

a prise en aversion ; il n'a plus qu'une pensée, la pensée sinistre du suicide. Il va la mettre à exécution. C'est le 31 août 1830, qu'il arme un pistolet d'arçon chargé de deux balles ; il applique le canon sous sa mâchoire, et lâche la détente : l'explosion a lieu. Le coup devait être mortel, mais la direction du pistolet était changée ; au lieu de se soutenir perpendiculairement, elle se porte en avant ; les deux balles ressortent au dehors, mais auparavant brisent en éclats la mâchoire inférieure, et déchirent les parties molles qui l'entourent. Le malheureux tombe évanoui ; on était accouru au bruit de l'explosion, on s'empresse de lui donner les premiers secours ; mais il reste assez long-temps dans un état de stupeur. Un chirurgien arrive, mais presque effrayé lui-même de cette hideuse blessure, il se contente d'étancher le sang et d'appliquer un appareil simplement contentif. La plaie se cicatrissa trop vite, et vicieusement ; elle laisse encore une difformité repoussante qu'il faut absolument guérir, ou au moins diminuer. On parle à Mercier d'une opération qui sera grave sans doute. Il désire vivement qu'elle soit faite par M. Larrey, et se fait transporter à l'hôpital du Gros-Caillou (vers la fin de janvier 1831). Voici dans quel état se présente sa blessure. L'os maxillaire inférieur est fracassé depuis le niveau de la dent canine du côté droit, jusqu'à la branche ascendante du côté gauche ; toute la portion comprise entre ces deux points avait été emportée ; la lèvre inférieure, depuis sa commissure droite jusqu'à quelques lignes de sa commissure gauche, ainsi que les tégumens et les muscles étendus depuis l'os hyoïde jusqu'au menton, manquent aussi en totalité. De cette destruction résulte une ouverture considérable entre l'os maxillaire supérieur et l'os hyoïde ; il n'y a pas d'occlusion possible ; les muscles

ont perdu leurs attaches ; le rebord inférieur de la plaie est adhérent au cou et à la langue. La forme irrégulièrement quadrilatère de cette bouche béante offre un bord supérieur formé par la lèvre supérieure, un bord droit formé par la branche de l'os faisant saillie sous les tégumens et soulevant la lèvre supérieure ; un bord gauche plus court, résultant d'une portion de la lèvre inférieure, et un bord inférieur constitué par une cicatrice inégale, dentelée, qui converge, par la traction musculaire, vers l'os hyoïde. Ce bord inférieur, accolé à la langue, qui n'a plus que des mouvemens de contraction, est continuellement humecté par la salive qui s'écoule goutte à goutte. Tel est l'aspect hideux de cette blessure, qui pouvait certainement guérir avec moins de difformité, si les soins immédiats eussent été dirigés convenablement, pour favoriser le rapprochement des lèvres de la plaie obtenir, autant que possible, la cicatrisation des parties similaires, prévenir l'écoulement involontaire de la salive, et empêcher l'élévation de la branche osseuse, qui, abandonnée à la force contractile des muscles masséter et ptérygoïdien interne, sans qu'elle soit contrebalancée par la résistance des muscles antagonistes, a élevé peu à peu son fragment jusqu'au niveau des ailes du nez, repoussé fortement la joue en haut et en dehors, et formé avec la dent canine la saillie d'une défense.

Comment donc remédier à cette horrible difformité ? M. Larrey, qui venait, précisément à cette époque, de cesser ses fonctions de chirurgien en chef à l'hôpital du Gros-Caillou, ne se croit plus en droit d'y faire une opération. Mais le malheureux Mercier en éprouve autant de regret que lui, et refuse d'être opéré par un autre. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que nous parvenons à le décider à entrer à l'Hôtel-Dieu, pour se

confier à l'habileté du chirurgien en chef. Je le conduis donc à la clinique de *M. Dupuytren*, le 23 mars 1831. Après l'avoir bien examiné pendant quelque temps, après avoir bien réfléchi à l'opération qu'il devra pratiquer. *M. Dupuytren* se détermine à la faire. Lui sera-t-il possible de conserver la portion saillante de la branche osseuse, pour l'usage de la mastication? Mon père l'avait cru; mais pour obtenir ce résultat, il faudrait abaisser le fragment et le maintenir en place. Comment y parvenir, sans diviser préalablement les muscles masséter et ptérygoïdien interne? et en supposant cette section opérée, comment alors la branche de la mâchoire pourrait-elle s'élever? Ce résultat serait au moins inutile pour notre malheureux mutilé. Telles sont les objections qui s'offrent à l'esprit de *M. Dupuytren*. Le seul parti à prendre dès lors, n'est-ce pas au contraire la résection de la partie saillante de l'os maxillaire, pour diminuer la difformité, tenter la formation d'une lèvre? et réunir la plaie dans la plus grande étendue possible. Dans ce but, *M. Dupuytren* se décide à faire une incision transversale à la joue droite, en mettant l'os à découvert, pour le scier avec la scie à chainons.

Voici donc comment il procède à l'opération, le 16 avril 1831, en me permettant de l'aider. Une incision transversale d'un pouce et demi d'étendue divise la joue du côté droit, dans la direction de la branche osseuse, à l'union du bord supérieur de l'hiatus avec le bord latéral droit. L'os maxillaire est mis à nu et disséqué. La scie articulée est introduite derrière la seconde grosse molaire, et opère en quelques secondes la section de l'os. Les bords latéraux de l'hiatus sont avivés avec le bistouri et les ciseaux; le bord droit dans toute sa longueur, le second jusqu'au point où existe encore un dé-

bris de la lèvre inférieure, afin d'utiliser celui-ci. Aucune hémorrhagie grave n'entrave l'opération; le patient est plein de courage. Aussitôt *M. Dupuytren* procède à la réunion. Il rapproche la plaie de la joue par deux points de suture entortillée; en même temps, il attire fortement en dedans le lambeau inférieur qui dépasse d'un pouce le supérieur, et forme ainsi une lèvre inférieure; puis il rapproche les bords latéraux dans les parties avivées, par cinq points de suture. La réunion de cette plaie est parfaite, si ce n'est cependant à la rencontre de ses trois quarts inférieurs avec son quart supérieur (les tissus, dans ce point, ne sont pas extensibles, parce qu'ils ont contracté une consistance fibreuse). L'effet de la suture est favorisé par l'application d'un bandage des plaies en travers, et de compresses graduées qui ramènent fortement les tégumens en avant.

Il ne survient ni accidens primitifs, ni accidens consécutifs d'aucune nature.

Le cinquième jour, *M. Dupuytren* enlève les aiguilles supérieures qui unissaient la plaie de la face, dont les bords se trouvent tout-à-fait adhérens. Il ne retire qu'au huitième jour les aiguilles de la plaie du cou.

Dès lors on peut reconnaître la réunion de la plaie en haut et en bas, et la formation de la lèvre; mais malheureusement la réunion immédiate n'a pu se faire dans le point correspondant au tissu fibreux; l'aiguille a déchiré les lèvres de la plaie dans l'étendue d'un pouce et demi environ. *M. Dupuytren* cherche dès lors à obtenir une cicatrice par seconde intention. Dans ce but, il rapproche les lèvres de la plaie avec des compresses graduées et des bandelettes de diachylon gommé, qui, appliquées derrière les oreilles, ramènent la peau en avant, en se croisant sur la ligne médiane.

Ces moyens continués pendant un mois avec de légères modifications, et aidés de la cautérisation des lèvres de la plaie, produisent enfin tout l'effet que l'on pouvait en espérer, et au bout de deux mois il ne reste qu'un petit pertuis par lequel s'écoule un peu de salive. Il serait impossible aujourd'hui de reconnaître toute l'étendue de la difformité primitive.

J'ai souvent des nouvelles de cet homme, employé actuellement à la Maison de Refuge de Villers-Cotterets (1).

H. — Des plaies de la langue.

Les plaies simples, piquées, déchirures, coupures, etc., qui affectent la portion de la langue qui est libre et placée dans la bouche, sont remarquables par la facilité avec laquelle elles guérissent. Quand ces plaies sont peu étendues, et quand elles sont avec perte de substance, elles n'exigent, en général, aucun traitement local : les premières se réunissent sans aucun secours, et après la guérison des autres, l'organe s'étend au point qu'il serait fort difficile à l'œil le plus exercé de déterminer, d'après l'inspection des parties, l'étendue de la perte de substance qu'il a éprouvée. Le seul accident qui puisse nécessiter l'intervention de l'art, est une hémorrhagie que l'on arrête ordinairement avec facilité par quelques lotions froides ou styptiques, par la compression exercée pendant quelque temps avec deux doigts, ou enfin par l'application du cautère actuel, quand ces moyens sont impuissans.

Cependant, quand les plaies de la langue sont longues et la divisent dans toute son épaisseur, ou quand elles

(1) Par M. Hippolyte Larrey.

sont à lambeaux, il est quelquefois très-difficile d'en maintenir les lèvres en rapport; c'est alors qu'il faut avoir recours à la suture.

Toutes ces considérations sont parfaitement applicables aux blessures par armes à feu dans lesquelles la langue a été atteinte, déchirée, contuse, divisée ou emportée dans une étendue plus ou moins grande.

La langue peut encore être lésée dans sa portion qui s'attache à l'os hyoïde; mais alors ses blessures appartiennent aux lésions du cou dont nous aurons à traiter bientôt.

I. — Des plaies du voile du palais.

Les blessures du voile du palais par des armes piquantes, ne présentent aucune particularité et guérissent seules et sans que l'art soit obligé d'intervenir. Il en est de même des coupures, des déchirures et des fissures peu profondes, ou perforations avec une perte de substance très-peu considérable; mais quand ces divisions sont étendues, qu'elles occupent toute l'épaisseur du voile du palais, etc., les bords de ces solutions de continuité se cicatrisent isolément, et pour obtenir la guérison de cette maladie qui amène une altération si grande dans la voix et de grandes incommodités et difficultés dans l'acte de la déglutition, on est obligé d'avoir recours à des opérations récemment imaginées et connues sous le nom de staphyloraphie, staphyloplastie, etc., opérations dont les succès se multiplient chaque jour.

Nous dirons pour les lésions de la glande salivaire sous-maxillaire et sublinguale dans les blessures de la mâchoire inférieure, ce que nous avons dit des lésions de la glande parotide dans les blessures des joues et de la mâchoire supérieure. Ces glandes peuvent être blessées,

traversées, déchirées, mais leurs blessures guérissent très-bien dans la plupart des cas. Dans quelques uns, cependant, elles donnent lieu à des fistules salivaires que l'on traite par les moyens appropriés.

J. — *De l'écrasement de la face.*

L'écrasement de la face est assez commun à la suite de chutes violentes faites sur cette partie, de l'action de corps très-lourds projetés sur elle, du passage de voitures, de projectiles de toute nature lancés avec violence.

Cet écrasement se reconnaît à l'altération de la forme, à l'augmentation du volume des parties, aux ecchymoses, au gonflement de ces parties; à l'occlusion plus ou moins complète des paupières, à la mobilité, à la crépitation plus ou moins marquée dans les régions nasale et maxillaire; à la mobilité des os sus-maxillaires l'un sur l'autre, ou des parties antérieures sur les parties postérieures de ces mêmes os.

L'écrasement de la mâchoire inférieure se reconnaît aux mêmes signes, déformation, mobilité, crépitation; ajoutez à tout cela la déchirure de la langue et des écoulemens de sang plus ou moins abondans par les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, etc., etc.

Nous ne donnerons ici aucune particularité sur le traitement de l'écrasement de la face, et, pour ne pas faire de répétitions inutiles, nous renvoyons à ce que nous avons dit sur l'écrasement en général. (Voyez tome 1^{er}.)

CHAPITRE III.

BLESSURES DU COU.

Le cou présente, comme on le sait, quatre régions principales : une antérieure, deux latérales, et une postérieure. Cette distinction n'est point purement scholastique, et par rapport aux plaies qui intéressent le cou, elle est fort importante. En avant, on trouve la trachée-artère, le larynx, le pharynx, l'œsophage, etc., etc. Sur les côtés, on trouve de gros vaisseaux et de gros nerfs, qui de la tête vont à la poitrine ou y retournent, des nerfs qui vont au bras, ou qui se répandent sur divers points du cou et de la face, tels sont le plexus brachial, le plexus cervical superficiel. En arrière on ne trouve guère que des muscles épais dont la lésion peut embarrasser les mouvemens, mais n'est pas d'une grande gravité. Enfin, au centre de toutes ces parties, nous trouvons la moelle spinale, la moelle allongée, dont l'importance est bien reconnue.

Le cou est ordinairement protégé par des vêtemens assez épais, et échappe, à cause de cela, à beaucoup de blessures par instrument tranchant et même par armes à feu; combien de militaires reçoivent dans leur cravate des balles qui s'y arrêtent et ne produisent aucun accident, tandis qu'elles auraient pu en déterminer de très-graves, si le cou avait été à découvert. Nous avons eu à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1830, l'occasion d'observer un assez grand nombre de blessures au cou, blessures qui auraient pu être évitées ou rendues moins dangereuses, si les individus qui les ont offertes avaient porté des cravates. En effet,