

parente n'a pas en général de tissu médullaire dans son intérieur. Quand, au contraire, on constate une dépression, une sorte d'ombilication au centre du spina-bifida; quand de plus on note la présence de phénomènes nerveux, il y a de grandes chances pour que la moelle fasse partie de la tumeur.

Un examen complet du sujet permettra souvent de constater en même temps des arrêts de développements ou des malformations, tels que becs-de-lièvre, pieds bots, hydrorachis, etc...; il faudra donc toujours les rechercher.

DE LA FACE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La face revêtue de ses parties molles a pour limites :

En haut : le sillon naso-frontal, les arcades orbitaires, le bord postéro-supérieur de l'os de la pommette accessible au toucher, l'arcade zygomatique qui lui fait suite et vient se terminer en avant du conduit auditif externe ;

En arrière : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur ;

En bas : le bord inférieur de la mâchoire inférieure qui la sépare nettement de la région cervicale.

Ainsi comprise, la face présente sur la ligne médiane : le nez, les lèvres, le menton ; sur les parties latérales : en haut les orbites, au-dessous d'elles les joues.

Laissant de côté, pour le moment, les orbites et le globe oculaire, les fosses nasales dont le nez n'est que le vestibule, la cavité buccale fermée en avant par les lèvres, parties qu'on décrit avec raison, en anatomie topographique, avec la face, nous ne nous occuperons que des parties molles de celle-ci et du squelette qui les soutient.

Les *joues* ont pour limites :

En haut : le bord inférieur de l'orbite et l'arcade zygomatique ;

En bas : le bord inférieur du maxillaire inférieur ;

En arrière : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur ;

En dedans : la racine du nez, le sillon naso-génien (sillon qui sépare les parties latérales du nez de la joue) ; le sillon naso-buccal qui s'étend de l'aile du nez à la commissure des

lèvres, enfin une ligne oblique qui, partant de la commissure des lèvres, vient aboutir au bord antérieur du muscle mas-séter à deux travers de doigt environ en avant de l'angle du maxillaire.

Les *joues*, dirigées obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, présentent deux faces: l'une antéro-externe, l'autre postéro-interne.

Les joues arrondies chez les enfants, grâce à la saillie de la boule grasseuse de Bichat, s'allongent par suite du développement du squelette, s'aplatissent chez l'adulte en même temps qu'elles se recouvrent de poils dans le sexe masculin à leur partie postérieure et inférieure. Chez les vieillards, par suite de la chute des dents, les mâchoires se rapprochent, les joues deviennent trop longues; aussi présentent-elles une véritable dépression centrale au-dessus et en dehors de laquelle se voit la saillie de la pommette moins accusée chez l'enfant et chez l'adulte qu'à un âge avancé.

La face postéro-interne de la joue adhère en haut au maxillaire supérieur et à l'os malaire, en arrière à la branche montante de la mâchoire, en bas à son corps, elle est libre dans sa partie centrale dite intermaxillaire, là, recouverte par la muqueuse buccale, elle se continue sans ligne de démarcation avec les lèvres et repose sur les arcades alvéolaires quand les mâchoires sont rapprochées.

Les limites de la portion intermaxillaire de la joue sont bien établies du côté de la bouche en haut et en bas par le cul-de-sac gingivo-buccal que forme la muqueuse en se réfléchissant des arcades alvéolaires sur les parois de la bouche, en arrière par un autre cul-de-sac qui répond au bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. *C'est sur cette portion inter-maxillaire que vient s'ouvrir le canal de Sténon, dont l'embouchure située un peu au-dessous du sillon gingivo-buccal, en pleine joue, correspond au collet de la première grosse molaire.*

Nous n'avons point à étudier, ici, la structure des joues. Nous dirons simplement que la peau qui les recouvre est d'une vascularité extrême, d'où la réunion facile et rapide des plaies qu'on y rencontre, que cette peau glisse facilement

grâce à la couche sous-cutanée sur les parties sous-jacentes. Ce qu'on doit bien retenir, c'est que, dans la région de la

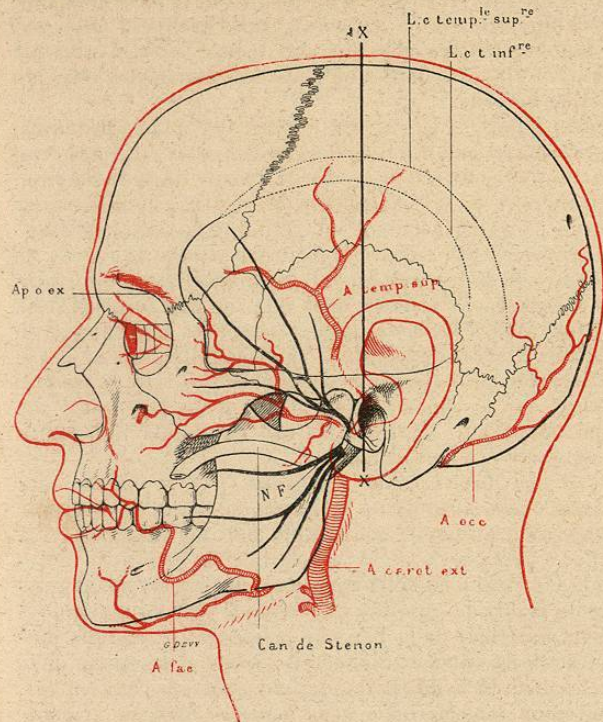


Fig. 8. — Topographie de la face (vue latérale gauche).

Ap. o. Ext. Apophyse orbitaire externe. — L. c. temp.^{sup}. Ligne courbe temporale supérieure. — L. c. t. inf.^{se}. Ligne courbe temporale inférieure. — N. F. Nef facial. — Can. de Sténon. Canal de Sténon. — XX. Plan auriculo-bregmatique.

joue, se trouvent des organes importants dont il faut chercher à éviter la blessure quand on y pratique une incision.

On se rappellera que la direction du canal de Sténon est

assez bien représentée par une ligne, allant du tragus à la commissure des lèvres, qu'il est accompagné par une artère assez volumineuse, située au-dessus de lui, la transversale de la face (branche de la temporale superficielle) et aussi par de nombreuses branches du nerf facial. D'où le précepte d'inciser à la joue dans une direction parallèle à celle du canal de Sténon.

Quant à l'artère faciale, elle s'étend de l'angle antéro-inférieur du masséter (située, comme nous l'avons dit, à deux travers de doigt environ en avant de l'angle de la mâchoire), point où on sent ses battements, jusqu'à la commissure des lèvres — ; la veine faciale ne suit pas tout à fait la même direction, située un peu en arrière du tronc artériel au niveau du point où elle croise, comme lui, le bord inférieur du maxillaire inférieur, elle se dirige de là vers l'angle interne de l'œil.

La joue, pour l'étude des parties profondes, a été divisée en un certain nombre de régions secondaires dites : massétérine, malaire, sous-orbitaire, intermaxillaire. Les trois premières reposent sur le squelette que nous aurons à explorer en même temps que nous signalerons les points importants qui ont trait aux parties molles.

La région massétérine recouverte par la barbe chez l'homme (favoris) présente à considérer le muscle masséter fréquemment atteint de contracture dans les affections de la mâchoire inférieure ; sur la face externe de ce muscle, occupant le 1/3 moyen ou la 1/2 supérieure, le prolongement antérieur de la glande parotide qui s'avance plus ou moins près du bord antérieur de la branche montante — ; enfin la portion initiale du canal de Sténon, de l'artère transversale de la face, les filets du facial sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

La région massétérine a pour squelette l'arcade zygomatique, l'angle et la branche montante du maxillaire inférieur. Il est facile d'explorer, par le palper, cet angle, le bord postérieur de la branche montante et même à travers la joue une bonne partie de son bord antérieur. Quant à l'arcade zygomatique, elle peut être facilement sentie parce qu'elle est sous-cutanée, son bord inférieur est plus accessible que le supérieur où s'insèrent les aponévroses de la région temporale, son extrémité antérieure, large, s'articule avec l'os

malaire et contribue à former la saillie de la pommette, son extrémité postérieure étroite se termine juste en avant et un peu au-dessus du tragus. Au-dessous de cette extrémité postérieure on peut sentir facilement, avec la pulpe du doigt, le roulement du condyle du maxillaire inférieur dans les mouvements de cet os. Il est facile d'explorer par la bouche l'angle que forment le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur avec le corps de cet os, angle où s'implante quelquefois la dent de sagesse, le bord antérieur de cette branche, l'apophyse coronoïde qui lui fait suite et qu'on peut toucher assez facilement quand la mâchoire inférieure est abaissée ; toutefois, on distingue mal le sommet de cette apophyse à cause de l'épaisseur du tendon du muscle temporal qui y prend de larges insertions. Par le toucher buccal on peut encore sentir la partie antérieure de la face interne de la branche montante en dedans de laquelle se trouve le muscle ptérygoïdien interne. Il est bon de se rappeler qu'une incision intra-buccale faite sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde et du tendon du temporal permet d'arriver sur l'épine de Spix et de charger, au-dessus d'elle, le nerf dentaire inférieur souvent atteint de névralgie, on peut ainsi le réséquer sans se préoccuper de l'artère dentaire inférieure qui l'accompagne.

La portion malaire de la joue ne mérite d'attirer l'attention que par la finesse de la peau qui la recouvre, par la présence du filet nerveux malaire qui traverse l'os du même nom (à son point d'émergence on trouve un point douloureux dans la névralgie du nerf maxillaire supérieur) ; enfin par la saillie de cet os qui l'expose aux fractures par cause directe.

Quant à la région sous-orbitaire, limitée en dedans par le sillon naso-génien, en dehors par la pommette, en bas par le sillon gingivo-buccal, elle ne nous intéresse qu'au point de vue du squelette. On y rencontre en effet le trou sous-orbitaire, la fosse canine.

Le trou sous-orbitaire ne se sent pas, mais il est facile à trouver, si on se rappelle qu'il siège à 6 ou 8 millimètres en dehors d'une ligne verticale abaissée du trou sus-orbitaire et à un centimètre, au maximum, au-dessous du point du bord orbitaire inférieur, coupé par cette ligne.

Cette verticale rencontre de haut en bas le trou sous-

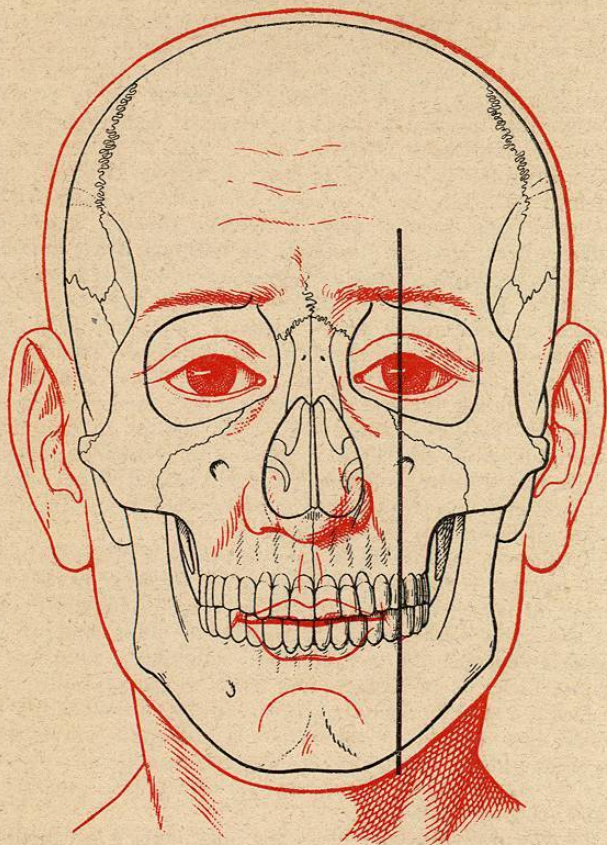


Fig. 9. — Topographie de la face.

1 Échancrure sus-orbitaire. — 2. Trou sous-orbitaire. — 3. Trou mentonnier.

orbitaire, le trou mentonnier, ces orifices donnent passage

aux nerfs du même nom, douloureux dans la névralgie de trijumeau.

Quant à la *fosse canine*, qui répond à la paroi antérieure du sinus maxillaire, sinus dont nous nous occuperons plus loin, elle est assez mal nommée, car elle est située en dehors de la dent canine au-dessus de laquelle se trouve une saillie correspondant à son alvéole. Chez certains sujets on peut bien sentir cette saillie à travers la joue et, en dehors d'elle, la dépression qui correspond à la fosse canine, mais il est beaucoup plus facile d'explorer cette dernière par la cavité buccale en déprimant de bas en haut le sillon gingivo-buccal, en dehors de la saillie de l'alvéole canine.

A l'étude du squelette de la portion sous-orbitaire de la joue se rapporte celle du *sinus maxillaire*. Creusé dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, il a une forme assez irrégulière qu'on a cependant comparée à celle d'une pyramide triangulaire.

Le sommet de cette pyramide répond à l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, sa base à la face interne du même os, elle forme la plus grande partie de la paroi externe des fosses nasales et présente dans le méat moyen une ouverture, c'est l'orifice de l'antre d'Higmore, nom sous lequel on désigne encore le sinus maxillaire.

Les trois parois de la cavité sont l'une supérieure ou orbitaire, l'autre antérieure (on y trouve la fosse canine); la troisième est postérieure, pourvue d'une grosse tubérosité dite tubérosité maxillaire, et fait partie des fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire. Elle n'est accessible qu'en un point, la tubérosité maxillaire, qu'on sent, dans le vestibule de la bouche, immédiatement en arrière de la dernière grosse molaire supérieure.

Bien que le sinus ne soit guère en rapport avec l'apophyse palatine du maxillaire supérieur (voûte osseuse du palais), il ne faut pas oublier que cette apophyse est souvent amincie, détruite par les néoplasmes qui ont pris naissance dans cette cavité. Ces détails étaient, nous semble-t-il, utiles à rappeler pour l'exploration clinique des tumeurs du maxillaire supérieur; trop souvent elles dépassent les limites de l'os; aussi

le clinicien devra-t-il porter son attention du côté de l'orbite, des fosses nasales, de la voûte palatine.

En ce qui concerne l'orbite, il devra rechercher l'exophtalmie, l'amaurose, songer à la présence du nerf maxillaire supérieur dans le plancher, et explorer la sensibilité du nerf sous-orbitaire afin de savoir s'il n'est point atteint de névrite ou détruit.

Il faudra examiner les fosses nasales à l'aide d'un spéculum qui montrera, soit un changement de coloration de la muqueuse qui revêt les cornets inférieur et moyen, le méat moyen, soit une tuméfaction, une saillie de la paroi externe des cavités nasales, soit encore la présence de fongosités au niveau de l'ouverture du sinus, l'écoulement par cet orifice d'un liquide sanieux ou purulent.

La déformation de la paroi externe des fosses nasales devra faire songer à une compression du *canal nasal*; aussi devra-t-on demander au malade s'il n'est point incommodé par l'écoulement des larmes sur la joue (épiphora), écoulement qui s'accompagne d'une sensation de sécheresse dans la narine correspondante.

La vue, le toucher révéleront les changements de forme, de consistance du côté de la voûte palatine; en l'examinant, on s'enquerra de l'état des dents parfois ébranlées. On apprendra souvent qu'elles ont été arrachées en plus ou moins grand nombre, au début de l'affection, considérée, à cette époque, comme une névralgie dentaire.

On ne négligera, dans aucun cas, l'exploration du sillon gingivo-buccal supérieur par lequel on se rendra mieux compte que par le palper, à travers la joue, du degré de tuméfaction de la paroi antérieure du sinus, de l'effacement de la fosse canine qui précèdent, dans la plupart des cas, la déformation, la destruction des parois orbitaire, palatine.

L'examen du sinus maxillaire pourra être complété, dans quelques cas, par l'éclairage de cette cavité. Cet éclairage nécessite des appareils spéciaux, une chambre noire; aussi nous ne faisons que le signaler ici. Une petite lampe électrique est introduite dans la bouche; les lèvres sont rapprochées sur sa tige, le patient cherchant à laisser, malgré ce

rapprochement des lèvres, les arcades dentaires aussi éloignées que possible. Dans ces conditions les lèvres, les arcades dentaires sont éclairées en rouge, le nez aussi, les pommettes également, mais elles sont plus sombres; les régions inférieures des orbites paraissent sous forme de croissant clair; or, le croissant lumineux sous-orbitaire n'existe pas dans les cas d'empyème du sinus maxillaire, dans certaines tumeurs solides de la même cavité (ostéome, Ruault); le côté atteint reste d'ailleurs sombre. On voit donc l'importance de l'éclairage dans les cas d'un diagnostic difficile et ils ne manquent point dans la pathologie de l'antrum d'Higmore.

Les lèvres sont au nombre de deux: l'une supérieure, l'autre inférieure; elles se réunissent par leur extrémité externe de chaque côté et l'orifice buccal, en un point qui porte le nom de commissure. Chacune d'elles présente un bord adhérent et un bord libre.

Le bord adhérent de la lèvre supérieure, bord qui forme ses limites en haut, se continue sur la ligne médiane avec l'extrémité postérieure de la sous-cloison du nez, de chaque côté de cette ligne avec l'extrémité postérieure de l'orifice des narines, et enfin avec les joues dont il est séparé par le sillon naso-buccal.

Le bord adhérent de la lèvre inférieure est limité en bas et sur la ligne médiane par le pli mento-labial, de chaque côté par une ligne fictive allant de la commissure au pli mento-labial; cette lèvre inférieure se continue, en somme, directement avec la joue.

Le bord libre des lèvres est arrondi d'avant en arrière, un peu accidenté transversalement. Pour la lèvre supérieure on rencontre sur la ligne médiane un tubercule (situé à la partie inférieure d'un sillon qui va de la sous-cloison à la bouche, sillon naso-labial), et de chaque côté de ce tubercule une légère dépression; puis le bord redevient horizontal; pour la lèvre inférieure la disposition est inverse, creux médian, deux saillies latérales; d'où l'emboîtement réciproque des deux bords libres dans l'occlusion de la bouche; mais ces deux bords ne se recouvrent que dans leur moitié postérieure.

Les lèvres sont plus volumineuses chez l'enfant à cause d'une fonction transitoire, la succion, que chez l'adulte et le vieillard ; chez ce dernier, à la suite de la chute des dents et de la disparition des alvéoles elles deviennent trop longues et se renversent en dedans.

Elles présentent deux faces, l'une antérieure ou cutanée, l'autre postérieure ou muqueuse. La face cutanée est recouverte de duvet chez l'enfant et la femme, de poils chez l'adulte ; ils sont plus abondants à la lèvre supérieure qu'à l'inférieure.

La muqueuse de chaque lèvre, sur la ligne médiane, s'adosse à la muqueuse qui recouvre le bord alvéolaire du maxillaire correspondant, formant un repli, qui porte le nom de frein.

Sur le bord libre des lèvres, la muqueuse prend des caractères spéciaux ; elle se modifie à mesure qu'elle se rapproche du revêtement cutané dont elle a de plus en plus les caractères au moment où elle va s'unir avec la peau. Quoi qu'il en soit, muqueuse sur la face postérieure, peau, sur la face antérieure en se réunissant sur le bord libre et au niveau des commissures forment une sorte de sac qui comprend dans sa cavité, en allant d'avant en arrière, une couche musculuse et une couche glanduleuse. En résumé, quatre couches dans chacune des lèvres ; du dehors au dedans on trouve : la peau, la couche musculaire formée en avant par les muscles dilatateurs de l'orifice buccal, en arrière par le muscle orbiculaire, constricteur du même orifice, la couche glanduleuse ou mieux cellulo-glanduleuse et enfin la couche muqueuse.

Il est à remarquer que la peau des lèvres est très adhérente à la couche sous-jacente, que, renfermant un grand nombre de follicules pileux, on y voit souvent des furoncles, des anthrax ; que la muqueuse qui revêt la face postérieure des lèvres présente souvent, un aspect bosselé, dû à la saillie des glandes salivaires sous-jacentes, qu'enfin la muqueuse modifiée qui revêt le bord libre, est, comme la peau, très adhérente à la couche musculaire sous-jacente et qu'elle renferme, surtout à sa partie moyenne, des papilles très développées, séparées par des sillons profonds. L'épithélium épais qui

recouvre cette région des lèvres masque un peu cette disposition ; c'est lui qui en dégénéralant soit sur les papilles, soit dans les sillons qui les séparent, donne lieu aux formes diverses de l'épithélioma des lèvres, affection des plus fréquentes.

Il ne faut pas oublier que les lèvres renferment des artères volumineuses, branches de la faciale, ce sont les coronaires. Il y en a deux pour la lèvre supérieure, l'une droite, l'autre gauche ; il en est de même pour la lèvre inférieure. Ces artères coronaires traversent la couche musculaire pour cheminer entre elle et la couche glanduleuse, et se trouvent souvent très voisines du bord libre ; aussi quand il s'agit d'une plaie, ayant intéressé toute l'épaisseur de la lèvre, le clinicien devra-t-il se rappeler que, pour faire cesser l'hémorragie, il devra conduire, lorsqu'il pratiquera la suture, son fil jusqu'à la face antérieure de la muqueuse, de cette façon l'anse passera derrière la coronaire intéressée et quand elle sera serrée, la lumière du vaisseau sera sûrement oblitérée. Quelques artérioles venant de la sous-orbitaire, de la dentaire inférieure, de la buccale, de la transversale de la face vont aux lèvres ; elles ne méritent pas de nous arrêter.

Il ne faudra pas perdre de vue que, dans les affections inflammatoires de la lèvre supérieure, les furoncles, les anthrax surtout, la veine faciale peut être atteinte de phlébite et que cette phlébite peut gagner non seulement la veine ophtalmique, mais encore les sinus craniens. Enfin dans ces mêmes affections inflammatoires, dans les dégénérescences malignes, on devra aller palper les régions sous-maxillaires pour se rendre compte de l'état des ganglions où aboutissent les lymphatiques des deux lèvres, mais on n'oubliera pas le petit groupe sus-hyoïdien qui reçoit les vaisseaux blancs de la partie médiane de la lèvre inférieure, groupe qui se trouve dans la région sus-hyoïdienne médiane, entre le bord inférieur de la mâchoire et l'os hyoïde, et qui se compose d'un plus ou moins grand nombre de glandes, suivant les sujets.

Les lèvres et la portion intermaxillaire ou portion libre des joues ne forment en réalité qu'une même région, recouvrant les arcades alvéolaires et les dents. Cette région forme

la paroi antérieure de ce qu'on appelle le *vestibule de la bouche*; il n'existe que quand les mâchoires sont rapprochées.

La paroi postérieure est constituée par les bords alvéolaires du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur qui supportent les dents. Les limites supérieure et inférieure de ce vestibule sont formées par les culs-de-sac gingivo-buccaux, qui résultent de la réflexion de la muqueuse du bord alvéolaire sur les joues et les lèvres. Ce vestibule communique avec la cavité buccale, par un orifice qui se trouve derrière les grosses molaires supérieures et inférieures, cela de chaque côté.

C'est par le vestibule qu'on peut explorer facilement la fosse canine du maxillaire supérieur, la branche montante, l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur.

Les culs-de-sac qui le limitent en haut et en bas diminuent de profondeur dans les ostéo-périostites des maxillaires, dans les tumeurs de ces os; il ne faut jamais négliger leur exploration.

C'est en écartant la paroi antérieure du vestibule qu'on peut se rendre compte de l'état du système dentaire. Il est d'un grand intérêt de faire la numération des dents, dans certaines affections des maxillaires, surtout du maxillaire supérieur, l'absence de l'une d'entre elles (bien entendu, nous ne parlons pas des cas où on l'aurait extraite) pouvant mettre sur la voie du diagnostic. Aussi ne croyons-nous pas inutile de rappeler que le nombre des dents est de 20 lors de la première dentition; dix à chaque mâchoire, qu'il y a alors: 8 incisives, 4 canines, 4 molaires antérieures, 4 molaires postérieures, qu'elles apparaissent dans l'ordre suivant (Sappey): de 6 à 8 mois les 4 incisives internes, de 7 à 12 mois les 4 incisives externes, de 12 à 18 mois les 4 molaires antérieures, de 16 à 24 mois les 4 canines, de 24 à 36 mois les 4 molaires postérieures.

Les dents de la seconde dentition sont au nombre de 32; elles apparaissent dans l'ordre suivant. De 6 à 8 ans les deux incisives internes inférieures, de 7 à 8 ans les deux incisives internes supérieures, de 8 à 9 ans les 4 incisives externes, de 9 à 10 ans les 4 premières petites molaires, de 10 à 11 ans

les 4 canines, de 12 à 13 ans les 4 secondes petites molaires. Les secondes grosses molaires poussent de 12 à 14 ans. Quant aux troisièmes grosses molaires ou dents de sagesse, elles se montrent habituellement de 20 à 30 ans, quelquefois plus tard, enfin elles peuvent manquer. (Sappey).

On sait combien sont fréquents et parfois graves les accidents déterminés par la dent de sagesse; aussi chez un sujet de 20 à 30 ans, en présence d'une affection aiguë des maxillaires, devra-t-on toujours penser à la dent de sagesse, dernière grosse molaire.

Il faut être prévenu que l'éruption des dents ne se fait pas toujours avec la régularité indiquée plus haut, et qu'enfin il n'est pas rare de trouver des dents surnuméraires dont la présence s'explique facilement par l'existence de follicules en plus grand nombre qu'à l'état normal.

Il nous reste à dire quelques mots du menton et du nez.

La *région mentonnière* a pour limites, sur les parties latérales, la partie inférieure de la ligne oblique étendue de la commissure des lèvres au bord antérieur du muscle masséter et qui sépare la lèvre inférieure et le menton de la joue; en haut le pli mento-labial prolongé de chaque côté jusqu'à la rencontre de cette ligne, en bas le bord inférieur du maxillaire inférieur. Ainsi comprise, la région mentonnière s'étend en réalité d'un masséter à l'autre et a pour squelette le corps de la mâchoire inférieure. On y rencontre sur la ligne médiane et près du bord inférieur une dépression, plus ou moins accusée selon les individus, et qui porte le nom de fossette du menton.

La peau qui recouvre le menton couverte de poils chez l'homme adulte est, en avant des masséters, mobile sur les parties profondes; dans la région médiane elle adhère fortement aux muscles sous-jacents (houppes du menton); de sa face profonde se détachent quelques tractus qui, passant entre les fibres musculaires, vont au périoste de la mâchoire, laissant entre eux des aréoles où se trouvent quelques pelotons graisseux; cette disposition rappelle celle du cuir chevelu. Si la peau de la région médiane n'est point mobile sur les couches profondes, l'ensemble des parties molles l'est sur le squelette; entre les deux on trouve quelquefois, d'après

Richet, une bourse séreuse qui peut s'enflammer et laisser après ouverture une fistule qui simule, à s'y méprendre, une fistule osseuse.

La peau de la partie médiane du menton a le privilège inexplicable de n'être jamais atteinte par l'érysipèle.

La région mentonnaire, délimitée comme nous l'avons fait, comprend la veine et l'artère faciales au moment où elles passent devant le masséter; nous n'avons point à y revenir; mais nous ne saurions passer sous silence l'existence à leur niveau d'un ou de plusieurs petits ganglions lymphatiques qui s'enflamment assez souvent dans les ostéo-périostites du maxillaire inférieur.

L'exploration du squelette du menton, c'est-à-dire du corps de la mâchoire, est facile: 1° par le palper à travers les parties molles du menton; 2° en déprimant les téguments de la région sus-hyoïdienne, on arrive, chez un sujet sain, à bien sentir la moitié inférieure de la face interne du corps de la mâchoire, les fossettes sous-maxillaires où se trouvent non seulement la glande, mais de nombreux ganglions qui reçoivent la plupart des vaisseaux lymphatiques de la face; 3° par le toucher intra-buccal qui permet de reconnaître l'état de toute la partie supérieure de la face postérieure du corps de la mâchoire en déprimant le plancher buccal. Le palper sus-hyoïdien combiné au toucher buccal permet de se rendre compte des plus petites modifications du corps du maxillaire. Rien n'est plus facile que d'explorer cette portion de la mâchoire inférieure, il suffit d'introduire l'index de la main gauche sur le plancher buccal, le pouce de la même main reste dans le sillon gingivo-buccal explorant la face antérieure, tandis qu'avec la pulpe des doigts de la main droite, on déprime la région sus-hyoïdienne.

La forme du nez est des plus variables selon les races et même chez les individus d'une même race. Quoi qu'il en soit, on peut le comparer à une pyramide triangulaire dont la partie postérieure se confond avec le reste de la face, dont les faces latérales obliques de haut en bas et de dehors en dedans se réunissent sur la ligne médiane qui porte le nom de dos du nez. Le sommet de la pyramide répond à la région intersourcilière et plus particulièrement au sillon

naso-frontal (il n'existe pas toujours, dans la race grecque en particulier); on lui donne le nom de racine du nez. La base de la pyramide est cette partie qui surplombe la lèvre supérieure; elle présente les orifices inférieures des narines séparées l'une de l'autre par une bande cutanée appuyée sur un squelette fibro-cartilagineux, c'est la sous-cloison.

Le lobule du nez est cette partie qui termine en bas le dos de l'organe et se continue en arrière avec la sous-cloison; on désigne sous le nom d'ailes la partie inférieure des faces latérales, à cause de leur mobilité dans les mouvements respiratoires.

Le nez est recouvert par une peau fine et mobile dans sa partie supérieure, beaucoup plus épaisse au niveau des ailes où elle adhère fortement aux parties profondes; là elle présente de nombreux et gros orifices de glandes sébacées souvent oblitérés par un petit point noir. Ces glandes sont le siège d'une maladie nommée acné hypertrophique, qui donne à l'organe des proportions gênantes.

La palpation du nez permet d'y reconnaître deux parties, l'une dure, la supérieure; l'autre plutôt élastique que molle c'est l'inférieure. Cette dernière a pour squelette des cartilages qui peuvent être atteints de fracture; la première a pour charpente les os propres du nez et les apophyses montantes des maxillaires supérieurs. Nous n'avons point à décrire ces différentes parties; mais nous devons rappeler que la face postérieure des os propres du nez s'appuie, dans sa moitié supérieure, sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; aussi comprend-on qu'un traumatisme violent, appliqué sur la partie supérieure du nez, puisse s'accompagner d'une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde, d'une fracture de la base du crâne.

Nous rappellerons encore que le nez dans sa moitié supérieure ou osseuse fait partie des fosses nasales, que dans sa moitié inférieure cartilagineuse il est creusé de deux cavités: l'une droite l'autre gauche qu'on nomme narines. Ces cavités, tapissées par la peau, présentent des poils appelés vibrisses, des glandes sudoripares et sébacées; aussi y observe-t-on souvent de petits furoncles extrêmement dou-

loueux. On y voit fréquemment chez les enfants scrofuleux des croûtes jaunâtres d'une ténacité désespérante.

Chaque narine a deux orifices : l'un inférieur large, c'est celui qu'on voit à la base du nez, l'autre supérieur beaucoup plus étroit se présentant sous la forme d'une fente dirigée de dehors en dedans et d'arrière en avant, fente qu'on a comparée avec raison à l'orifice glottique. C'est le bord supérieur du cartilage de l'aile du nez qui impose cette forme, qui est la sienne, à l'orifice supérieur de la narine. Ces détails nous ont paru utiles à rappeler, car ils montrent qu'on se ferait illusion en voulant chercher à voir clair dans les fosses nasales, sans l'emploi d'un spéculum, indispensable pour la dilatation de l'orifice supérieur des narines.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA FACE

Les lésions *des parties molles de la face* sont très fréquentes.

Les plaies par instruments tranchants se diagnostiquent aisément, elles sont à bords nets avec tendance à l'écartement, elles peuvent s'accompagner de lésions du squelette sous-jacent.

Il faut bien savoir cependant, en l'absence de commémoratifs, que certaines plaies contuses sont aussi nettes que celles qui sont produites par des instruments tranchants, ce sont celles qui se font de dedans en dehors ; l'os, à arête plus ou moins vive, divise les parties molles de la profondeur à la superficie. Elles ont des sièges déterminés ; la région de l'arcade sourcilière, celles de l'os malaire, de l'arcade zygomatique, le bord inférieur de la mâchoire inférieure ; elles présentent cette particularité, signalée par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, que le périoste est toujours intéressé puisqu'il est le premier déchiré, et même plus largement que les autres tissus mous, d'où une dénudation osseuse plus ou moins étendue.

Le médecin légiste devra tenir le plus grand compte de ces faits avant de se prononcer, d'une façon définitive, sur la cause d'une plaie faciale à bords nets.

Ce n'est pas tout que de constater qu'une plaie présente

tel ou tel aspect ; il faut encore, d'après son siège, qui commandera les recherches, se demander si un organe important n'a point été lésé en même temps que les parties molles. Il faudra penser, dans les plaies de la partie moyenne de la joue, à une blessure du canal de Sténon, du prolongement antérieur de la parotide, du nerf facial. C'est l'écoulement de la salive au dehors, la formation, en un mot, d'une fistule salivaire qui révélera une plaie de la parotide ou de son canal excréteur. Comment savoir si la fistule salivaire part du canal ou de la glande ? C'est là une question importante, car si les fistules du canal sont difficilement curables, celles de la glande se cicatrisent aisément. Si la fistule part du canal, il ne s'écoulera pas de salive par la bouche ; si au contraire elle a son origine dans la glande, le liquide salivaire sortira à la fois par la plaie et par la bouche. Quand une plaie siège à la joue, on reconnaît la blessure des filets du nerf facial à la paralysie de certains groupes musculaires. On devra encore, dans le cas de lésions traumatiques des régions sous-orbitaire, mentonnière, rechercher l'anesthésie de la lèvre supérieure, de la lèvre inférieure dont l'existence indique nettement la section des nerfs sous-orbitaire, mentonnier.

Les plaies par instruments piquants sont en général profondes et atteignent les os, les cavités creusées dans leur épaisseur. Il faut toujours rechercher si elles ne contiennent pas de corps étranger (pointe de stylet, de couteau), l'emphysème indiquerait une plaie pénétrante du sinus maxillaire ou des cavités nasales.

Quant aux plaies contuses, aux contusions simples, elles ne présentent ici rien de spécial ; — toutefois, l'extrême vascularité de la face fait qu'elles s'accompagnent d'ecchymoses étendues, d'épanchements sanguins abondants.

Trop souvent les contusions de la face s'accompagnent, pour peu qu'elles soient violentes, de lésions du squelette, face et base du crâne.

Aussi devra-t-on demander au malade ou, s'il est incapable de répondre, chercher à savoir par son entourage si, après l'accident, il a eu un saignement de nez abondant, si l'hémorragie a longtemps persisté ; on devra songer, dans ce