

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.

Les *phlegmons* et *abcès* sont presque tous d'origine dentaire et liés à des ostéo-périostites des mâchoires<sup>(1)</sup>. J'en dirai autant de la *fluxion*.

Les diverses variétés de *tuberculose cutanée* ne présentent ici aucune particularité digne d'être notée. Je signalerai seulement la fréquence des ulcérations, des gommés tuberculeuses de la joue, reposant sur un petit ganglion génien, et souvent très rebelles jusqu'au moment où on extirpe ce ganglion. La *tuberculose osseuse* des mâchoires est étudiée p. 797, celle de l'os malaire n'est intéressante qu'en raison de l'ectropion consécutif<sup>(2)</sup>.

Le *chancre mou* de la face a été nié par Ricord et plusieurs autres syphili-graphes. Mais si l'on peut contester les observations de Devergie, Diday, Venot, les expériences de Bassereau, de Nadaud des Islets sont probantes et les faits cliniques de O. Weber, Kaposi, Trendelenburg semblent démonstratifs. Récemment, enfin, Jeanselme et Nicole en ont donné la preuve bactériologique<sup>(3)</sup>. Le chancre mou de la face existe donc, mais il est rare; et cette rareté s'explique bien, car étiologiquement le contact direct est indispensable et le chancre mou, presque toujours génital, est plus facile à voir qu'une plaque muqueuse ou qu'un petit chancre induré.

Le *chancre induré*, étudié spécialement dans ses localisations aux paupières, aux lèvres, peut occuper n'importe quel point de la face, mais y est bien plus rare qu'autour des orifices. Au menton, il résulte surtout de plaies faites par un barbier avec un rasoir contaminé; en ce lieu, il est volontiers croûteux; je me souviens d'en avoir vu un qui, modifié par des topiques irritants, ressemblait beaucoup à un anthrax, erreur vite écartée par la constatation de la roséole. Sur les parties saillantes telles que le nez, les oreilles, son origine remonte quelquefois à une morsure dans une rixe: on trouvera des faits de ce genre dans la thèse de Guignard. D'après Otto Weber, la face porte assez souvent plusieurs chancre: Cochez en a compté trois sous le menton, et Vicenti un sur chaque joue. Cliniquement, les caractères sont ceux de tout chancre induré de la peau. En général, m'a appris mon maître Ch. Lailler, le chancre facial s'accompagne d'un œdème dur, violacé, qui fait penser, au premier abord, à une lésion profonde. L'adénopathie sous-maxillaire est d'ordinaire plus volumineuse et plus inflammatoire que les adénopathies inguinales de même nature.

La connaissance exacte du chancre facial intéresse le chirurgien surtout au point de vue du diagnostic, et principalement pour ne point enlever au bistouri un chancre pris pour un cancroïde cutané; mais je renverrai à l'étude du cancroïde cutané en général<sup>(4)</sup>.

La face, d'autre part, est un des lieux d'élection des ulcérations arsenicales, appelées *chancres arsenicaux* en raison de leur ressemblance objective avec l'ulcère syphilitique initial. Les bords, cependant, sont nettement découpés, sans réaction inflammatoire; le fond est grisâtre et un peu humide; il n'y a pas d'adénopathie, l'induration est moindre; et surtout on sera guidé, outre les commémoratifs professionnels, par la constatation d'ulcérations analogues des mains, du scrotum, des fosses nasales.

Les lésions de la *syphilis tertiaire* ne m'arrêteront pas. Dans leur forme tuberculo-ulcéreuse, elles ne méritent mention qu'en raison de leur diagnostic avec

<sup>(1)</sup> Voy. t. IV, p. 777.

<sup>(2)</sup> Voy. t. IV, p. 407.

<sup>(3)</sup> JEANSELME, *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1895, p. 585.

<sup>(4)</sup> Voy. t. I, p. 615.

le lupus, surtout quand elles relèvent de la syphilis héréditaire: ce point a déjà été traité<sup>(1)</sup>; je signalerai seulement la possibilité d'une évolution très rapide et rebelle au traitement spécifique, avec destruction des parties molles, du squelette, et de là des délabrements du nez, des cicatrices vicieuses causant l'atrésie ou l'ectropion des orifices naturels. Le syphilome diffus existe à la face, à laquelle il donne un aspect analogue à celui de la lèpre<sup>(2)</sup>: c'est le plus souvent un envahissement d'une syphilis labiale<sup>(3)</sup>. Les gommés, enfin, n'ont à la face rien de spécial dans leur évolution: O. Weber prétend seulement qu'à la racine du nez elles engendrent parfois des ulcérations rebelles, aisément prises pour des cancroïdes.

L'*actinomycose* a été observée à la peau de la face par Hocheneegg<sup>(4)</sup>, sous forme de plusieurs tubercules durs, mobiles, indolents, bientôt abcédés puis ulcérés. Le diagnostic avec les gommés scrofuleuses s'établit par la constatation, au microscope, du parasite spécial. Quelquefois, les parties molles profondes sont envahies par la suppuration spécifique qui gagne en même temps plus ou moins vers le cou, mais respecte le squelette<sup>(5)</sup>.

## III

## ECTASIES VASCULAIRES

Huguier<sup>(6)</sup> a observé, près de la commissure labiale, un cas remarquable d'*ectasie de la veine faciale*, et l'on pourrait sans doute trouver dans la littérature quelques faits analogues. Mais leur intérêt chirurgical est médiocre.

Les *anévrismes* sont, eux aussi, rares et peu importants.

L'*anévrisme artériel* peut occuper toutes les artères de la région et il suffit d'énumérer la faciale au-devant du masséter, la coronaire labiale, la sous-orbitaire, les diverses branches de la région frontale, la temporale<sup>(7)</sup>. Ces anévrysmes ont souvent une origine traumatique, que le corps vulnérant ait ou non causé une plaie, et c'est pour cela qu'ils siègent surtout dans les points où le plan osseux est superficiel. Ils sont presque toujours petits: étant donnée la région, cependant, ils deviennent vite une cause de difformité. Leurs symptômes sont ceux de tous les anévrysmes. Comme diagnostic, O. Weber signale la confusion possible avec un ganglion lymphatique soulevé par l'artère faciale. Le traitement est très simple, et presque tous les moyens ont réussi: Boinet est venu à bout, sur lui-même, d'un anévrysmes labial par la compression; les injections coagulantes ont donné des succès à Raoult-Deslongchamps, à Lussana. La méthode de choix est l'extirpation.

<sup>(1)</sup> Voy. t. I, p. 582.

<sup>(2)</sup> F. CERASI, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1876-1877, 1<sup>re</sup> série, t. VIII, p. 155. — GOUTARD, Thèse de doct. de Paris, 1878, n° 68. — BIDON, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n° 152.

<sup>(3)</sup> Voy. t. V, p. 86.

<sup>(4)</sup> HOCHENEEGG, *Wiener med. Presse*, 1887, p. 614. — Voy. RAINGEARD, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 415.

<sup>(5)</sup> WEISS, Gross, *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1896, p. 262, 285.

<sup>(6)</sup> HUGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1857-1858, t. VIII, p. 118.

<sup>(7)</sup> On trouvera la bibliographie de ces observations dans G. DE SCHUTTELAERE, Thèse de Paris, 1881, n° 99. Voy. aussi JAMAIN et TERRIER, *Loc. cit.*, t. III, p. 612 et 616, Paris, 1887.