

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

dernier cas, surtout si la lésion siège vers la racine du nez, à la possibilité d'une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne et en rechercher les signes. (Voir *Crâne*.)

Il faudra palper le gonflement facial et si on y trouve cette crépitation fine, cette sensation de mollesse qui caractérisent l'emphysème sous-cutané, on devra penser à une fracture des os propres du nez ou de la paroi antérieure du sinus maxillaire, affections que nous apprendrons à diagnostiquer dans un instant.

On fera ouvrir la bouche du malade afin de voir s'il ne présente pas de plaies sur la face interne des joues, des lèvres surtout ; ces plaies sont fréquentes et sont produites par le refoulement brusque des parties molles sur les arcades alvéolaires ou les dents ; la muqueuse buccale s'y coupe ; — on examinera les dents qui peuvent être ébranlées, cassées, les arcades alvéolaires.

Quand, après un traumatisme de la face, on constate que plusieurs dents sont mobiles, on diagnostique trop facilement une fracture du bord alvéolaire et on reste dans cette erreur parce qu'on ne saisit que les dents ; aussi faut-il, en présence de dents mobiles, prendre entre les doigts le bord alvéolaire, il ne bouge pas dans le simple ébranlement des dents, il est mobile quand il y a fracture, il est d'ailleurs déjeté en dedans, la muqueuse gingivale est déchirée, ecchymosée ; la crépitation absente dans l'ébranlement des dents existe dans la fracture du bord alvéolaire et vient lever les doutes.

En ce qui concerne la *fracture des os propres* du nez, si on trouve une déformation bien nette, une ecchymose, de la crépitation, quelquefois de l'emphysème, le diagnostic s'impose ; mais il faut se rappeler que le gonflement est des plus rapides, que la douleur est extrêmement vive lors de l'exploration. C'en est assez pour qu'une fracture des os propres du nez soit méconnue, ce qui arrive fréquemment quand il n'y a pas d'emphysème. Nous n'en voulons pour preuve que cette affirmation d'Hamilton qui dit que sur 23 cas, 14 fois le chirurgien n'avait pas reconnu la lésion. Enfin c'est ici surtout qu'il faut songer aux fractures propagées à l'étage antérieur de la base du crâne tant à cause de la disposition

des parties (les os propres s'appuient sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde) que de la violence considérable nécessaire pour fracturer les os propres du nez.

On ne peut que soupçonner les *fissures de la paroi antérieure du sinus maxillaire*, car elles ne se traduisent le plus souvent que par une douleur à la pression qui existe aussi, bien dans la contusion simple ; mais si à ce symptôme se joint de l'emphysème, le squelette du nez étant reconnu intact, si au bout de quelques jours apparaît une ecchymose sous-conjonctivale, on peut penser qu'il s'agit d'une fissure du sinus.

Nous devons dire un mot de la *fracture transversale sans déplacement du massif maxillaire supérieur*, bien étudiée par Guérin. Quand le trait est nettement transversal, les deux maxillaires supérieurs sont intéressés au même degré ; ce trait passe à 1 centimètre au-dessous de l'os malaire et intéresse, en même temps, la lame verticale du palatin, dans quelques cas il a une certaine obliquité qui fait qu'un des maxillaires est fracturé dans toute son épaisseur, l'autre ne l'est que partiellement. Cette fracture résulte le plus souvent d'un choc médian, quelquefois latéral, appliqué, sous le nez, d'avant en arrière. Si l'interrogatoire permet de retrouver ce commémoratif, si on observe une ecchymose palatine ou une phlyctène gingivale, ou les deux en même temps, si par une pression exercée en haut et en arrière du vestibule buccal et surtout sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde (voir *Exploration clinique de la cavité bucco-pharyngienne*) qui peut être mobile, on détermine une douleur vive, on pourra presque affirmer le diagnostic de fracture transversale du maxillaire supérieur. Nous disons presque, car, d'après quelques auteurs, cet ensemble symptomatique ne serait pas constant.

Les *fractures à grand fracas du massif maxillaire supérieur* se reconnaissent aisément ; bien que des lésions considérables soient possibles sans plaie, elles s'accompagnent fréquemment de solutions de continuité des téguments ou de la muqueuse buccale, palatine, ce qui rend le diagnostic encore plus facile.

Le déplacement des os, l'enfoncement de la face, la mobi-

lité anormale, la crépitation, ne sauraient laisser de doute. Il y a souvent disjonction de la suture palatine avec déchirure de la muqueuse correspondante.

Quelques malades se présentent avec un aplatissement de la joue, la saillie de la pommette a presque disparu, surtout dans sa moitié antérieure. En arrière de cette surface déprimée on reconnaît, par la vue et surtout par la palpation, une saillie osseuse sous-cutanée occupant la partie moyenne de l'arcade zygomatique; le doigt introduit dans la bouche permet de constater un effacement du sillon gingivo-buccal supérieur à sa partie postérieure, il y a assez souvent obstruction de la fosse nasale correspondant au côté traumatisé, on observe de l'anesthésie au niveau de la joue, de la lèvre supérieure, dans la sphère du nerf sous-orbitaire, anesthésie le plus souvent passagère, mais qui peut persister; on apprend enfin que la lésion résulte d'un coup violent porté sur l'os jugal; le diagnostic s'impose, il s'agit d'une *fracture de l'os maxillaire supérieur, par enfoncement de l'os malaire*, après fracture de l'apophyse zygomatique.

Les *fractures du maxillaire inférieur* siègent sur le corps, les branches montantes, les condyles.

Les fractures du corps sont de beaucoup les plus fréquentes. Quand elles sont complètes avec rupture du périoste, uniques, doubles ou multiples, leur diagnostic est facile. Toutefois on ne les reconnaît guère à la simple inspection de la face à cause du gonflement des parties molles; il faut faire ouvrir la bouche au malade et alors : l'irrégularité de l'arcade dentaire, le déplacement des fragments suivant la hauteur, suivant l'épaisseur, la crépitation, perçue par le malade lorsqu'il cherche à mouvoir le maxillaire, par le chirurgien au moindre mouvement passif qu'il imprime aux fragments, permettent d'affirmer la fracture, presque toujours ouverte, par suite de la déchirure de la muqueuse qui recouvre l'os.

Dans quelques cas cependant le déplacement est presque nul, chez les enfants surtout par suite de la conservation du périoste, chez l'adulte aussi à cause de l'engrènement des fragments qui n'est pas rare au maxillaire inférieur; le diagnostic devient alors plus délicat; mais on peut l'établir assez facilement encore, en promenant un doigt sur la face posté-

rieure de l'os ou sur sa face antérieure dans le sillon gingivolabial, la pression révèle alors une douleur très vive, toujours au même point; elle attire l'attention; si alors on saisit entre les pouces appliqués sous le bord inférieur du corps de la mâchoire et les index appliqués sur l'arcade dentaire, en avant des branches montantes, chacune des deux moitiés du maxillaire, et qu'on cherche à leur imprimer des mouvements alternatifs de haut en bas et de bas en haut, on perçoit dans la plupart des cas un peu de mobilité anormale qui s'accompagne de crépitation et le diagnostic est certain. Cette manœuvre doit être faite avec de grands ménagements pour ne pas déchirer la muqueuse gingivale ou accroître ses lésions.

Si, après l'avoir exécutée, la crépitation n'a pas été perçue, il est impossible d'affirmer la fracture. On a signalé des fractures incomplètes, d'ailleurs extrêmement rares, portant soit sur la table externe, soit sur la table interne, il ne nous paraît pas possible de les différencier de la contusion.

Les fractures du corps du maxillaire s'accompagnent quelquefois de déchirure du nerf dentaire inférieur, l'anesthésie de la lèvre inférieure permettra de faire le diagnostic de cette complication immédiate, qui peut être, plus tard, la cause de névralgies rebelles.

Le clinicien ne devra pas oublier que les fractures du corps du maxillaire inférieur sont le plus souvent des fractures ouvertes par déchirure de la muqueuse d'où une ostéo-périostite possible, des signes de septicémie résultant de la déglutition des produits morbides venant du foyer de la fracture, l'apparition d'un phlegmon sus-hyoïdien, consécutif à la stomatite, qui se montre toujours d'une façon plus ou moins intense. En résumé, il ne suffit pas d'établir simplement le diagnostic de la fracture; il faut encore savoir reconnaître ses complications, les prévoir.

Les *fractures de la branche montante* veulent être cherchées, car le masséter qui recouvre sa face externe, le ptérygoïdien interne qui s'insère largement sur sa face interne empêchent le déplacement. Une douleur vive au point intéressé, avec quelque gêne des mouvements de la mâchoire, sont les seules signes observés et appartiennent aussi bien à

la contusion simple. Si, en refoulant en haut l'angle de la mâchoire correspondant au côté douloureux, en exerçant une pression latérale sur les deux angles, on détermine une douleur vive, toujours au même point, il y a de grandes probabilités pour la fracture. Elle ne peut être affirmée que si, en saisissant d'une part entre deux doigts d'une main dont l'un est introduit dans la bouche, la branche montante; d'autre part, avec l'autre main, le corps de la mâchoire, et en leur imprimant quelques mouvements, on perçoit de la crépitation.

Il arrive, quelquefois, qu'à la suite d'un coup de poing appliqué sur le maxillaire inférieur, de l'extraction brutale d'une dent, de violences faites pour écarter les maxillaires, chez les aliénés par exemple, que même sans traumatisme, à la suite d'un acte physiologique tel que le bâillement, le rire, le vomissement, la bouche ne puisse plus se fermer. Le visage du malade exprime un étonnement mêlé de crainte, les arcades alvéolaires sont écartées, le plus souvent le menton est porté en avant, la face est allongée, les joues aplaties, la région de la tempe tendue douloureuse de même que les masséters. La salive s'écoule en abondance par les commissures labiales, le palper dans le vestibule buccal permet de reconnaître l'abaissement de l'apophyse coronéide portée en avant. Il y a une dépression anormale en avant du tragus et plus en avant on reconnaît une saillie qui se meut avec le maxillaire qui peut encore exécuter de très légers mouvements.

La mastication est impossible, la déglutition, la phonation gênées.

Le diagnostic de l'affection s'impose; il s'agit d'une *luxation bilatérale du maxillaire inférieur en avant*.

Si maintenant on se trouve en présence d'un malade ayant encore un écartement modéré des mâchoires, mais avec le menton dévié latéralement, un abaissement de la commissure labiale, une joue creusé du côté de cette déviation, une joue tendue du côté opposé et que, de ce même côté, on constate une dépression en avant du tragus et, en avant de cette dépression, une saillie mobile avec le maxillaire inférieur, il s'agit encore d'une luxation de la mâchoire, mais d'une

*luxation unilatérale*. On a comparé dans ce cas l'aspect du visage à celui du chanteur de village.

Est-il possible de confondre les luxations du maxillaire inférieur avec quelque autre lésion? Oui.

D'abord avec ce qu'on appelle improprement la luxation du maxillaire inférieur en arrière. Il s'agit ici d'une *fracture de la paroi postérieure de la cavité glénoïde ou mieux de la paroi antérieure osseuse du conduit auditif externe*, avec pénétration consécutive du condyle dans cette cavité; la lésion est ordinairement unilatérale; elle peut être bilatérale.

Comme dans la luxation, la bouche reste entr'ouverte, il y a une dépression en avant du tragus à la place du condyle. Ce qui permet de faire le diagnostic, c'est l'examen du conduit auditif externe, on le trouve obstrué par une saillie dont le stylet permet de reconnaître la consistance osseuse, grâce à la déchirure, à l'éclatement de la peau; de plus, cette saillie est mobile avec la mâchoire inférieure. Enfin il existe une otorrhagie plus ou moins abondante qui s'arrête en général assez promptement, elle a sa source dans les parties molles du conduit. Le plus souvent, la fracture du conduit auditif osseux résulte d'une chute sur le bord inférieur du maxillaire, il faudra donc rechercher ce commémoratif en même temps que la trace de la contusion au niveau du bord inférieur de la mâchoire.

Nous avons signalé plus haut la *fracture du condyle du maxillaire inférieur; elle porte le plus souvent sur le col*. Le condyle fracturé est presque toujours déplacé, le ptérygoïdien externe l'entraîne en haut, en dedans et en avant. Ici encore, on constate de la gêne des mouvements de la mâchoire, une douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, enfin une dépression préauriculaire. Cette dépression est, dans la fracture du col du condyle, surmontée par une saillie formée par le condyle, mais cette saillie contrairement à ce qui se passe dans la luxation, ne suit pas les mouvements du maxillaire; ce signe permet d'établir le diagnostic.

Il y a aussi dans la fracture du col du condyle déviation du menton, mais cette déviation, d'après Ribes, se ferait du

côté de la lésion et non du côté opposé, comme dans la luxation unilatérale. Toutefois ce signe n'est pas absolu.

Nous ne signalons que pour mémoire la contracture des abaisseurs de la mâchoire, des muscles d'une moitié de la face, affections qui ont pu en imposer pour une luxation de la mâchoire inférieure.

Signalons, en terminant, ce qui a trait aux lésions traumatiques du maxillaire inférieur, la *fracture isolée de l'apophyse coronoïde* qu'on reconnaît en introduisant le doigt dans le vestibule buccal en regard de la tubérosité maxillaire, il permettra de constater la douleur, la mobilité anormale, la crépitation, peut-être un léger degré d'écartement des surfaces fracturées, bien que cet écartement paraisse à peu près impossible si on se rappelle que le tendon du temporal engage, pour ainsi dire, surtout à sa face interne, l'apophyse coronoïde.

On a nettement constaté, dans les autopsies, la fracture verticale antéro-postérieure du condyle du maxillaire; il nous paraît à peu près impossible d'en faire le diagnostic au lit du malade.

#### DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DE LA FACE

La face, point de centralisation des organes des sens, a été divisée pour la facilité de son étude en départements multiples tels que l'orbite et l'œil, le nez et les fosses nasales, les joues et la cavité buccale.

Beaucoup de ces régions sont aujourd'hui du ressort de ce qu'on appelle la spécialité et ne peuvent prendre place dans un manuel de diagnostic. Nous ne nous occuperons donc de la face que dans ses rapports avec la chirurgie générale. Nous ferons d'abord l'étude de la *face proprement dite* (parties molles et squelette), nous traiterons ensuite de l'orbite et nous terminerons par la *cavité bucco-pharyngienne* où nous passerons en revue le diagnostic des maladies de la langue, du plancher de la bouche, du pharynx, du voile du palais et des amygdales.

**Affections organiques de la face proprement dite.** — Nous

diviserons, comme toujours, les affections organiques de la face en affections aiguës et affections chroniques.

**Affections aiguës.** — Elles ne présentent rien de bien particulier. Signalons toutefois les accidents causés par l'*évolution de la dent de sagesse*. Ils ont une physionomie particulière, retentissent immédiatement sur la région sus-hyoïdienne et leur diagnostic trouvera sa place en même temps que les adéno-phlegmons sous-maxillaires.

Les parties molles de la face sont le siège d'abcès et de lymphangites qui se comportent ici comme ailleurs. Cependant il importe de rappeler que les furoncles et les anthrax de cette région sont susceptibles de déterminer une phlébite des sinus par propagation de l'infection. Aussi devra-t-on avoir l'attention éveillée sur cette éventualité possible et savoir reconnaître de bonne heure cette complication, qui grâce à l'antiseptie devient de plus en plus rare.

**Affections chroniques.** — Pour la facilité du diagnostic, elles doivent être divisées en deux classes, les affections qu'on rencontre, dans les parties molles celles beaucoup plus importantes qui ont pour siège et pour point de départ le squelette.

a) *Maladies des parties molles.* — Les téguments de la face peuvent présenter les affections chirurgicales banales qu'on rencontre dans toutes les autres régions; elles y revêtent les mêmes caractères et il n'y a pas lieu d'y insister; mais il en est d'autres qui par leur fréquence et leur nature ont un aspect particulier et dont le diagnostic doit nous arrêter. Ce sont d'abord les angiomes faciles à reconnaître ordinairement à leur coloration plus ou moins rouge.

On distinguera aisément leurs différentes variétés, savoir :  
1° La *tumeur érectile cutanée*, qui peut être pédiculée ou non et qui offre toujours une couleur rouge plus ou moins vive;

2° L'*angiome sous-cutané*, situé plus profondément au-dessous de la peau et qui se présente sous l'aspect d'une tumeur généralement peu saillante, ayant la mollesse du lipome, souvent dépressible et imparfaitement réductible, augmen-