

Les plaies du conduit de Sténon sont beaucoup moins fréquentes que celles de la glande elle-même. Ce conduit, du reste, a trop peu d'épaisseur pour qu'elles n'intéressent qu'une portion de son diamètre, et presque dans tous les cas la division est complète. Lorsque la plaie est large et profonde, on peut reconnaître quelquefois, au milieu des parties coupées, les deux orifices accidentels du canal salivaire. Quand la joue est divisée verticalement ou obliquement dans toute son épaisseur, il n'est pas douteux que le canal ne soit ouvert; mais dans beaucoup de cas le diagnostic est plus obscur, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on reconnaît à l'écoulement de la salive pendant les repas, que ce canal a été blessé. On aurait tort de croire que la division de ce conduit est nécessairement suivie d'une fistule; il n'est pas impossible que les deux orifices du canal convenablement rapprochés se réunissent en même temps et par le même mécanisme que les parties molles qui les entourent. Toutefois, ces cas de guérison spontanée sont rares. Si on reconnaît la lésion du canal de Sténon, soit à l'instant même où la blessure a été faite, soit seulement quelques jours après, il faut recourir de suite à l'emploi de moyens propres à prévenir la formation d'une fistule salivaire.

Ces moyens sont différens selon que la plaie intéresse toute l'épaisseur de la joue et pénètre jusque dans la bouche, ou que la joue n'est divisée que dans une partie de son épaisseur. Dans le premier cas on doit placer une mèche de charpie dans la moitié interne de l'épais-

une portion considérable de la parotide. La plaie fut réunie par première intention, une compression très-modérée fut exercée sur elle : la guérison fut complète au bout de quelques jours et sans fistule.

(Note des Rédacteurs.)

seur de la plaie, vis-à-vis l'endroit où correspond l'ouverture accidentelle du conduit, afin d'établir une fistule interne par laquelle la salive puisse couler dans la bouche. Cette mèche doit être retenue par un fil qui embrasse sa partie moyenne, et qui, ramené lui-même dans l'angle supérieur de la plaie, est fixé au dehors avec un morceau de taffetas d'Angleterre. Dans le second cas, il faut achever de diviser la joue dans toute son épaisseur, mais à l'endroit seulement qui correspond au canal, afin que la plaie communique avec la bouche, et qu'on puisse aussi placer une mèche de charpie. Dans l'un et l'autre cas, il faut continuer l'usage de la mèche pendant un temps assez long pour rendre l'ouverture interne en quelque sorte calleuse. La partie intérieure de la plaie se cicatrise promptement, excepté dans le trajet étroit que parcourt le fil, et cette petite ouverture elle-même se ferme dès qu'on cesse de se servir de la mèche (1).

Dans quelques cas, les plaies du canal de Sténon présentent un phénomène particulier, les deux bouts ne se réunissent point, mais il ne se forme cependant point de fistule. On voit sur l'endroit même de la division, une tumeur molle qui s'affaisse sous le doigt, et fait jaillir dans la bouche un filet de salive. C'est un sac intermédiaire entre les deux orifices non immédiatement réunis, et dans lequel, comme dans un bassin, la portion postérieure du conduit salivaire verse le liquide, qu'y puise ensuite la portion antérieure pour le conduire à la bouche (2).

(1) On trouve dans le *Journal de médecine* (oct. 1807) une observation de succès par cette méthode. (Note des Rédacteurs.)

(2) Tel était dans le cas du capitaine *Lasocki*, autrefois au service de France dans la légion de la Vistule. Il portait une tumeur de cette espèce survenue à la suite de plusieurs blessures reçues en Espagne. Cette tu-

C. — *Blessures par armes contondantes des joues et des lèvres.*

Les contusions des joues et des lèvres ne présentent rien de particulier dans ces régions, et n'exigent pas un traitement spécial ; nous remarquerons seulement qu'en raison de la grande quantité de vaisseaux qui s'y trouvent, et cela spécialement aux lèvres, les ecchymoses sont très-fréquentes, et les épanchemens de sang quelquefois très-considérables.

D. — *Plaies par armes à feu aux lèvres et aux joues (parties molles).*

Les plaies par armes à feu aux joues et aux lèvres exigent, comme celles de toutes les autres parties de la face, une grande attention pour éviter les difformités qui résultent des pertes de substance que font éprouver le plus ordinairement les projectiles. Il faut donc, quand les accidens inflammatoires sont diminués, que les escharres sont tombées, profiter des moindres lambeaux pour combler les vides produits par la destruction des parties, etc., etc.

Ces plaies exigent d'ailleurs, beaucoup d'attention et de ménagemens dans les débridemens qu'on est obligé de faire, et cela toujours dans le but d'éviter les difformités. On n'y aura donc recours que lorsqu'il sera impossible de faire autrement, et pour faire cesser des étranglemens qui menaceraient de devenir dangereux (1).

meur occupait le centre d'une vaste cicatrice qui divisait en deux toute la joue gauche. Elle se vidait toutes les fois qu'on la comprimait.

(Note des Rédacteurs.)

(1) A la face, M. Larrey traite les plaies par armes à feu en débridant méthodiquement. Il rafraîchit les bords des plaies pour les réunir ensuite

Lorsqu'on a obtenu le cicatrisation de ces plaies par armes à feu, et que, malgré tout le soin possible, il est resté une difformité considérable, suite de la perte de substance éprouvée par les parties, ou bien enfin lorsque le traitement de ces plaies a été mal dirigé, il faut avoir recours, pour détruire ces difformités, à quelques unes des méthodes et procédés imaginés dans ces derniers temps pour restaurer les parties mutilées de la face et des autres parties du corps.

Les joues peuvent être labourées par une balle, et la parotide traversée. On pourrait dans ce dernier cas redouter une fistule salivaire; mais cette affection est beaucoup moins commune qu'on ne pense à la suite des plaies par armes à feu. En effet, l'inflammation éliminatoire qui survient gonfle considérablement tous les tissus qui entrent dans la composition de la plaie, leur donne à tous aussi la même nature, et cicatrise la plaie de la parotide comme une solution de continuité ordinaire.

L'observation de la nature nous dicte dans cette circonstance ce qu'il y a à faire quand on veut guérir une fistule salivaire provenant de la glande parotide (car on conçoit que la lésion du canal de Sténon est une tout autre chose). La cautérisation, la formation d'une escharre sur la fistule, est en effet le meilleur moyen à employer; une inflammation éliminatoire a lieu, et cette inflammation amène la guérison, ou du moins l'amène souvent.

à l'aide de la suture et obtenir ainsi une cicatrice linéaire. Il emploie dans cette circonstance la suture enchevillée et entortillée, afin d'agir graduellement sur toute l'épaisseur des bords de ces solutions de continuité et d'en prévenir la déchirure. (*Relation chirurgicale de juillet 1830*, par M. Hippolyte Larrey.)

(Note des Rédacteurs.)

Quoi qu'il en soit, si à la suite d'un coup de feu qui a lésé le conduit de Sténon ou la glande parotide, il survenait une fistule salivaire, on la traiterait par les moyens appropriés à cette maladie, moyens qu'il serait déplacé de traiter ici. Voici une observation de lésion de la glande parotide par arme à feu, et qui vient à l'appui de ce que nous venons de dire.

OBSERVATION.

Le nommé *René* reçut le 29 juillet 1830, en combattant au Louvre, un biscaien qui, pénétrant par la joue droite, traversa la cavité buccale obliquement d'arrière en avant, et vint sortir par la bouche après avoir fracassé la dernière dent incisive du côté gauche, la canine et la première petite molaire du même côté, et déchiré la commissure gauche des lèvres. Par l'effet d'un heureux hasard le projectile l'avait surpris la bouche ouverte, la langue abaissée, ce qui préserva ce dernier organe de toute atteinte, prévint la fracture des os maxillaires, et, par suite du choc du biscaien contre les parties osseuses, une commotion cérébrale. Il fut porté à l'Hôtel-Dieu immédiatement après sa blessure, ayant la joue et le cou inondés de sang. L'hémorrhagie nous parut causée par la rupture de l'artère labiale; une vaste perte de substance au centre de la joue droite laissait à découvert tout l'intérieur de la bouche. Dans la perte de substance se trouvait compris le conduit de Sténon.

La salive qui n'était plus retenue dans la bouche s'écoulait par la plaie. Les efforts que le malade faisait pour articuler les sons n'avaient pour résultat que la production d'un murmure confus. Le blessé, qui, au moment même du choc du projectile, n'avait pas été étourdi,

conservait toute la liberté de ses facultés intellectuelles. La plaie n'offrait pas un bord déchiqueté, inégal, meurtri et noirâtre, d'un aspect gangréneux, comme on l'aurait pu croire; mais, au contraire, une section nette, et parfaitement ronde. Elle fut pansée simplement, l'hémorrhagie s'était arrêtée d'elle-même. Du linge fenêtré enduit de cérat, des compresses soutenues par une mentonnière servirent à fermer la plaie, à prévenir l'accès continuel de l'air dans la cavité de la bouche si largement ouverte; la bande appliquée sous le menton, en tenant les deux mâchoires appliquées l'une contre l'autre, s'opposait à des mouvemens qui auraient tiraillé sans cesse les lèvres de la plaie faite à la joue, et de celle qui occupait la commissure des lèvres. Les dents en partie déracinées par le choc du biscaien furent arrachées, et l'ouverture qui résultait de leur arrachement permit d'introduire dans la bouche le bec d'une cafetière, et de faire ainsi avaler au malade des tisanes et des alimens liquides sans avoir à déranger l'appareil qui maintenait les mâchoires immobiles.

Peu à peu nous vîmes à l'aide de ces précautions l'ouverture de la joue, qui le premier jour offrait au moins le diamètre d'une pièce de trente sous, se retrécir; des bourgeons charnus nés du bords de la plaie d'un côté marcher au devant de ceux qui s'élevaient du côté opposé; des compresses graduées, disposées autour de l'orifice, favorisaient encore ce rapprochement. Enfin, au bout d'un mois et six jours, l'ouverture était presque complètement fermée; il ne restait qu'une petite fistule, que l'impatience du malade à obtenir sa sortie ne nous permit pas de voir se fermer. La peau du voisinage de la fistule était attirée vers elle, de petits plis rayonnés convergeaient vers l'ouverture. Cette tension se faisait

sentir au blessé lorsqu'il ouvrait un peu fortement la bouche. Quant au conduit de sténon, nous ne pûmes constater si un orifice accidentel s'était établi pour suppléer à celui que la blessure avait détruit, il est possible que le conduit se soit oblitéré. Du reste, en palpant la région parotidienne du côté de la blessure, nous ne sentîmes pas l'engorgement de la glande, qui se remarque dans les cas de rétention de la salive par suite de l'oblitération du conduit excréteur. La salive ne coulait pas du tout par ce reste de la plaie (1).

Voici l'observation d'une fistule salivaire survenue à la suite d'un coup de feu, et qui est guérie très-facilement sous l'influence d'une légère cautérisation avec le nitrate d'argent.

OBSERVATION.

La nommée *Martin* (*Marie Geneviève*), âgée de soixante-cinq ans, profession de marchande, en rentrant chez elle, fut frappée, le 28 juillet, sur la place de Grève, d'une balle qui lui fracassa le côté gauche de la face. D'après ce qui nous a été rapporté, la malade perdit beaucoup de sang. Aussi, quand on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, était-elle dans un état de faiblesse considérable. Le pouls était petit, très-fréquent. A la face existait une plaie déchirée s'étendant de la commissure gauche des lèvres à l'apophyse mastoïde du même côté. Dans ce trajet, la peau, les muscles de la joue, le masséter, les filets du nerf facial, l'artère maxillaire externe et ses branches, la glande parotide, le lobe et la partie inférieure de la conque de l'oreille furent intéressés.

(1) Par les Rédacteurs.

Depuis la commissure jusqu'au masséter, la balle était passée entre la peau et la cavité buccale, puis en attaquant le milieu de ce muscle, elle l'intéressa seulement dans la moitié externe de son épaisseur. Les bords de la plaie étaient violacés, ecchymosés, et sa surface recouverte de sang coagulé.

Afin de prévenir une inflammation vive des environs de la plaie, et peut-être des organes contenus dans le crâne, dont l'ébranlement avait dû être considérable, on pratiqua immédiatement une saignée, de trois palettes (potion calmante, diète). Quatre heures après, le pouls se releva, la peau devint chaude, l'intelligence revint un peu, on nettoya les bords de la plaie et on pansa à plat.

Pendant les sept ou huit jours qui suivirent ce traitement, la malade se trouvait si bien, qu'elle désirait manger et se lever; on accorda la soupe. Le 7 au soir la plaie devint gonflée, douloureuse, les bords rouges, en même temps il y avait de la fièvre, céphalalgie, soif, un peu d'agitation. On fit appliquer vingt sangsues derrière l'oreille gauche. L'inflammation érysipélateuse diminue un peu; mais les bords de la plaie et sa surface sont enduits d'une exsudation crémeuse analogue à la gangrène d'hôpital; alors on toucha avec le nitrate acide de mercure, et on pansa comme à l'ordinaire. Trois jours après la plaie se déterge, ses bords ont perdu de leur dureté et de leur gonflement, la face n'est plus érysipélateuse, et la malade est assez bien; on réunit alors avec deux points de suture une partie du lobule de l'oreille qui était pendante et séparée.

C'est alors que la plaie commença à marcher rapidement à la guérison. Il survint des bourgeons charnus qu'on fut même obligé de réprimer en avant, enfin la

plaie fut rapidement guérie dans les quatre cinquièmes de son étendue. En effet, dans un point au devant du lobule de l'oreille, il existait une fistule salivaire facile à reconnaître; mais en cautérisant avec le nitrate d'argent, la plaie diminua promptement d'étendue et se cicatrisa solidement. La face de côté est un peu déviée à droite, ce qui tient à la paralysie presque complète de la joue gauche, les filets du nerf facial ayant été affectés dans une grande étendue.

E. — Blessures par armes à feu aux parties osseuses des mâchoires supérieure et inférieure.

Les plaies par armes à feu de la face tirent leur principale gravité de la lésion des os qui entrent dans leur composition.

La mâchoire supérieure peut être traversée, dans différentes directions, par des balles qui y produisent peu de désordre, peu d'éclats, peu d'esquilles. Ces balles peuvent y rester enclavées et perdues. Dans ce cas la maladie est assez simple et le blessé peut guérir assez promptement. Nous avons eu l'occasion d'observer en juillet plusieurs cas pareils, et la guérison a eu lieu en fort peu de temps. Nous avons déjà cité (tom. 1^{er}, p. 416) l'observation du nommé *Godin*, qui eut la face traversée par une balle qui entra près du nez et sortit près de l'apophyse mastoïde. Ce malade guérit parfaitement bien, et sa cure n'a été traversée par aucun accident grave.

Un cas à peu près semblable a été observé à l'hôpital de la Charité en 1830. Le malade de la Charité n'était cependant pas tout-à-fait dans les mêmes circonstances que le malade de l'Hôtel-Dieu. En effet, il a perdu l'ouïe, par

suite de la lésion de cet organe. Le malade de l'Hôtel-Dieu l'a parfaitement conservée.

Un autre individu, reçu à la maison de convalescence de Saint-Cloud, avait reçu une balle qui, entrée dans la région malaire droite, sortit dans la région parotidienne gauche. La guérison a été très-heureuse; elle est parfaite et aucun sens n'a été perdu.

Dans d'autres circonstances, le squelette des mâchoires est largement fracassé, et des portions plus ou moins considérables en sont enlevées et détachées. Bien souvent on a vu de gros projectiles, et même des coups de pistolet ou de fusil tirés à bout portant, enlever la mâchoire supérieure presque en totalité. On conçoit toute la gravité d'un pareil cas. La mort arrive souvent presque immédiatement, ou peu de temps après; si le malade réchappe, il se développe des inflammations considérables, suivies de suppurations abondantes, et des fistules qui ne cessent que lorsque toutes les portions d'os nécrosées sont détachées et sorties. Mais une chose digne de remarque, c'est que les fracas de la mâchoire supérieure sont infiniment moins graves que ceux de la mâchoire inférieure. Il est très-difficile d'en donner la raison; mais c'est un fait qu'il est important de noter (1).

(1) On trouve dans les annales de la chirurgie militaire, des observations d'individus blessés de la manière la plus grave à la mâchoire supérieure et qui ont guéri. Tel est le cas du nommé *Vaué* qui, en 1801, fut atteint, pendant le siège d'*Alexandrie* en Égypte, par un boulet de canon qui, dirigé un peu obliquement du haut en bas, d'avant en arrière, et de droite à gauche, le frappa sur le milieu du visage, brisa et emporta une partie de l'os de la pommette droite, les deux os maxillaires supérieurs, les deux os carrés du nez, les cartilages du nez, le vomer, la lame médiane de l'ethmoïde, le cartilage de la cloison, l'os de la pommette gauche, une portion de l'arcade zigomatique de ce côté, ainsi qu'une grande partie de l'os maxil-

Le sinus maxillaire est souvent ouvert dans ces fracas de la mâchoire supérieure, et, dans un assez grand nombre de cas, il s'y loge des corps étrangers, des balles sur-

laire inférieur; toutes les parties molles correspondantes furent dilacérées. Pendant plusieurs heures ce militaire fut compté au nombre des morts. M. Larrey, remarquant cependant qu'il donnait encore signe de vie, lui prodigua tous ses soins et ne désespéra pas de le guérir. Il retrancha les parties dont l'attrition était très-grande, enleva les esquilles osseuses, et pansa avec soin le blessé, qui était guéri au bout de deux mois. Il entra aux invalides. Voici quel est l'état de la blessure aujourd'hui. (Ceci est écrit en 1818, par M. F. Ribes, *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. 29.)

La plaie, quoique entièrement cicatrisée, offre un aspect vraiment hideux : le nez n'existe plus, ni la cloison qui sépare les ouvertures des narines : on distingue très-facilement la voûte des fosses nasales, les cornets et les méats : le cornet inférieur gauche a été en partie détruit, il ne reste plus que le bord postérieur de la voûte palatine, où s'insère le voile du palais, on ne trouve qu'une petite partie de la région postérieure de l'os maxillaire supérieur droit : le gauche a été complètement enlevé, ainsi que l'apophyse ptérygoïde correspondante, l'os de la pommette et l'extrémité antérieure de l'arcade zigomatique. Cependant le plancher de l'orbite n'a point été intéressé. Le côté droit de l'os maxillaire est dirigé en avant, on y remarque seulement quatre dents molaires presque vis-à-vis l'ouverture qui tient lieu de bouche à l'union de la branche avec le corps, toujours du côté droit. On sent, à travers les chairs, une mobilité qui indique une articulation contre nature. Du côté gauche, il ne reste que le bord de cet os, et l'apophyse coronéide : ces deux parties ne sont unies entre elles qu'au moyen d'un tissu fibreux et charnu, ce qui permet de les mouvoir en tous sens. La langue, qui a été intéressée dans cette blessure, est très-petite, conserve néanmoins la forme naturelle, mais est très-rapprochée des fosses nasales et du voile du palais, ainsi que le larynx qui occupe presque la place du menton et simule un peu sa forme. L'ouverture qui tient lieu de bouche est arrondie, très-inégalement inclinée à gauche et en haut, et en partie confondue avec l'ouverture antérieure des cavités nasales. La vue est perdue du côté droit : l'œil conserve sa forme, mais il y a opacité de la cornée. Ce malade, qui se fait difficilement entendre, porte continuellement un masque en argent doré, qui lui procure l'avantage de cacher sa difformité et de rendre un peu moins difficile l'articulation des sons. La

tout. Il faut donc, quand on soigne de pareilles lésions, examiner et sonder le sinus maxillaire, sans quoi on peut y laisser un corps étranger, pour lequel il faudra peut-être plus tard pratiquer une opération. En voici un exemple :

OBSERVATION.

En 1814, je donnai mes soins à un lieutenant-colonel qui avait reçu un coup de feu à la mâchoire supérieure; une tuméfaction énorme avait eu lieu dans les premiers temps de la blessure, elle fut suivie d'une suppuration abondante qui la fit tomber, et le malade était en voie de guérison; néanmoins le sinus maxillaire restait toujours gonflé; je sondai et je trouvai quelques portions d'os nécrosées, et j'en fis l'extraction. Je sondai de nouveau le sinus maxillaire et trouvai dans cette cavité un corps étranger volumineux; c'était une balle, pour l'extraction de laquelle je fus obligé de perforer la paroi antérieure du sinus maxillaire. La balle qui s'y trouvait était déformée et contenait des portions d'os qu'elle avait brisées en pénétrant dans le sinus (1).

Débrider les plaies, extraire avec soin les corps étran-

salive coule continuellement, et l'oblige de placer à la partie inférieure interne de ce masque, pour la retenir, plusieurs compresses qu'il retire quand elles sont imbibées. (Note des Rédacteurs.)

(1) Voici un fait assez curieux de corps étranger dans le sinus maxillaire. Ce fait se trouve dans *Fabrice de Hilden*, qui le tenait de *George Faber*, témoin oculaire du fait.

« Un particulier de *Rosback*, badinant avec son ami, en reçut un coup d'épée avec son fourreau, qui lui perça la joue et brisa l'os maxillaire. Ce fourreau avait un bout de cuivre, ou, si l'on veut, une douille qui resta dans la plaie, et l'on n'y fit pas d'attention. On prit sa cavité pour le trajet de la plaie même, et pendant quatre années, on ne cessa de la tamponner de bourdonnets et d'onguens, comme si c'eût été une fistule. Enfin cette

gers, les projectiles, les esquilles détachées complètement des parties molles; rapprocher avec soin les parties divisées, lorsque les escharres sont tombées, que le gonflement inflammatoire est diminué et que la suppuration est bien établie: telle doit être la conduite du chirurgien dans ces blessures de la mâchoire supérieure. Il est bien entendu qu'on doit surveiller avec beaucoup de soin l'inflammation qui survient dans cette plaie, inflammation qui peut se propager facilement aux organes importants situés dans le voisinage, et surtout au cerveau. Quant aux difformités qui existent à la suite de ces blessures, lorsqu'elles sont cicatrisées, on les cache par des masques, des pièces, des appareils diversement disposés, ou bien on a recours aux diverses méthodes ou procédés imaginés pour restaurer les parties détruites, quand cela est possible.

F. — *Des coups de feu dans la cavité buccale.*

La cavité buccale peut être aussi le siège de désordres variés produits par les projectiles lancés par la poudre à canon: c'est surtout les tentatives de suicide qui fournissent l'occasion d'étudier ces phénomènes. On sait en effet que beaucoup d'individus cherchent à se suicider en se tirant des coups de pistolet dans la bouche.

Le coup de pistolet tiré dans la bouche produit plusieurs sortes d'effets. Ces effets proviennent 1° de l'action du projectile, 2° de la dilatation de l'air contenu dans la cavité buccale.

Cette dilatation de l'air produit des fissures, des détonilles devint mobile, et l'on crut que c'était une grande esquille qui allait se détacher; mais on fut bien surpris de ne retirer à la place qu'un morceau de cuivre encore rempli de drogues exfoliatives et de trochisques. »

(*Note des Rédacteurs.*)

chirures de l'ouverture de la bouche, du voile du palais, etc., etc. J'ai même observé plusieurs fois la fracture de l'os maxillaire inférieur dans ces circonstances. Ces phénomènes n'ont pas lieu, ou du moins ils sont très-affaiblis quand les individus ont la bouche ouverte au moment où ils tirent le coup. Mais ceux qui sont parfaitement résolus à se détruire mordent avec force le canon de l'instrument fatal, et les phénomènes susdits sont très-marqués.

Le projectile lancé dans l'intérieur de la bouche produit des ravages très-variés. Souvent la mort est instantanée quand la balle entrant par la base du crâne parvient dans l'intérieur du cerveau; cela arrive encore quand elle traverse la portion cervicale de la colonne vertébrale et lèse la moelle épinière. Quelquefois elle reste engagée dans le tissu spongieux des vertèbres; j'ai long-temps conservé un squelette dans la colonne vertébrale duquel une balle était engagée depuis de longues années, et cela sans y déterminer d'accidens. Quelquefois les balles se logent dans d'autres parties de la face, sans y produire aucune incommodité.

Dans certaines circonstances, la balle se dirige entre les apophyses transverses des vertèbres, et y blesse l'artère vertébrale, ce qui détermine souvent des hémorrhagies consécutives au bout de quelques jours: j'ai vu pour ma part trois ou quatre hémorrhagies primitives ou consécutives produites par cette sorte de blessure de l'artère vertébrale. Ces hémorrhagies sont très-difficiles, pour ne pas dire impossibles à arrêter. Voici une observation de ce genre et qui est assez curieuse.

OBSERVATION.

« Un homme injurié au plus haut degré en plein tri-

bunal, par un avocat qui plaidait une cause contre lui, se crut déshonoré à jamais, et prit la détermination de se détruire; il sortit du tribunal comme un égaré, parcourut à diverses reprises les Champs-Élysées, entra chez un armurier, acheta un pistolet, le chargea à balle et se le tira dans la bouche; il fut conduit à l'Hôtel-Dieu, où il reçut tous les soins nécessaires. Les accidens primitifs semblaient calmés, et tout faisait présager une issue heureuse, lorsqu'au bout de dix ou douze jours il fut atteint d'une hémorrhagie foudroyante par la bouche et mourut. A l'autopsie, on trouva que la balle s'était engagée entre la deuxième et la troisième apophyse transversée cervicale, et y avait blessé l'artère vertébrale. »

L'artère carotide interne peut aussi être blessée par une balle tirée dans la bouche. Il en est de même des artères de la langue et d'autres artères des environs de la maxillaire interne. J'ai même vu une hémorrhagie très-grave produite par cette lésion de l'artère ranine à la suite d'un coup de pistolet tiré dans la bouche. Dans ces circonstances, c'est à la ligature de l'artère carotide primitive qu'il faut avoir recours quand on ne peut lier la branche qui fournit le sang (1).

Dans quelques circonstances, la balle tirée dans la bouche étant réfléchiée par une surface osseuse quelconque,

(1) Boyer rapporte le fait suivant dans son traité des maladies chirurgicales, tom. 6, pag. 300. Un homme s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. Pendant les neuf premiers jours il n'éprouva d'autre accident que l'engorgement inflammatoire qui accompagne toujours ces sortes de plaies. Le dixième, il eut par la bouche une hémorrhagie que rien ne put arrêter, et le malade mourut. A l'ouverture du corps, Boyer reconnut que cette hémorrhagie provenait de l'artère maxillaire interne, que la balle avait contuse et désorganisée vers le sommet de la fosse zygomatique, et dont le sang s'échappa à la chute de l'escharre.

(Note des Rédacteurs.)

et particulièrement par l'apophyse basilaire, retombe dans la cavité buccale, est avalée et rendue par l'anus au bout d'un temps plus ou moins long. Les malades éprouvent dans ce cas-là très-peu d'accidens. Plus souvent ce sont les dents qui déterminent ces déviations sans nombre. En voici un cas assez remarquable.

OBSERVATION.

Lesauvier, âgé de quarante-huit ans, avait formé le projet de se suicider. Dans la crainte de voir faiblir son courage, au moment de l'exécution, il chercha à s'exciter par des boissons alcooliques. Dans cet état, il chargea un pistolet. Heureusement qu'il avait poussé l'excitation aussi loin que possible et qu'au moment où il tourna contre lui l'arme qui devait le détruire, il se trouvait dans un état complet d'ivresse. L'arme, soutenue par une main mal assurée, fut placée près de l'arcade alvéolaire du côté gauche, sur la commissure des lèvres du même côté, au niveau de la dent canine et de la petite molaire correspondante. Le coup partit et la balle rencontra les deux dents sur lesquelles appuyait l'extrémité du canon du pistolet. Elles furent fracturées; mais la balle, au lieu de pénétrer dans l'intérieur, vint se placer dans la fosse temporale. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, presque immédiatement après l'accident. Il était encore dans un état complet d'ivresse.

La commissure gauche des lèvres est déchirée dans l'étendue de quelques lignes; elle est tuméfiée et noircie par la poudre. La dent canine, les deux premières molaires gauches sont fracturées ainsi qu'une partie de l'arcade alvéolaire. La joue gauche, la fosse temporale, l'œil du même côté sont fortement ecchymosés. Le ma-