

de la masse kystique, peut évoluer dans diverses directions. Chez le sujet de Gilles, elle occupait la joue, au-dessous de la ligne allant de la commissure au tragus; chez celui de Lafont et Nepveu, elle envahissait le plancher buccal; chez ceux de Faucon, de Lannelongue, elle proéminait à la région antérieure du cou. C'est une masse de consistance inégale, par places de dureté osseuse, par places molle et même fluctuante.

Cette tumeur peut subir après la naissance une augmentation de volume, par accroissement des kystes, et dans le cas de Gilles, elle est devenue assez grosse pour provoquer des phénomènes dyspnéiques. Dans le cas de Faucon, elle était assez lourde pour que dès la naissance l'articulation temporo-maxillaire fût luxée; et plus tard elle s'est accrue en même temps que ses kystes s'enflammaient et s'ouvraient à l'extérieur en des fistules rebelles, tandis que ses dents faisaient éruption en perforant la peau.

Pendant la vie intra-utérine, la tumeur était assez volumineuse, dans le cas de Lafont et Nepveu, pour avoir causé des accidents de dystocie.

Une masse morbide semblable n'est pas sans troubler autour d'elle le développement; ainsi Faucon, Lannelongue, ont vu la polygnathie associée à la fissure congénitale de la mâchoire inférieure et à des altérations de la région antérieure du cou. Mais tandis que, dans le cas de Lannelongue, la fissure osseuse était bien médiane, c'est-à-dire due à un arrêt de développement, dans celui de Faucon elle était latérale, c'est-à-dire d'ordre purement mécanique.

**Traitement.** — Si j'ai consacré quelques lignes à ces malformations, c'est qu'elles sont, parfois au moins, justiciables de la chirurgie. Lorsque le sujet est né viable, l'ablation est possible: elle a été pratiquée avec succès par Faucon (de Lille), par Chevalier (de Provins) et déjà anciennement par Gilles. Gilles avait opéré en plusieurs séances; Chevalier a agi de même et il a commencé dès le troisième jour après la naissance, puis a continué au bout de cinq semaines. Il sera souvent indiqué, si la tumeur ne gêne pas la succion, la déglutition, la respiration, de ne pas opérer dès la naissance, mais d'attendre que l'enfant ait acquis quelque résistance, car l'opération sera quelquefois laborieuse, intéressera le squelette et donnera du sang. Mais il est impossible de donner une règle précise et il n'y a aucune parité à établir entre les tumeurs largement adhérentes au squelette et celles qui lui sont unies seulement par un pédicule fibreux.

## FACE, LÈVRES, CAVITÉ BUCCALE GENCIVES, LANGUE, PALAIS ET PHARYNX

Par le D<sup>r</sup> A. BROCA

Chirurgien des hôpitaux. — Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

### CHAPITRE PREMIER

#### MALADIES DE LA FACE

La face se subdivise en plusieurs régions, à chacune desquelles est consacré un chapitre, et même une partie de cet ouvrage. Mais quelques généralités sont utiles, surtout pour l'étude des lésions traumatiques.

BÉRARD (A.), art. FACE du *Dict. en 30 vol.*, Paris, 1855, t. XII, p. 525. — LE DENTU, art. FACE du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1871. — WEBER (O.), *Handbuch von Pittha und Billroth*, t. III, fasc. 1, 5<sup>e</sup> partie, p. 86, 1875. — SERVIER, art. FACE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1877. — TRENDELENBURG, *Deutsche Chir. von Billroth und Lücke*, livr. XXXIII, Stuttgart, 1886, p. 52. — JAMAIN et TERRIER, *Manuel de pathologie externe*, 5<sup>e</sup> éd., par Terrier, Broca et Hartmann, Paris, 1887, t. III, p. 550 (bibliographie).

#### I

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les parties molles seules seront envisagées ici, car les lésions traumatiques des maxillaires sont déjà décrites<sup>(1)</sup>.

#### A. — CONTUSIONS

Les contusions sont fréquentes, chez les enfants surtout, qui tombent à chaque instant. Elles ont pour siège de prédilection les régions saillantes: rebord orbitaire, os malaire, nez, menton. Lorsque le plan osseux est superficiel, l'épanchement sanguin se collecte en une bosse, comme au cuir chevelu. Dans les points où les tissus sont lâches, il s'infiltré et il y a un gonflement considérable, mais qui cesse rapidement, et l'ecchymose disparaît ensuite en passant par ses couleurs habituelles.

<sup>(1)</sup> Voy. t. IV, p. 759.



Le traitement est à peu près nul. On peut écraser les bosses sanguines et appliquer quelques compresses humides antiseptiques sur la peau, souvent un peu excoriée, des parties contuses.

## B. — PLAIES

**Variétés.** — Les plaies de la face sont produites par des instruments piquants, tranchants, contondants et par des armes à feu.

1° Pour les *plaies par instrument piquant*, la seule particularité digne de remarque est la pénétration possible de la pointe dans une cavité où elle se brise : ainsi dans le sinus maxillaire, l'orbite, le crâne.

2° Les *plaies par instrument tranchant* sont dues à des coups de couteau ou de sabre, à des chutes contre un vitrage ou sur des débris de verre. Dupuytren semble avoir exagéré leur tendance à l'écartement. Boyer signale, à la joue surtout, l'interposition fréquente de pelotons adipeux, qu'il faut réséquer ou réduire si l'on veut que la suture soit exacte. L'abondance des nerfs de la région explique que ces plaies soient fort douloureuses. Vu la richesse vasculaire de la face, l'hémorragie est souvent notable : mais on en vient facilement à bout. Les lésions du squelette sont moins fréquentes que par les piqûres ; quelquefois il existe sur les os des sillons superficiels qui n'ont aucune importance.

Les coups de sabre, plus rares ici qu'au crâne, détachent parfois complètement des parties saillantes, ainsi qu'il a été dit pour le nez, pour l'oreille<sup>(1)</sup>. On a observé de même l'abrasion de la pommette, du menton. A un degré moindre, le lambeau, quelquefois énorme, comprenant ou non des lames osseuses, reste adhérent par sa base inférieure, et dans les œuvres de Ravaton, de Dominique Larrey, on trouvera des exemples où pendait au-devant du menton un lambeau formé par le nez, la lèvre supérieure et une étendue variable de la voûte palatine. Ces plaies, d'ailleurs, sont fort contuses, car le sabre y agit par son poids au moins autant que par son tranchant.

3° Les *plaies par instruments contondants* présentent deux variétés, d'aspect bien différent.

Les unes sont produites de dedans en dehors, dans les régions où le squelette est superficiel et saillant. Le fait est fréquent pour le rebord orbitaire. Il s'observe de même au niveau de la pommette, du bord inférieur du maxillaire inférieur. En regard des dents, il y a quelquefois plaie de la muqueuse et simple contusion de la peau. Ainsi, c'est l'os sous-jacent qui est le véritable instrument vulnérant, et cela explique comment ces plaies, faites par un rebord osseux tranchant, ont souvent l'aspect de coupures, fait important à connaître pour certaines expertises médico-légales.

Les plaies produites de dehors en dedans sont plus fréquentes. La plupart du temps, elles sont banales, et il n'y a à signaler que leur grande tendance à la guérison. Lorsque la cause vulnérante est intense, et ici il faut citer les coups de pied de cheval, les délabrements squelettiques sont la règle. Au fond de ces plaies contuses, dit O. Weber, les nerfs, surtout le frontal et le mentonnier, sont souvent ménagés et comme disséqués. Les coups de pied de cheval peuvent créer de véritables arrachements avec formation d'un lambeau rabattu en bas et

<sup>(1)</sup> Voy. t. III, p. 774.

comprenant une grande partie du masque. De Lamotte en a observé autant à la suite d'une chute sur une masse de bois.

De ces *arrachements* on peut rapprocher ceux qui accompagnent les *morsures* d'animaux, de chien surtout : il y a deux plaies, qui correspondent aux arcades dentaires de l'animal et sont arrachées chacune en sens inverse. A un degré plus avancé, il y a arrachement complet et perte de substance. Lindemann a vu un homme chez qui une morsure de cheval avait arraché la lèvre inférieure avec déchirures profondes des joues.

4° Les *plaies d'armes à feu* des parties molles seules sont exceptionnelles. Je citerai, à titre de curiosité, l'histoire d'un officier allemand qui eut les deux joues perforées de part en part, les rebords alvéolaires restant intacts, par une balle qui le frappa au moment où, la bouche largement ouverte, il poussait un victorieux hurrah !

C'est d'une arme à feu que sont partis les grains de plomb qui, lorsque le coup est tiré à distance, s'arrêtent dans les parties molles ou n'atteignent le squelette que d'une manière insignifiante. Mais ce n'est pas là, à vrai dire, des plaies d'armes à feu.

Presque toujours il y a lésion simultanée des parties molles et du squelette, et, contrairement à ce qu'on observe aux membres, les lésions des parties molles ne perdent pas leur importance en regard de celles du squelette.

Il y a deux catégories de coups de feu : les uns sont tirés à distance, les autres à bout portant.

Les coups de feu tirés à distance sont la règle en guerre. Ils ont pour projectiles des balles, des biscaïens, des éclats d'obus. Je n'insisterai pas sur les désordres étendus et variés des gros projectiles ; sur les fractures esquilleuses produites par les balles, au maxillaire inférieur surtout, car le maxillaire supérieur, spongieux, se laisse parfois perforer sans grand éclatement ; sur les fractures des arcades alvéolaires. La balle, une fois arrivée dans la bouche, ressort de l'autre côté en brisant de nouveau les dents et le rebord alvéolaire ; et quelquefois, entraînant des fragments osseux et dentaires, elle détermine plusieurs orifices de sortie. Lorsque ces divers projectiles ont une direction antéro-postérieure, ils vont souvent jusque dans l'axe cérébro-spinal causer des lésions mortelles. Mais lorsque leur direction est transversale ou oblique, ils se bornent, dans la majorité des cas, à des délabrements de la face ; délabrements quelquefois énormes, dont on trouvera des exemples dans les livres des chirurgiens militaires, et je mentionnerai en particulier le blessé, soigné par Legouest, qui avait perdu de la sorte toute la face sauf les deux yeux.

Les coups de feu tirés à bout portant, que l'arme soit chargée à plomb ou à balle, résultent presque toujours de tentatives de suicide. Les bords de la plaie sont brûlés, criblés de grains de poudre incrustés qui, après guérison, persistent sous forme de tatouage. A cela se joignent des lésions produites par la balle et des éclatements dus à la déflagration de la poudre. Ces lésions sont un peu différentes selon que le suicidé s'est mis le canon de l'arme dans la bouche ou sous le menton.

Les coups de feu tirés dans la bouche sont assez fréquents<sup>(1)</sup>. Le projectile suit un trajet très varié. Si l'arme était tenue bien verticale sous le palais, l'atteinte de la base du crâne serait certaine. Mais le fait est assez rare, comme

<sup>(1)</sup> KOEHLER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1885-1886, t. XXIII, p. 581.



le fait remarquer Boyer. Lorsque le sujet use d'un revolver ou d'un pistolet, par réflexe il a coutume de renverser la tête en arrière. Lorsqu'il emploie un fusil, qu'il fait partir avec le pied après avoir enlevé le pontet, d'habitude il incline la tête en avant. Toutes les directions sont d'ailleurs possibles. Dans certains cas, la mort est immédiate, la balle allant couper le bulbe, la moelle cervicale; d'autres fois, le projectile laboure la partie antérieure de la face, faisant sauter la lèvre supérieure, la voûte palatine et le nez. La balle s'arrête encore à la nuque, dans les corps vertébraux, dans les sinus de la face, etc. Mais la balle ici n'est pas seule en jeu : les gaz produits en quantité énorme par la combustion de la poudre font éclater la cavité buccale, et les lésions ainsi produites sont au moins aussi importantes que les précédentes. Si bien que les accidents ne diffèrent guère lorsque l'arme est chargée à blanc : il n'est pas rare, dit Legouest, que dans les suicides au pistolet la balle tombe fortuitement, et souvent on ne s'en douterait pas à voir la plaie. Inversement, lorsque la charge de poudre est faible, les délabrements sont volontiers médiocres : et, par exemple, dans un fait de Hernu<sup>(1)</sup> tout se borna à une perforation palatine, quoique l'arme contint plusieurs chevrotines. La cavité buccale est brûlée, noircie, incrustée de grains de poudre, la langue et le voile du palais sont déchirés, des fissures se prolongent au loin dans le pharynx; et d'après les remarques de Dupuytren, la brûlure de ce dernier organe se traduit par une sensation de corps étranger. Les joues, les lèvres, la région sus-hyoïdienne sont déchiquetées et repoussées en dehors. Le maxillaire inférieur est fracturé, généralement sans perte de substance; le massif maxillaire supérieur est au contraire dilacéré avec perte de substance esquilleuse.

Ces lésions sont certainement très graves, mais bien des sujets manquent leur but : la balle ne va léser aucun organe essentiel à la vie et les délabrements de la face guérissent.

Le suicide manque plus souvent encore dans les coups de feu tirés sous le menton, car l'arme est en général verticale tandis que le blessé renverse la tête en arrière. De la sorte, la lèvre inférieure et le corps du maxillaire inférieur sont emportés; par contre, les lésions du massif maxillaire supérieur et surtout l'éclatement des parties molles sont moindres que par les coups de feu tirés dans la bouche.

Lorsque l'axe cérébro-spinal est respecté par la balle, lorsque les fissures n'irradient pas à la boîte crânienne, ces sujets sont encore exposés à l'œdème de la glotte, aux complications septiques, etc. Mais ils guérissent parfois d'une manière étonnante, au prix d'une horrible difformité, il est vrai.

Au reste, c'est là un fait général dans les plaies contuses de la face : leur pronostic est relativement bénin, si bien que pendant la guerre d'Amérique, avant l'emploi de l'antisepsie par conséquent, 998 plaies d'armes à feu ont fourni 891 guérisons et 107 morts.

**Complications.** — Les complications des plaies de la face sont de deux ordres : 1° immédiates; 2° secondaires.

1° **COMPLICATIONS IMMÉDIATES.** — Ces complications sont dues soit à la lésion de certains organes spéciaux, soit à la présence de corps étrangers.

Les corps étrangers sont ici ce qu'ils sont partout : les accidents qu'ils provoquent sont surtout des accidents d'inflammation secondaire.

(1) HERNU, *Journal de chir. de Desault*, Paris, 1792, t. III, p. 256.

Parmi les complications relevant de certaines lésions spéciales, il en est qui ont été ou seront décrites séparément. Ainsi l'emphysème, lorsque sont fracturés les fosses nasales ou les sinus<sup>(1)</sup>. Ainsi les plaies du canal de Sténon<sup>(2)</sup>.

La commotion cérébrale existe quelquefois, mais les auteurs du *Compendium* exagèrent sa fréquence. L'absence des phénomènes cérébraux est souvent remarquable après un trauma très violent de la face, et on a cherché à l'expliquer par la facilité avec laquelle se laissent écraser les os si spongieux du massif maxillaire supérieur, par l'épuisement rapide de la force vulnérante dans les sutures multiples.

Les sections nerveuses se traduisent par leurs phénomènes habituels d'anesthésie et de paralysie motrice.

L'hémorragie est toujours abondante, et cela se conçoit vu la grande vascularité de la région. En général elle s'arrête vite, car les artères sont ici petites et très musculaires; d'autre part, Le Dentu pense que les veines sont pour beaucoup dans la perte de sang. La blessure de troncs un peu volumineux, tels que la faciale, la temporale, est plus sérieuse. Mais ce qui est surtout grave, c'est la lésion des artères profondes, de la maxillaire interne, de la vertébrale même, car le sang s'écoule dans la bouche sans que, dans bien des cas, on sache trop d'où il vient, et à ces profondeurs l'intervention chirurgicale est malaisée.

Dans les plaies par armes à feu, l'hémorragie est très variable. Tantôt elle est insignifiante, tantôt elle est assez abondante pour provoquer la syncope. Dardignac l'a vue se prolonger pendant plusieurs jours sous forme de suintement; quelquefois même on observe des hémorragies à répétition, pour lesquelles Dupuytren, Marjolin, M. Raynaud ont lié la carotide primitive.

2° **COMPLICATIONS SECONDAIRES.** — La majorité de ces complications sont d'ordre septique et ne présentent que peu de particularités propres à la région.

Le gonflement inflammatoire peut, en gagnant la langue et le pharynx, causer des accès de suffocation. Il empêche, en outre, la déglutition, et est une indication à l'alimentation par une sonde nasale.

Le *tétanos céphalique*, propre aux plaies de la face, a été déjà décrit<sup>(3)</sup>.

Les esquilles osseuses sont souvent atteintes d'ostéite, d'où des cals volumineux, exubérants; et ces cals enserrant quelquefois des filets nerveux, d'où des névrites, avec névralgies plus ou moins rebelles. Des névralgies analogues ont été constatées après des plaies contuses, des piqûres, des sections des nerfs de la face, par exemple, dans des cas de Petit, Brandi, Benivieni, après des ablations de tumeurs de la joue; mais les faits de ce genre sont exceptionnels lorsque la plaie n'a pas suppuré. Les nerfs moteurs traduisent leur irritation par des crampes et contractures.

A côté de ces accidents, je signalerai les *contractures réflexes* sur lesquelles S. Duplay, F. Terrier, Dumollard (de Vizille), Nicolaysen ont attiré l'attention. Ces contractures, nées après une plaie de la face ou du cuir chevelu, occupent la moitié correspondante de la face et gagnent les muscles masticateurs; dans le fait de F. Terrier, la participation de la branche externe du spinal s'est tra-

(1) Voy. t. IV, p. 588.

(2) Voy. t. V, p. 260.

(3) Voy. t. I, p. 247.



duite par du torticolis<sup>(1)</sup>. Le pronostic de ces accidents est bénin, et ils sont probablement de nature hystérique.

La cicatrisation une fois achevée, on reste souvent en présence de la constriction des mâchoires, avec ses diverses variétés, des ectropions des paupières ou des lèvres, de l'atrésie buccale, etc.

**Traitement.** — Avec Le Dentu, on peut dire que le traitement comporte trois indications : 1° arrêter le sang ; 2° extraire les corps étrangers ; 3° réunir la plaie.

1° On se rend facilement maître de l'hémorragie fournie par les artères superficielles : il est aisé de lier les deux bouts dans la plaie. Cela est même inutile, et je pense avec O. Weber que, presque toujours, la suture suffit pour assurer l'hémostase, voire celle de la faciale et de la temporale. D'autant mieux que, ces artères reposant sur un plan osseux, le pansement exerce aisément sur elles une compression efficace. La conduite est plus délicate lorsque le sang vient des vaisseaux profonds : cependant aujourd'hui, on réussit bien en général, grâce à la forcipressure et au tamponnement antiseptique. On laisse les pinces à demeure lorsque la profondeur est telle que la pose d'une ligature est impossible. On évitera avec grand soin l'emploi des styptiques, du perchlorure de fer en particulier.

Quelquefois on ne peut parvenir de la sorte à l'hémostase primitive ; ou bien il se déclare des hémorragies secondaires à répétition. On commencera alors par lier à distance le tronc principal d'où on supposera que vient le sang : la faciale, par exemple, ou la linguale. Si cela ne suffit pas, on s'adressera aux troncs carotidiens. Autrefois, on recourait à la ligature de la carotide primitive, pratiquée par Ch. Collier, Morton, Dupuytren, M. Raynaud. Mais maintenant il est admis que la ligature de la carotide externe est l'opération de choix : elle est plus efficace et moins grave.

2° L'extraction des corps étrangers doit, en principe, être pratiquée lorsqu'elle est facile, lorsqu'elle ne nécessite pas de grands débridements. Mais les chirurgiens militaires ont exagéré un peu l'application de ce principe. Les observations où les corps étrangers sont bien tolérés, pour un temps tout au moins, ne se comptent plus, et l'on admet en général, précepte déjà donné par Boyer, par A. Bérard, qu'il ne faut pas abuser des recherches pour la constatation et l'extraction immédiates des corps étrangers ; quitte à pratiquer l'extraction secondaire à la moindre menace de complication inflammatoire.

3° La réunion immédiate est de toute rigueur pour les plaies non contuses. Autrefois on a beaucoup disserté sur les avantages respectifs de la suture sèche ou de la suture sanglante. Les débats sont clos et tout le monde admet que la méthode de choix est la suture sanglante. La plupart du temps, on fait la suture à points séparés, mais pour éviter la marque des trous de l'aiguille, on doit plutôt faire ici une suture intradermique avec un catgut fin. Dans la pose de ces points de suture, on aura toujours soin, chaque fois qu'un bord cutanéomuqueux sera intéressé, de commencer par réunir ce bord, de façon à restituer le mieux possible la forme des lèvres, des paupières.

Les plaies contuses à lambeaux reprennent d'une manière remarquable, ce

<sup>(1)</sup> S. DUPLAY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 591. — F. TERRIER, *Ibidem*, p. 592. — NICOLAYSEN, *Norsk. mag. f. Lægevid.*, t. IX, p. 580, d'après *Schmidt's Jahrbücher*, 1880, t. CLXXXV, n° 1, p. 27. — SEREINS, Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 445.

qui tient à la vascularité considérable des tissus de la face. Lorsque les bords sont très mâchés, on les avive et on les suture. Le même conseil était donné par Larrey père pour les plaies d'armes à feu. Mais ici la contusion est intense et l'avivement nécessite des sacrifices assez larges. Or, pour réduire au minimum les difformités ultérieures, il faut réduire au minimum les pertes de substance. A cet effet, les auteurs modernes sont d'accord pour ne rien retrancher primitivement. On rapproche les parties autant que possible à l'aide du pansement, en mettant quelques points de suture aux endroits les moins meurtris ; on draine soigneusement et on laisse l'élimination des parties sphacélées se faire spontanément. Après quoi on a recours à la suture secondaire, après avivement des surfaces bourgeonnantes, aux diverses autoplasties.

#### C. — BRULURES ET FROIDURES

1° **Brûlures.** — Les quelques points un peu spéciaux de l'étiologie des brûlures faciales ont été exposés déjà à l'article BRULURES DES PAUPIÈRES<sup>(1)</sup>. En effet, ces brûlures sont graves surtout par les cicatrices qu'elles laissent, et les paupières sont le siège principal de ces difformités. Elles n'en sont pas toutefois le siège exclusif, et il faut se souvenir aussi de l'occlusion de la narine, de la constriction des mâchoires<sup>(2)</sup>, de l'ectropion labial<sup>(3)</sup>. Si, ce qui n'est pas rare, le cou est brûlé en même temps que la face, le menton est attiré vers la poitrine et tout le visage le suit, les parties molles glissant de plusieurs centimètres sur les os sous-jacents.

2° **Froidures.** — A la face il existe des parties saillantes, l'oreille et le nez surtout, susceptibles d'être le siège d'engelures. Dans les pays froids, la véritable gelure s'observe, capable d'aller jusqu'à la gangrène. Pour éviter cette gangrène, il faut éviter de réchauffer trop vite, devant un foyer, par exemple, la partie ischémisée ; un des meilleurs moyens de réchauffement lent consiste dans les frictions, et dans les pays froids on a coutume, paraît-il, de les faire avec de la neige.

Après les froidures, au nez surtout, il reste quelquefois une teinte violacée persistante, contre laquelle Riedinger, Trendelenburg recommandent les injections sous-cutanées d'ergotine.

#### II

#### LÉSIONS INFLAMMATOIRES ET ULCÉREUSES

L'étude des lésions inflammatoires de la face sera d'une brièveté extrême.

La gangrène sera étudiée plus loin<sup>(4)</sup>.

Pour l'érysipèle, le furoncle et l'anthrax avec leurs complications de phlébite, lymphangite ou phlegmon diffus, l'étude générale suffit<sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Voy. t. IV, p. 569.

<sup>(2)</sup> Voy. t. IV, p. 874.

<sup>(3)</sup> Voy. t. V, p. 105.

<sup>(4)</sup> Voy. NOMA, p. 115.

<sup>(5)</sup> Voy. t. I, pp. 209 et 554.