

## CHAPITRE IV

## LÉSIONS DES PARTIES MOLLES DE LA FACE.

§ 1. — *Lésions traumatiques.*

**Plaies.** — Les plaies de la face par instruments tranchants sont très fréquentes. Leur traitement présente certaines particularités que nous allons étudier.

Dans les plaies par instruments *tranchants*, l'hémorrhagie est quelquefois très abondante, car si la section des tissus est profonde, l'instrument tranchant peut avoir coupé plusieurs artères. Cette hémorrhagie s'arrête toutefois très facilement aussitôt qu'on fait la suture des lèvres de la plaie. Si la plaie est très étendue, de sorte que plusieurs vaisseaux donnent à la fois, on peut saisir les artères avec des pinces à forcipressure qu'on laisse en place jusqu'au moment où on arrive avec les sutures à leur niveau.

Les *sutures* doivent être faites très soigneusement. Si la plaie pénètre dans un des orifices naturels de la face, dans la bouche par exemple, la première suture sera posée au niveau de la commissure labiale. Le premier fil passera, sur chaque bord, exactement sur la limite du rouge des lèvres, juste entre la peau et la muqueuse. En suivant ce précepte, on arrive à conserver la ligne de démarcation qui existe entre la peau et la muqueuse.

Il est une autre règle qu'il faut toujours respecter quand on fait la suture. La distance entre les bords de la plaie et les points où on enfoncera l'aiguille sera égale à la profondeur dans laquelle on a l'intention de faire pénétrer l'aiguille. Quand il s'agit de la suture des lèvres, l'aiguille doit pénétrer jusqu'à la muqueuse près de laquelle se trouve l'artère coronaire, car on n'est sûr d'éviter une hémorrhagie secondaire que si l'artère est comprise en avant des sutures. Comme l'épaisseur de la lèvre est de 1 centimètre, l'aiguille sera enfoncée sur la limite de la muqueuse et de la peau à 1 centimètre des bords de la plaie. Si l'aiguille était enfoncée plus loin, la peau s'enroulerait au moment où on rapprochera les lèvres de la plaie. Si la plaie est très profonde dans toute son étendue, le mieux serait de faire la suture à étages de v. Bruns. Cette suture consiste en sutures profondes alter-

nant avec des sutures superficielles, de sorte que la suture a l'aspect de celle représentée sur la figure 31.

**Fistules salivaires.** — Si la plaie divise le canal de Sténon, il peut se former une fistule salivaire<sup>1</sup>. Mais cette complication est très rare. J'ai toutefois observé plusieurs fistules de ce genre, une entre autres à la clinique de Dumreicher, où le canal de Sténon fut sectionné par une incision convexe faite pour l'extirpation d'un sarcome du maxillaire supérieur. Malgré la suture exacte des deux bouts, une fistule se forma et résista aux cautérisations. Pour obtenir la guérison de la fistule, on poussa de dehors en dedans un trocart, dont la canule servit pour introduire un fil de plomb qu'on fit sortir à travers l'orifice externe du canal et dont les deux bouts furent liés au-devant de la joue. Au bout de 8 jours, l'orifice cutané de la fistule fut avivé et ses bords suturés ; la fistule guérit peu de temps après.

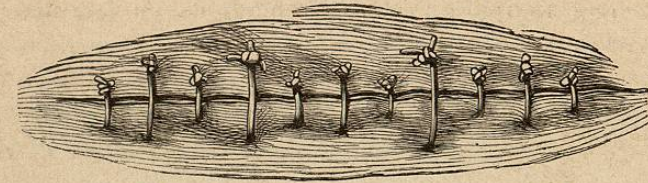


Fig. 31. — Suture à points profonds et superficiels.

On peut encore obtenir la guérison de ces fistules par le procédé de Deguise. La cicatrice est excisée jusqu'à la muqueuse buccale ; on prend ensuite un fil dont chaque bout est passé dans une aiguille et on traverse la muqueuse buccale de dehors en dedans avec ces aiguilles, disposées à 1 centimètre l'une de l'autre ; les bouts du fil sont noués sans serrer au-devant du pont muqueux et abandonnés à la suppuration. La plaie cutanée est suturée très exactement.

Le chirurgien n'a pas à se préoccuper de la section des nerfs moteurs ou sensitifs qu'on observe dans les plaies étendues de cette région ; la conductibilité des nerfs se rétablit ordinairement avec une rapidité vraiment surprenante.

Certaines parties de la face complètement séparées par le traumatisme, le bout du nez par exemple, peuvent encore se souder quand, après avoir bien nettoyé les surfaces saignantes, on les suture très exactement. Ce fait est hors de doute, et nous ajouterons qu'on a vu aussi la réunion de bouts de doigts complètement sectionnés.

(1) Ces fistules sont le plus souvent traumatiques, mais non toujours. Il en existe où la cause est l'ulcération du canal par un abcès, le plus souvent dentaire, par un calcul ou un corps étranger, plus rarement par une ulcération cutanée.



**Déchirures. Plaies contuses.** — Les déchirures et les plaies contuses de la face, par chute d'une pierre, par éclats d'obus, par explosion d'armes à feu, par pénétration de morceaux de bois, etc., doivent être suturées si les lèvres de la plaie sont suffisamment nettes ; dans le cas contraire, on les rapprochera avec de l'emplâtre adhésif. Il pourra se faire que l'on emploie simultanément ces deux procédés, quand à côté de plaies à bords nets il en existera d'autres à bords déchiquetés. Si la perte de substance est considérable, on peut égaliser les bords et faire séance tenante une opération autoplastique. Mais d'une façon générale il est préférable d'attendre la cicatrisation et de faire plus tard une opération autoplastique, si cette dernière se trouve indiquée<sup>1</sup>.

**Plaies en séton.** — Dans les plaies en séton de la face par instruments piquants ou armes à feu, deux points sont importants à considérer : l'hémorragie profonde et la pénétration d'un corps étranger. Ainsi il arrive souvent que chez les individus qui font une chute en avant sur la pipe qu'ils tiennent dans la bouche, un ou plusieurs fragments pénètrent dans la joue et passent inaperçus jusqu'à ce qu'un abcès vienne trahir leur présence. Il en est de même des bouts de lame de couteau, des pointes de sabre, des tessons qui en restant dans l'épaisseur des joues provoquent des troubles considérables. Nous reviendrons encore sur ce sujet à l'occasion des traumatismes des os de la face.

Sous l'influence des traumatismes étendus, on observe des déchirures vraiment invraisemblables des parties molles de la face. Weber attire avec beaucoup de raison, l'attention sur ce fait que lorsqu'on fait la réunion de ces plaies, il ne faut pas suturer des parties qui ne se correspondent nullement. Ainsi, dans un cas qu'il rapporte, on trouva après la cicatrisation la paupière inférieure suturée de telle façon que les cils regardaient en bas.

## § 2. — Inflammations et ulcérations.

Les lésions inflammatoires qu'on observe au niveau des parties molles de la face, présentent peu d'intérêt pour le chirurgien.

**Érysipèle.** — L'érysipèle de la face, auquel certains individus sont

(1) Dans les cas de perte de substance de la joue, il peut se produire une communication entre la cavité buccale et l'extérieur. Bien que dans ces cas il y ait écoulement de salive, on ne désigne pas cet état sous le nom de *fistule salivaire*, mais sous celui de *fistule buccale*.

sujets d'une façon en quelque sorte chronique, paraît survenir même en dehors de tout processus ulcéreux, au moins apparent. Les communications qui existent entre les vaisseaux des parties molles de la face et les organes renfermés dans le crâne, font comprendre que tout érysipèle de la face ou du cuir chevelu puisse se compliquer à un moment donné de méningite.

L'*eczéma* de la face intéresse le chirurgien en tant que cause fréquente de l'adénopathie scrofuleuse ; l'étude détaillée de cette affection est du domaine de la dermatologie.

**Abcès scrofuleux.** — Les abcès scrofuleux des joues, qui restent pendant des mois sans s'ouvrir, sont des abcès du tissu cellulaire sous-cutané. Leur délimitation très nette, leur forme de sphère aplatie, la peau amincie, violacée qui les recouvre, l'absence de bords indurés et l'indolence relative, les rendent faciles à reconnaître à première vue.

Toutefois dans la région parotidienne et au niveau des bords de la mâchoire, on rencontre chez les scrofuleux des ganglions lymphatiques suppurés, mais avec certaines particularités qui les distinguent des abcès scrofuleux proprement dits : les téguments qui les recouvrent ne sont pas uniformément amincis, les bords sont plus durs, au moins dans un endroit, la coloration violacée de la peau ne se voit pendant longtemps qu'au niveau des points ramollis de l'abcès, la tumeur paraît plus profonde, et en même temps on trouve à côté d'elle d'autres ganglions tantôt simplement tuméfiés, tantôt déjà pris de ramollissement et de suppuration. Dans un cas, après avoir fait le diagnostic de suppuration d'un ganglion superficiel sous-parotidien, j'enfonçai le bistouri, et un petit kyste hydatique sortit au milieu du pus. Si chez un individu on trouve dans l'épaisseur de la joue plusieurs abcès froids situés les uns à côté des autres, on devra penser à l'*actinomyose*, et l'on se trompera rarement.

**Ulcération.** — Les processus ulcéreux des parties molles de la face sont fréquents et importants au point de vue chirurgical. Nous ne nous occuperons de cette question qu'au point de vue du diagnostic différentiel avec les épithéliomes, diagnostic fort difficile dans certains cas où le chirurgien est embarrassé pour dire s'il s'agit ou non de syphilis. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici les opinions du professeur Lang.

Une *ulcération syphilitique* de la peau peut provenir d'une destruction ulcéreuse d'une papule, d'une pustule ou d'une gomme. Les ulcérations qui proviennent de *papules* ou de *pustules* appartiennent au stade précoce de l'infection syphilitique, sont ordinairement dissé-



minées en grand nombre sur la surface du corps et s'observent généralement sur des individus débilités.

Les ulcérations qui se forment par destruction de *gommés*, présentent un aspect serpiginéux, c'est-à-dire qu'elles sont réniformes et — point très important pour le diagnostic — tandis que les bords qui correspondent au hile du rein sont aplatis, couverts d'une couche épithéliale, ceux de la convexité sont élevés, infiltrés, rouges, rénitents<sup>1</sup>.

Les ulcérations qui proviennent de la destruction des nodules du *lupus* vulgaire, sont des pertes de substance superficielles, situées tantôt au même niveau que les parties voisines, tantôt sur une base plus élevée, couvertes de granulations nombreuses quand il s'agit du *lupus hypertrophique*, de couleur rouge, donnant lieu à une sécrétion abondante qui en se desséchant forme des croûtes verdâtres, brun foncé, noires; ces ulcérations présentent des bords lisses, minces, entourés par la peau amincie, luisante, rouge; dans le voisinage, on trouve toujours des nodules lupiques.

Les *ulcérations cancéreuses* se présentent avec des bords uniformément indurés, quelquefois très durs, élevés<sup>2</sup>; la peau est pâle, les sécrétions rares, le fond de l'ulcération anfractueux, également dur au toucher. A côté de ces signes locaux, il en existe encore d'autres d'ordre général, pouvant servir au diagnostic différentiel. Le *lupus* s'observe chez des individus jeunes, quelquefois d'aspect florissant; l'épithéliome se rencontre chez des individus d'un certain âge; quant à la syphilis, elle n'épargne aucun âge. Le *lupus* n'attaque jamais le squelette du nez ni le vomer, aussi n'observe-t-on jamais dans le *lupus l'effondrement* caractéristique du nez qui est si fréquent dans la syphilis. Ces dégâts si étendus ne sont produits que par la syphilis ou le carcinome; mais le diagnostic différentiel ne présente alors aucune

(1) Parmi les ulcérations syphilitiques, il faut mentionner le *chancre induré*, qu'on observe au nez, aux paupières, à la joue, au menton, à la lèvre surtout. Il se présente avec les caractères ordinaires du chancre induré, mais souvent il s'accompagne d'un œdème dur, violacé, et d'une adénopathie sous-maxillaire plus volumineuse et plus inflammatoire que les adénopathies inguinales de même nature. Au point de vue du diagnostic, je signalerai ici les *ulcérations arsenicales*, dites *chancres arsenicaux* à cause d'une assez grande ressemblance avec l'accident syphilitique primitif. Mais l'induration est moindre, il n'y a pas d'adénopathie et surtout on trouve des ulcérations analogues aux mains, au scrotum, dans les fosses nasales et l'interrogatoire apprend que le patient manie des substances arsenicales.

(A. B.)

2. *Ulcus cancerosum est visu horridum, fœtidum, labra habens dura, crassa, tumida atque inversa*; telle est l'ancienne définition qu'on retrouve dans tous les livres du moyen âge.

difficulté, car pour produire des lésions aussi considérables, le carcinome doit avoir existé depuis assez longtemps. Par conséquent, s'il s'agit du carcinome on trouvera une infiltration des ganglions du cou sous forme d'une masse bosselée ronde, dure, nettement circonscrite.

**Noma.** — Comme nous aurons encore à revenir sur l'épithéliome et le carcinome de la face, nous aborderons ici l'étude d'un processus destructif terrible de la face connu sous le nom de *noma* ou *cancer aqueux*. Le nom de *cancer aqueux* (*cancer aquaticus*) a été donné à cette affection par des médecins hollandais du XVII<sup>e</sup> siècle qui voulaient désigner par là un symptôme important de l'affection, l'écoulement abondant de la salive par la bouche. Le nom de *noma* est tiré du mot grec *νόμος* (je détruis) et désigne la violence du processus destructif *κατ' ἐξοκλήν*<sup>1</sup>. Le *noma* atteint principalement les enfants faibles, pendant la convalescence d'une maladie infectieuse générale telle que la scarlatine, la variole, le typhus, le choléra, la rougeole. Quelques médecins, Stromeyer entre autres, ont incriminé, à tort, comme cause du *noma*, le mercure (principalement le calomel) qu'on administrait, autrefois surtout, comme médicament dans le cours des affections que nous venons d'énumérer<sup>2</sup>.

Les *symptômes* de cette affection sont les suivants. Il se forme dans la joue, principalement dans le voisinage de la commissure labiale, un foyer d'infiltration dure; la peau qui le recouvre devient rouge, la muqueuse de la joue violacée. Une ulcération, débutant au niveau de la muqueuse, envahit le foyer infiltré et le détruit sous forme de gangrène sèche ou humide. Dans le premier cas, le foyer induré se dessèche, se rétracte et devient noir; si la gangrène est humide, on voit d'abord apparaître des phlyctènes gangreneuses sur la joue, et le foyer infiltré se transforme en une masse pulpeuse gris-sale, fétide, visqueuse renfermant un grand nombre de microorganismes. Si le processus se limite, les parties gangrénées finissent par se détacher, et la joue se creuse d'un trou occupant toute l'épaisseur des tissus. Mais le processus peut envahir les parties voisines. Tandis que, autour des parties

(1) Hippocrate se sert du mot *νομή* pour toutes les ulcérations putrides à tendance envahissante.

(2) Dans cette étiologie il faut tenir grand compte des déficiences de l'hygiène, de la malpropreté buccale; aussi le *noma* était-il une lésion qui frappait surtout les enfants pauvres, qui sévissait principalement dans les asiles, dans les hôpitaux encombrés. Autrefois, on a observé dans les hôpitaux d'enfants de véritables épidémies: aujourd'hui au contraire, grâce aux progrès de l'hygiène nosocomiale et de l'antisepsie médicale, le *noma* est devenu une véritable rareté: il y a là une notion d'importance pratique capitale.

(A. B.)



frappées de gangrène, on voit apparaître une aréole mince, de couleur rouge, la peau prend un aspect ciréux, l'infiltration suivie de gangrène s'étend en surface et en profondeur, et peu à peu les lèvres, la joue, les narines, le nez, les paupières, même la peau du front et des tempes, même les maxillaires avec les gencives, le voile du palais, les amygdales, le pharynx, sont détruits d'une façon presque complète. La malade représentée sur la figure 32, est un exemple de l'étendue des dégâts causés par cette affection (gangrène sèche).

Vu l'aspect hideux qui persiste, on peut presque dire qu'il est heureux que la plupart des enfants succombent au noma, et assez rapide-

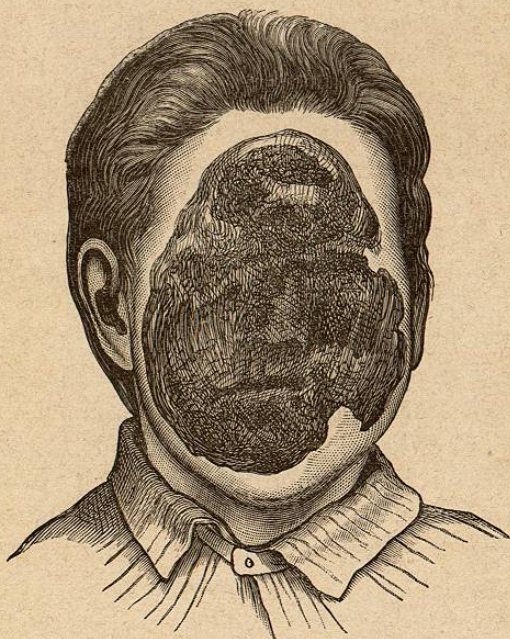


Fig. 32. — Noma.

ment, car dans l'espace d'une semaine le processus peut prendre une extension considérable. La mort est ordinairement amenée par un empoisonnement septique du sang. Dans certains cas, le processus s'arrête pour un certain temps, puis reparaît au bout de peu de temps. Un quart environ des enfants survit à cette affection. Un sillon d'élimination s'établit entre les parties gangrénées et les parties saines ; si la gangrène envahit les os, on y trouve aussi cette ligne de démarcation. Les parties gangrénées se détachent ; des granulations de bonne nature apparaissent sur toute la surface ulcérée, et les bords deviennent le siège d'une cicatrisation normale. Si le processus envahit les gencives ou les rebords alvéolaires des deux mâchoires, il peut se for-

mer une sorte de soudure entre le bord inférieur de la mâchoire supérieure et le bord supérieur de la mâchoire inférieure. En arrière, la soudure est due à une bride cicatricielle tendue qui applique si étroitement les deux mâchoires l'une contre l'autre, que la bouche ne peut plus être ouverte. C'est la constriction cicatricielle. Si les arcades alvéolaires n'ont pas été détruites, les dents sortent obliquement à travers la perte de substance creusée dans la joue par le noma, les couronnes dirigées en dehors. Malgré la constriction, il persiste entre les deux rangées de dents une fente à travers laquelle on voit le bord de la langue. La salive et les parcelles d'aliments s'échappent



Fig. 33. — Perte de substance consécutive au noma.

à travers cette fente au moment de la mastication. L'aspect du malade est celui qui est représenté sur la figure 33.

Nous ne possédons pas de connaissances exactes sur la *nature* du noma. Quand on pense que le même processus de gangrène s'observe après les mêmes maladies générales sur les autres parties du corps, vulve, anus, membres, on voit qu'il s'agit ici d'une question de pathologie générale, à savoir l'origine de la gangrène spontanée chez les convalescents d'une maladie infectieuse, septique. La pathologie moderne attribue le noma à un arrêt de circulation par affection des vaisseaux. La question de savoir pourquoi la gangrène atteint telle ou telle partie, les joues en particulier, serait secondaire.



Le *traitement* du noma pendant l'évolution de la maladie est fort simple : air pur, régime fortifiant, excitants et cautérisation au fer rouge, tels sont les moyens que nous avons à notre disposition. Quant à la réparation ultérieure des pertes de substance, nous y reviendrons à l'occasion des opérations autoplastiques sur la face.

**Furoncles.** — Les furoncles de la face ont toujours été redoutés. Un grand nombre de cas se terminent par la mort, surtout — et j'insiste sur ce point — si le furoncle siège sur la lèvre. Stromeyer a émis l'opinion que les furoncles qui se terminent par la mort du malade, doivent être considérés comme un phénomène partiel d'un processus pyohémique spontané ou ayant son point de départ dans un autre foyer. Aujourd'hui il est bien démontré que le furoncle peut produire une infection du sang. Par conséquent on fera toujours bien de prévenir l'entourage du malade de la gravité de l'affection. J'ai été un jour très étonné, — j'étais encore jeune médecin — de voir v. Dumreicher formuler un pronostic grave chez un jeune boucher vigoureux et de stature herculéenne, venu à la clinique pour un furoncle de la lèvre inférieure. Le malade est entré à l'hôpital; on appliqua de la glace sur le furoncle, on le fendit plus tard et peu de jours après le malade succombait à la pyohémie. Je dois ajouter que, depuis, j'ai vu guérir un grand nombre de ces cas<sup>1</sup>.

### § 3. — Tumeurs.

Il nous reste à faire quelques remarques au sujet des tumeurs des parties molles de la face.

**Angiomes.** — Comme fréquence, les angiomes viennent en première ligne. Les anastomoses nombreuses et très riches qui existent entre les vaisseaux de la face font comprendre pourquoi les angiomes congénitaux sont si fréquents. On peut en rencontrer sur toutes les régions : front, paupières, bout du nez, joues, lèvres, menton, etc. Comme leur diagnostic se fait en quelque sorte à distance, nous n'aurons à nous occuper que de leur traitement.

Les télangiectasies plates, qui se présentent sur la peau sous forme de mouchetures rosées, disparaissent souvent spontanément. On peut

(1) La mort est en effet rare, surtout depuis l'emploi des antiseptiques, si on institue un traitement rationnel. A la moindre alerte de gonflement diffus, il faut fendre délibérément le foyer au thermo-cautère et faire des mouchetures profondes avec le même instrument dans la zone œdémateuse. Après quoi on applique un pansement antiseptique humide, au sublimé de préférence. (A. B.)

toutefois badigeonner avec avantage ces petites tumeurs avec du collodion qui, en se desséchant, agit probablement par le resserrement et la compression des tissus. Si ce moyen échoue, on peut avoir recours à un des procédés employés pour obtenir la guérison de petites tumeurs vasculaires, érectiles, plates ou framboisées, de couleur bleue ou violacée. Parmi ces procédés, la cautérisation ponctiforme suivant la méthode de v. Nussbaum est la plus efficace et la plus facile à appliquer sur toutes les régions. Si l'on ne possède pas de thermocautère de Paquelin, on se sert d'épingles ordinaires ou de grosses aiguilles fixées dans un bouchon de liège et chauffées au rouge sur la flamme d'un bec de gaz; seulement l'enfant sera tenu tout près de la flamme, car l'aiguille se refroidit très rapidement, même si le médecin n'a qu'un pas à faire. Il vaut mieux se faire fabriquer des tiges en fer pointues et pourvues près de la pointe d'un renflement sphérique, gardant bien la chaleur. On commence par enfoncer profondément l'aiguille à la périphérie de la tumeur, et on répète l'opération en gardant un demi-centimètre de distance entre chaque piqûre. Si la tumeur est assez volumineuse, on se contente, pour la première séance, de cautériser seulement la périphérie. Si le sang coulait abondamment par les piqûres, on les cautériserait à plusieurs reprises ou bien on les couvrirait avec de très petits tampons d'ouate hydrophile trempée dans une solution astringente. Au bout de quelques jours on refait la cautérisation sur un cercle concentrique au premier, en se rapprochant toujours du centre qu'on attaque en dernier lieu.

Pour les tumeurs érectiles volumineuses, v. Dumreicher procédait, à sa clinique, de la façon suivante : on prenait avec le crayon sur un morceau de papier les contours de la tumeur qu'on découpait ensuite et qu'on fixait sur une plaque de liège et sur cette empreinte on enfonçait ensuite les aiguilles à la distance voulue. De cette façon, les aiguilles une fois chauffées au rouge, on les enfonçait d'un coup dans la tumeur et on cautérisait plusieurs points à la fois. Ce procédé est très avantageux quand on a affaire à des enfants.

Avec la cautérisation ponctiforme on arrive à détruire les tumeurs érectiles qui siègent sur les paupières, le bout du nez, les gencives, c'est-à-dire sur les régions où il est difficile de manœuvrer avec le bistouri. Les avantages de ce procédé consistent encore en ceci que la cicatrice est très belle, car en somme il s'agit d'une multitude de petites cicatrices séparées par des parcelles de peau saine. Dans certains cas, l'accroissement de l'angiome est si rapide, qu'en 48 heures il se forme sur la périphérie de la tumeur de nouveaux bourgeons vasculaires.