

ou de sa chute en arrière à la suite de la lésion des muscles antérieurs de l'organe. On passera à travers la langue un fil que l'on fixera à l'extérieur sur la joue. Grâce à ce fil on pourra toujours au besoin attirer la langue en avant, et en empêcher la rétraction. Si la déglutition est impossible, on aura soin de pourvoir à l'alimentation artificielle du blessé. Par la désinfection de la cavité buccale à l'aide de solutions salicylées ou de permanganate de potasse, on cherchera à écarter, autant que possible, le danger de la septicémie ou de l'écoulement de liquides putrides dans les bronches. Dans la suite la tuméfaction des parties blessées peut déterminer des phénomènes d'asphyxie qui forcent le chirurgien à avoir recours à la trachéotomie.

§ 5. — Il nous reste à mentionner ici brièvement les **brûlures de la face**. La plupart des causes de brûlures, telles que la flamme d'un corps en ignition, la combustion de la poudre ou d'autres substances explosibles, la projection sur la face d'acides corrosifs, etc., ont une action passagère, et les plaies qu'elles produisent sont en général peu profondes. Les yeux, se fermant rapidement au moment de l'accident, sont ordinairement épargnés, et la lésion se borne à la destruction des cils et des sourcils. J'ai observé cependant quelques cas de brûlures profondes dues à la projection de chaux vive sur la face, et l'un d'eux fut même compliqué de la perte d'un œil. Il peut arriver, du reste, que les causes énumérées plus haut déterminent des brûlures graves lorsqu'au moment de l'accident le malade perd momentanément connaissance, ou que cette perte de connaissance est déjà antérieure à la brûlure. C'est ainsi que j'ai observé dans plusieurs cas des brûlures étendues chez des épileptiques, lorsque, surpris par un accès, ils étaient tombés dans un foyer devant lequel ils étaient occupés.

Les brûlures récentes de la face perdent en grande partie leurs conséquences fâcheuses habituelles lorsqu'on a soin de les traiter avec les précautions antiseptiques usitées pour les plaies de cette partie du corps. Grâce à l'antisepsie, les parties détruites par la brûlure s'éliminent sans provoquer de phénomènes inflammatoires avec leurs conséquences. Avant l'application du pansement on enlèvera avec soin tout corps étranger, tels que des grains de poudre, etc. Souvent on n'y parvient pas malgré toute la peine que l'on se donne ; ainsi il arrive parfois dans les explosions qu'un grand nombre de grains de poudre non brûlés ont pénétré dans les couches superficielles de la peau, si bien que le blessé peut en être notablement défiguré après la guérison. On peut y remédier, en partie du moins, par l'emploi d'un moyen indiqué par HÉBRA, et qui consiste dans l'application de compresses imbibées d'une solution de sublimé (environ 1 : 400). Ce dernier provoque une dénudation et un ramollissement de la peau, et l'on peut alors facilement en extraire les grains de poudre engagés dans les couches du derme. Ce sont surtout les brûlures profondes qui demandent à être surveillées avec beaucoup

d'attention pour que leur cicatrisation s'opère de la façon la plus favorable. Parfois on obtient de bons résultats de l'application de bandes-lettes de sparadrap destinées à exercer une compression à la période de granulation de la plaie. Les cas graves nécessitent des opérations autoplastiques (*Voir plus loin.*)

2. Fractures des os de la face

Il nous paraît convenable de traiter ensemble toutes les fractures des os de la face ; car, d'une part, ces fractures présentent entre elles beaucoup d'analogies au point de vue étiologique, et, d'autre part, grâce à l'union intime qui existe entre la plupart des os de la face, il arrive assez souvent que la lésion de l'un d'entre eux se propage aux os voisins. D'ailleurs ces fractures se ressemblent beaucoup au point de vue de la marche clinique et du traitement.

§ 6. **Fractures du maxillaire supérieur.** — Ces fractures peuvent se produire isolément ou s'accompagner de celles de l'ethmoïde, des os propres du nez, de l'os palatin ou de l'os malaire. — Elles sont, *simples*, *multiples* ou *comminutives*. — Au point de vue de la direction, on peut distinguer les fractures transversales et les fractures longitudinales.

Les **fractures transversales** intéressent surtout l'arcade alvéolaire dans une étendue très variable. Il peut arriver que l'arcade se sépare tout entière du corps de l'os, et se déplace dans la cavité buccale. Dans d'autres cas la fracture n'intéresse que l'un des côtés de l'arcade alvéolaire, et s'étend jusqu'aux dents incisives ou au delà. Ordinairement l'antra d'Highmore est ouvert et la fracture se propage parfois à l'os palatin. La cause de cette lésion peut consister dans un coup ou un choc violent atteignant le rebord alvéolaire. Autrefois, lorsqu'on se servait de la clef pour extraire les grosses molaires, on observait souvent des fractures transversales d'étendue variable, tantôt limitées à une seule alvéole, tantôt intéressant le rebord alvéolaire tout entier. On a vu des fractures de ce genre s'étendre jusqu'à l'apophyse ptérygoïde à la suite de tentatives forcées d'extraction.

Sur le cadavre on peut, par un coup porté au-dessous du nez, déterminer une fracture transversale des deux maxillaires supérieurs, fracture passant d'une façon à peu près constante à travers les deux fosses canines (GUÉRIN). On la reconnaît à la mobilité anormale de la portion osseuse détachée. Sur le vivant, ce genre de fracture a été observé à la suite d'une chute sur la partie correspondante de la face.

On a vu aussi se produire, à la suite de la chute d'un corps lourd sur la face, une diastase transversale des maxillaires supérieurs au niveau de leur articulation avec le frontal et les os malaires. Les maxillaires détachés s'étaient déplacés de haut en bas, et leur réduction ne pouvait être opérée complètement (WILBUR).