

armes à feu. Parfois on observe aussi des **anévrismes traumatiques**. Leur traitement ne présente pas de difficultés lorsqu'il s'agit d'artères superficielles telles que la faciale, mais il n'en est plus de même lorsqu'ils intéressent des artères profondément situées comme la carotide et la maxillaire internes. Comme ces artères profondes sont ordinairement d'un accès très difficile ou impossible, le seul moyen de traitement consiste dans la ligature de la carotide commune, moyen qui, dans certains cas cependant, n'a pas réussi à sauver le blessé de la mort par hémorragie. Il est possible qu'en pareilles circonstances la ligature simultanée des carotides externe et interne, préconisée récemment, offrirait plus de garanties contre les hémorragies secondaires.

Parmi les **nerfs** qui peuvent être intéressés dans les lésions traumatiques de la face, nous citerons surtout les *branches du facial*; quant au tronc lui-même, grâce à sa situation profonde, il est assez bien protégé, du moins contre l'action des instruments tranchants. La section de ce nerf entraîne la paralysie des muscles de la face avec ses symptômes bien connus. Le *trijumeau* également n'est ordinairement atteint que dans ses branches; parmi celles-ci les plus exposées sont les nerfs sus et sous-orbitaire. Le nerf blessé n'est pas toujours complètement divisé; parfois il est simplement comprimé par un fragment osseux, ou bien c'est un épanchement sanguin qui le prive pour peu de temps de ses fonctions et détermine, par conséquent, une anesthésie passagère dans son domaine d'innervation. En effet, dans ces cas, la sensibilité tactile se rétablit habituellement de bonne heure; d'ailleurs, même la section complète d'un nerf sensible n'entraîne pas dans la règle d'anesthésie permanente (*Voir plus loin*). Par contre on voit parfois des *névralgies* persister longtemps à la suite de lésions traumatiques des nerfs.

§ 3. — Nous avons encore à parler de certaines lésions traumatiques pouvant laisser après elles des **fistules persistantes**. Il arrive parfois que de larges plaies pénétrantes de la joue ne guérissent pas par occlusion complète, mais bien par réunion de la peau avec la muqueuse buccale. Il en résulte la formation d'une fistule à parois tégumentaires, ou *fistule labiée*, dont l'occlusion nécessite une opération autoplastique (*Voir plus loin le chapitre concernant la méloplastie*).

Les plaies de la joue peuvent, en outre, être compliquées d'une **lésion du conduit de Sténon**. Or, si l'on prend en considération la grande fréquence des plaies des joues et la rareté relative des **fistules salivaires**, on est en droit d'admettre que, dans beaucoup de cas, les plaies du conduit de Sténon peuvent guérir, et qu'elles n'entraînent pas fatalement la production d'une fistule de ce genre. On admettait autrefois, et c'était l'opinion de BRUNS, que la section transversale du conduit devait nécessairement être suivie d'anomalies de la sécrétion salivaire. Si, en effet, les deux bouts du conduit divisé ne se réunissent pas, la salive doit s'écouler, du bout central, soit dans la cavité buccale, soit à l'extérieur sur la joue.

Rarement il arrive que la salive ne s'écoule pas tout d'abord, et qu'il en résulte une *ectasie du conduit*. O. WEBER a combattu l'opinion de BRUNS mentionnée plus haut, en faisant remarquer que, dans les opérations, les plaies des joues avec lésion du conduit de Sténon guérissent presque toujours sans laisser de fistule; d'autre part il a insisté sur la distinction bien fondée, établie par STROMEYER, entre les plaies pénétrantes des joues non guéries et les véritables fistules salivaires. Il ne peut être vraiment question d'une fistule salivaire que lorsque la peau s'est unie à la muqueuse du conduit de Sténon. Tant que cette condition ne se trouve pas remplie, on peut encore s'attendre à la guérison avec écoulement de la salive dans la cavité buccale, surtout si l'on a soin d'activer par des cautérisations la cicatrisation de la plaie cutanée.

Il est beaucoup plus rare encore de voir se produire une fistule salivaire persistante à la suite d'une lésion de la parotide ou même de l'un des conduits excréteurs secondaires. Alors même que la salive s'est écoulée par la plaie pendant un temps assez long, on peut presque toujours, par la cautérisation, obtenir la guérison de ce genre de fistules. BRUNS a conseillé en pareil cas l'application d'un pansement compressif. Nous reviendrons plus loin sur le traitement des fistules buccales et salivaires.

§ 4. — Nous avons vu que les conditions anatomiques des parties molles de la face favorisent à un haut degré la réunion des plaies par première intention. Aussi devra-t-on s'efforcer de l'obtenir dans presque tous les cas de lésions par instruments tranchants. Mais même lorsqu'il s'agit de plaies déchirées, la crainte de la difformité ou des troubles fonctionnels qui peuvent être la conséquence d'une large cicatrice, doit engager le chirurgien à tenter la réunion immédiate beaucoup plus souvent que lorsqu'il s'agit d'autres régions du corps. Même les plaies irrégulières, déchiquetées, devront être réunies avec beaucoup de soin par la suture, surtout lorsqu'elles siègent dans le voisinage des orifices naturels de la face, et l'on ne se laissera pas détourner de cette règle de conduite par la crainte de voir survenir un sphacèle de quelque petit lambeau cutané, ou un phlegmon nécessitant l'ablation de l'un ou l'autre point de suture. Ces mêmes règles doivent être observées dans le traitement des plaies contuses elles-mêmes; ainsi lorsqu'il s'agit d'une plaie des paupières ou du voisinage de l'orifice buccal, on peut être amené à pratiquer l'excision des bords contus, qui ne se prêtent pas à la réunion, dans le but d'obtenir une guérison par première intention et de reconstituer, autant que possible, la forme normale des parties blessées. On pourra, en outre, dans ces cas, pratiquer dans le voisinage de la plaie des incisions libératrices destinées à diminuer la tension des tissus réunis après l'avivement, et à mieux assurer encore la formation d'une cicatrice linéaire.

La suture des plaies de la face offre d'autant plus de garanties de suc-

cès qu'il est rare que dans cette opération le chirurgien soit gêné par l'hémorragie. Il peut arriver cependant que l'écoulement sanguin provenant d'une artère comprise dans la suture persiste malgré cette dernière, et qu'il devienne alors nécessaire de pratiquer la ligature du vaisseau à l'aide du catgut.

Si l'on veut obtenir de bons résultats des sutures pratiquées dans les plaies de la face, il faut y mettre les mêmes soins, la même exactitude que lorsqu'il s'agit d'opérations autoplastiques. Tout d'abord on procédera à une désinfection complète de la plaie et de son voisinage. Les cheveux ou la barbe doivent être rasés; tous les corps étrangers, toutes les souillures qui ont pénétré dans la plaie pendant ou après l'accident, doivent être soigneusement enlevés; puis on excise les parties de tissus broyées et déchirées, et dans les plaies contuses et déchiquetées, on régularise les bords cutanés de façon à pouvoir les affronter exactement. Lorsque la plaie intéresse le voisinage d'un orifice (paupières, narines ou lèvres), les bords de la solution de continuité devront être très exactement affrontés avant l'application des points de suture. Cette règle doit être observée tout spécialement dans les plaies des paupières, surtout lorsqu'elles intéressent les conduits lacrymaux; les bords de la plaie doivent être dans ces cas affrontés aussi exactement que lorsqu'il s'agit d'une division du conduit de Sténon dans les blessures de la joue perpendiculaires à la direction de ce dernier. Lorsque la solution de continuité est irrégulière, et présente certaines parties formées d'angles saillants et rentrants, ce sont ces dernières que l'on devra tout d'abord fixer en suturant leurs points correspondants, afin de permettre une coaptation convenable des autres parties de la plaie. La suture à points séparés suffit dans tous les cas. Tantôt on peut se contenter de sutures superficielles ne comprenant que la peau, tantôt il faut y ajouter des sutures profondes destinées à diminuer la tension des bords de la plaie et à en favoriser la réunion. Lorsqu'il s'agit de plaies contuses, on se contente parfois d'appliquer quelques points de suture destinés à empêcher la rétraction des lambeaux.

Les tissus divisés doivent être réunis dans toute leur épaisseur, et si, comme au nez et aux oreilles, la plaie intéresse aussi les parties cartilagineuses, ces dernières doivent être comprises dans la suture. On doit même tenter la réunion de lambeaux cutanés complètement séparés, lorsque leur absence aurait des inconvénients particuliers, et à condition naturellement que l'on soit appelé assez tôt après l'accident, et que la masse du lambeau soit suffisante. Dans ces conditions la réunion peut parfaitement s'opérer, comme je puis l'affirmer d'après ma propre expérience. C'est ainsi que j'ai réussi à reconstituer un nez dont l'extrémité avait été détachée par un coup de rapière. Les sutures placées aussitôt après l'accident amenèrent la soudure parfaite du bout séparé.

Les hémorragies qui, provenant d'artères profondes, ne peuvent être arrêtées par la ligature du vaisseau dans la plaie, obligent parfois le chi-

rurgien à pratiquer la **ligature dans la continuité**. Ainsi les hémorragies qui se produisent dans les blessures de la langue nécessitent souvent la ligature de la linguale correspondante. Dans les hémorragies provenant des branches de la carotide externe, et que l'on ne peut arrêter par la ligature du vaisseau blessé, les auteurs ne sont pas entièrement d'accord sur la question de savoir s'il faut pratiquer la ligature de la carotide externe ou celle de la carotide primitive. En présence des dangers sérieux qu'entraîne la ligature de cette dernière, le chirurgien, à notre avis, est parfaitement autorisé à tenter tout d'abord celle de la carotide externe. (*Voir pour plus de détails les maladies du cou*, § 19.)

Dans les cas où le drainage de la plaie est nécessaire, ce dernier doit naturellement être pris en considération dans l'application des points de suture. Dans la règle le drainage n'est pas nécessaire lorsqu'il s'agit de plaies récentes à bords bien nets, à moins que, par exemple dans celles du voisinage de l'œil, un lambeau détaché ne puisse être appliqué complètement sur les parties profondes de façon à prévenir l'accumulation du sang ou des liquides sécrétés. Dans ce cas le meilleur procédé consiste à faire sortir le drain par une boutonnière à la base du lambeau, en supposant que ce dernier ait son sommet dirigé en haut. Toutes les fois que l'on a affaire à une plaie qui n'est pas tout à fait récente, ou à une plaie contuse et déchirée, surtout si elle a été souillée par des matières étrangères, il convient de pratiquer de petites boutonnières en dehors de la ligne de suture, et d'y faire passer de petits drains en caoutchouc, ou bien de gros fil de catgut, ou enfin de petits tubes formés de protectine. Si l'on a des motifs de supposer que la plaie ne sécrètera que peu de liquide, on peut parfaitement se contenter d'un pansement au tissu-charpie boriqué (Borlint), et l'on n'aura recours de préférence au pansement typique de Lister que dans les lésions très étendues dans lesquelles on doit s'attendre à une forte sécrétion par la surface de la plaie. Dans le but de maintenir l'asepsie pendant toute la durée de la guérison, nous conseillons d'enduire d'onguent boriqué (1 : 10) le voisinage des orifices de drainage, ou d'y appliquer une petite pièce de tissu-charpie recouverte de ce même onguent. Si l'on saupoudre d'iodoforme la plaie suturée, on peut dans la règle se passer de tout pansement compliqué, et se servir simplement de tissu-charpie (lint). Il est rare qu'en prenant ces précautions on voie survenir un phlegmon. Le meilleur moyen de combattre ce dernier consiste à donner issue le plus tôt possible au liquide infectieux qui s'est accumulé sous la ligne de suture, ou loin de cette dernière sous la peau; ce résultat peut être obtenu soit par l'ablation d'une suture, soit par une incision suivie de drainage.

Dans les blessures compliquées par armes à feu, surtout lorsqu'elles intéressent les parois de la cavité buccale, on devra songer avant tout au danger d'asphyxie pouvant résulter d'une forte tuméfaction de la langue