). On peut donc essayer, car ces tentatives offrent peu d'inconvéniens. Si on échoue, on doit panser la plaie comme une plaie avec perte de substance ordinaire, et l'on remédie ensuite à la difformité et aux incommodités qui occasionent la perte du nez, en faisant porter au malade un nez postiche. On peut aussi chercher à remplacer la portion du nez perdue en y substituant une partie vivante par l'opération de la rhinoplastique. C'est une des régions du corps sur lesquelles on s'est le plus exercé dans l'art de restaurer les parties détruites par des maladies ou des accidens (1).

C. — *Lésion des os du nez.*

Les lésions des os du nez, par les armes piquantes ou

(1) Malgré l'appel fait par tant d'estimables auteurs aux gens de l'art, il est douteux qu'il se rencontre beaucoup de blessés qui s'y décident. Peut-être même qu'il ne se trouvera que peu de personnes qui, bien informées de ce qu'il en coûte pour avoir un nouveau nez complet, consentiront à s'assujettir à la gêne, aux douleurs, aux dangers, au prix desquels ils ne pourront acquérir souvent que le simple simulacre de cette partie. Nous ne parlons ici que de ces nez complets à refaire, qui exigent une quantité énorme de peau empruntée au front ou ailleurs, et non pas de ces difformités légères, suite d'une perte peu considérable des parties molles, et que l'art a si bien su réparer. En effet, lorsqu'on sait tout ce qu'ont eu à souffrir les individus qui à toutes forces ont voulu retrouver leur nez, et tout ce qu'ont eu à craindre les chirurgiens qui s'étaient engagés à leur en rendre l'équivalent, on trouvera que c'est payer trop chèrement une reproduction presque toujours informe, et qu'il vaut mieux, pour les uns et pour les autres, s'en tenir à une pièce artificielle comme on les exécute maintenant, et qui réunit à l'avantage d'une grande ressemblance et d'une illusion parfaite, la commodité de l'usage et du port, et qui ne coûte que fort peu d'argent et point de souffrance. Nous avons eu cependant l'occasion de voir tout nouvellement M. *Dieffenbach* à Paris rétablir, avec une habileté prodigieuse, des nez entièrement détruits soit par des maladies, soit par des accidens.

(Note des Rédacteurs.)

tranchantes, ne présentent point de signes particuliers, ni d'indications spéciales. Seulement, comme les difformités du nez changent prodigieusement le visage, et tendent généralement à lui donner un caractère ignoble, il faut éviter avec soin les enfoncemens de ces os, les relever avec des pinces à anneau, les fixer en place pour qu'ils ne s'affaissent point, et les maintenir bien dans leur position normale.

D. Les contusions du nez n'offrent non plus rien de particulier, et doivent être traitées comme celles des autres parties du corps. Quand les contusions ont été portées à un très-haut degré, quand les os eux-mêmes sont atteints, quand il y a écrasement du nez en un mot, le chirurgien doit surtout s'attacher à prévenir ces difformités dont nous venons de parler. Les antiphlogistiques généraux et locaux seront employés avec une énergie proportionnée à la violence des accidens.

E. — *Plaies par armes à feu.*

C'est surtout par les projectiles lancés par la poudre à canon qu'ont lieu les blessures du nez qui enlèvent une portion ou la totalité de cet organe, et qui exigent toutes les ressources de l'art pour obtenir une restauration plus ou moins entière. L'étendue du désordre ne peut être appréciée dans un grand nombre de cas que lorsque les escharres produites par les projectiles sont tombées. C'est alors seulement qu'on pourra se livrer à ces diverses pratiques.

On observe un assez grand nombre de blessures par armes à feu au nez et aux fosses nasales chez des individus qui ont cherché à se suicider, en se tirant des coups de pistolet ou de fusil, soit dans cette partie de la face, soit

dans la bouche. Dans ce dernier cas, les désordres n'ont lieu dans le nez et les fosses nasales, qu'après avoir détruit plus ou moins complètement la paroi supérieure de la bouche. Par suite de la déviation des projectiles, ou par un changement léger dans la déviation de l'arme, les désordres se bornent souvent aux parties antérieures du nez; mais dans d'autres circonstances, les balles pénétrant dans les fosses nasales, arrivent dans le cerveau après avoir fracturé la base du crâne. Alors les individus sont en proie à tous les accidens que nous avons décrits à l'occasion des blessures du cerveau.

Quand les projectiles dirigés dans les fosses nasales se sont logés dans ces cavités, on procède à leur extraction aussitôt que leur siège est reconnu; car ils entretiendraient, dans cette partie du corps, une irritation continue et une suppuration incommode jusqu'à leur sortie. Il n'est pas difficile d'extraire une balle arrêtée dans les fosses nasales, elle y est rarement enclavée, et hors de la portée du doigt, des pincettes, ou du tire-fond. On peut la pousser dans la bouche, si elle n'est pas susceptible d'être ramenée par le nez; c'est la voie qu'elle choisit ordinairement lorsqu'on lui donne le temps de sortir spontanément. On voit en effet des personnes qui les crachent tout à coup, après les avoir portées pendant un très-long temps.

Une balle entrée par le nez peut s'être jetée dans les sinus maxillaires. Si elle ne causait point d'accidens dans cette cavité, on pourrait l'y laisser (1); mais, dans

(1) *Ravaton* cite plusieurs cas de séjour de balles dans le sinus maxillaire, et qui n'y ont déterminé aucun accident. On rapporte dans les mémoires de l'Académie de Berlin l'observation d'un individu qui en conserva une dans le sinus maxillaire pendant vingt-cinq ans, et qui la rendit spontanément par la bouche au bout de ce laps de temps. Toutefois, elles

le cas contraire, la térébration de ce sinus serait le seul moyen de l'en tirer. Si la balle avait pénétré dans le sinus maxillaire par la joue, on tâcherait de l'extraire par son ouverture d'entrée, à l'aide d'un tire-fond ou des pincettes. Si cette ouverture d'entrée était trop petite, il faudrait l'agrandir, soit avec des ciseaux, soit avec une couronne de trépan.

SECTION III.

Blessures de l'oreille.

A. — Les *piqûres* de l'oreille externe ne présentent aucun caractère particulier, ni aucune indication spéciale. On ne doit point oublier, toutefois, que le pavillon de l'oreille est très-exposé à devenir le siège d'érysipèles à la suite de ces piquures, et que ces érysipèles s'étendent très-rapidement au cuir chevelu. Il faut donc surveiller très-attentivement les malades atteints de cette lésion, et employer, au premier indice de l'apparition des érysipèles, les moyens les plus énergiques et les plus propres à les arrêter dans leur marche.

B. — Les *plaies par armes tranchantes* de l'oreille sont aussi traitées comme celles de toutes les autres parties du corps. L'oreille externe est quelquefois séparée presque entièrement des parties latérales du crâne. Quelquefois elle l'est tout-à-fait. Dans ce dernier cas, ainsi qu'on le pense, il n'y a rien à faire; mais quand la séparation n'est pas entière, quelque mince que soit le lambeau, il faut tenter la réunion; et, dans cette circonstance, occasionent généralement, ainsi que les autres corps étrangers, des fistules qui ne cessent qu'au moment de leur expulsion.

(Note des Rédacteurs.)

stance, c'est à un ou plusieurs points de suture qu'il faut avoir recours.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu en 1830. L'oreille externe était presque entièrement détachée, et ne tenait plus au reste du corps que par un lambeau très-mince, très-grêle, mais dans lequel il existait cependant encore quelques vaisseaux. La réunion qui fut tentée réussit généralement très-bien, et les malades guérirent promptement.

C. — *Plaies par armes à feu.*

Les coups de feu présentent les mêmes indications. Tenter la réunion après la chute des escharres, à l'aide des mêmes moyens, c'est-à-dire de la suture, des bandelettes agglutinatives, etc., etc.

Les grains de plomb qui se logent dans le pavillon de l'oreille peuvent être facilement extraits, comme dans tous les autres points de la peau.

L'oreille moyenne, quoique plus à l'abri que l'oreille externe, est cependant encore sujette à des lésions par des coups de feu.

La dilatation de l'air par la poudre à canon comprimée produit, ainsi qu'on le sait, sur toutes les parties du corps, sur la poitrine, la face, l'oreille, et particulièrement sur la membrane du tympan, un ébranlement très-manifeste. Cet ébranlement est même porté quelquefois au point de rompre cette membrane, de produire des écoulemens de sang par le conduit auditif externe, interne, etc., etc. Une surdité plus ou moins grande est le résultat ordinaire de cette lésion. Beaucoup d'artilleurs de l'armée de terre, et surtout de la marine, se trouvent dans ce cas.

Quand on examine l'oreille de ces individus au grand

soleil, et lorsque ses rayons pénètrent d'aplomb dans le fond du conduit auditif, on trouve que la membrane est tantôt complètement détruite, d'autrefois qu'elle est simplement perforée; mais cette perforation n'est jamais exactement ronde; elle est, au contraire, inégale, et comme déchirée par suite d'une explosion (1).

Quelquefois, sans aucune altération de ce genre, la sensibilité de l'oreille est épuisée, émoussée par le bruit fréquent du canon, et par l'ébranlement continu éprouvé par la membrane du tympan, et la surdité est plus ou moins complète. On conçoit qu'il n'y a rien à faire dans ces cas.

Nous avons parlé déjà, dans les généralités, du grain de plomb introduit dans l'oreille moyenne; nous avons vu qu'il y produit une surdité irremédiable. Une balle qui y pénètre produit cet effet bien plus sûrement encore. Cette balle peut, dans sa force d'impulsion, cheminer plus loin que l'oreille moyenne, arriver dans l'épaisseur du rocher, y rester, ou le traverser, après l'avoir éclaté, et se perdre plus ou moins avant dans le cerveau.

Dans le cas où une balle se trouve engagée dans le conduit auditif externe, et a pénétré jusque dans la caisse, elle s'y trouve enclavée de manière à ne pouvoir être extraite que fort difficilement. Il faut avoir recours dans ces cas au tire-fond, ou mieux encore à l'application du trépan sur l'apophyse mastoïde. On conçoit facilement la gravité des désordres que produit une balle ainsi logée. Néanmoins, il ne faut pas croire qu'une balle qui a pénétré jusque dans le rocher soit toujours mortelle. Je me souviens avoir vu une balle ainsi engagée dans

(1) Les individus qui ont la membrane du tympan ainsi déchirée, peuvent faire facilement passer la fumée de leurs pipes ou cigares, de l'arrière-gorge par l'oreille, au moyen de la trompe d'Eustache.

l'épaisseur du rocher, et qui cependant n'avait point déterminé la mort. Elle y était restée logée depuis de longues années. L'individu avait vécu avec sans accidens.

Les plaies par armes à feu qui ont lésé les parties osseuses de l'oreille sont très-communément suivies de fistules accompagnées d'une suppuration très-fétide. Cela tient à la présence de portions d'os nécrosées ; cette suppuration ne cesse que lorsque ces corps étrangers sont sortis ou extraits.

SECTION IV.

Blessures des joues et des lèvres, et du menton et des mâchoires.

A. — Piqures des joues et des lèvres, et du menton.

Les piqures des joues et des lèvres ne présentent dans leur marche et dans les accidens dont elles sont accompagnées, ainsi que dans leurs indications curatives, rien qui les différencie des plaies analogues des autres parties du corps.

B. — Plaies par armes tranchantes.

Les plaies par armes tranchantes qui attaquent ces organes ont toujours, quelles que soient leur direction et leur profondeur, une grande tendance à l'écartement. Cette tendance est surtout très-marquée dans les plaies avec lambeaux, et surtout dans les plaies qui intéressent toute l'épaisseur de la lèvre supérieure ou de la lèvre inférieure. A raison du grand nombre de nerfs et de vaisseaux qui se trouvent dans les lèvres et les joues, les plaies de ces parties sont fort douloureuses, et très-souvent accompagnées d'un écoulement de sang très-abon-

dant. En outre, les plaies des joues peuvent être compliquées de la lésion de la glande parotide ou de celle de son conduit. Nous en parlerons à part.

Les plaies par armes tranchantes doivent être réunies avec le plus grand soin, afin d'éviter la difformité qui résulterait d'une large cicatrice. Il faut rendre cette cicatrice aussi linéaire que possible. Lorsque ces plaies n'ont attaqué que la superficie des parties, les bandettes agglutinatives suffisent pour obtenir cette réunion ; mais lorsqu'elles ont atteint toute l'épaisseur des joues et des lèvres, ou bien lorsqu'elles sont à lambeaux, il faut avoir recours à la suture. C'est la suture entortillée qui produit ici les meilleurs résultats. Les plaies par rupture, déchirure, arrachement, etc., etc., aux lèvres et aux joues, doivent être traitées d'après les mêmes indications. Nous devons dire ici quelques mots en particulier des plaies de la glande parotide.

Toutes les fois qu'une plaie par piqure ou par arme tranchante intéresse ou peut intéresser la substance de la glande parotide, il faut pour prévenir l'écoulement de la salive, et par la suite une fistule salivaire, réunir promptement et exactement ses bords, exercer une compression assez forte pour prévenir tout écoulement de salive, imposer au malade un régime sévère, le repos et un silence absolu (1).

(1) On lit dans le *Journal de médecine*, tom. 25, pag. 449, qu'un individu ayant eu la parotide coupée à trois lignes de profondeur par un morceau de verre, le mauvais état des bords de la plaie força d'en retrancher une portion avec des ciseaux, ils furent ensuite rapprochés avec soin, maintenus en contact à l'aide d'un bandage qui comprimait fortement. La cicatrisation se fit en dix-sept jours, et il ne survint point de fistule.

Il y a quelques mois l'un de nous (M. Paillard), en extirpant une tumeur squirrheuse volumineuse, située dans la région parotidienne, enleva