

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).

Les deux formes de fractures que nous venons de décrire en dernier lieu, sont très rares comparativement aux fractures transversales de l'arcade alvéolaire. Quant aux **fractures longitudinales simples**, elles sont loin également d'être bien fréquentes. On a observé quelquefois une diastase des deux maxillaires sur la ligne médiane, diastase que l'on pouvait sentir à travers les parties molles sous la forme d'une large fente. Les parties molles, du reste, peuvent être déchirées et broyées au niveau de la solution de continuité. Lorsque la diastase est large, on observe presque toujours en même temps d'autres traits de fracture. Les fragments sont alors ordinairement très mobiles et parfois disloqués vers le pharynx.

Les *fractures longitudinales latérales* sont encore plus rares que la diastase médiane. On a observé quelquefois un trait de fracture partant de la dent canine, et se dirigeant de bas en haut le long de l'apophyse montante du maxillaire. Encore ici le déplacement est parfois considérable; les dents peuvent faire saillie en bas, ou être tournées de façon que leur surface de mastication soit dirigée en dedans ou en dehors.

Par contre, les **fractures multiples et comminutives** sont assez fréquentes. Elles peuvent n'intéresser qu'un seul maxillaire ou atteindre les deux os à la fois, et s'étendre même aux os propres du nez, à l'os malaire, et à la base du crâne. Le déplacement des fragments isolés est considérable, et l'on peut voir un des maxillaires se détacher complètement au niveau de ses points d'union en haut et latéralement. Les fragments déplacés peuvent faire naître de graves complications, surtout lorsqu'ils proéminent dans la cavité orbitaire; on a à craindre alors la blessure du bulbe oculaire ou l'exophtalmie. Les lésions crâniennes concomitantes sont heureusement assez rares dans ces circonstances; elles compliquent de préférence les cas dans lesquels la fracture intéresse la partie supérieure du squelette de la face, c'est-à-dire le frontal et les os propres du nez.

Les fractures du maxillaire supérieur sont dues presque toujours à une violence traumatique agissant directement sur l'os. Parmi les causes les plus fréquentes mentionnons les chocs, coups ou projectiles atteignant la face, ainsi que les chutes dans lesquelles la face rencontre un corps résistant. Il est rare qu'une fracture intéressant l'étage supérieur de la base du crâne s'étende à la paroi antérieure ou latérale du maxillaire.

Les **fractures par armes à feu** du maxillaire supérieur ne se bornent ordinairement pas à ce seul os, mais sont le plus souvent compliquées de lésions d'autres parties. Cependant il peut arriver qu'une balle perfore le maxillaire de part en part sans produire d'autres désordres graves. Par contre, dans d'autres cas, on observe l'arrachement de fragments de l'arcade alvéolaire, une fracture concomitante des os palatins, l'établissement d'une communication entre les cavités nasale et buccale, la destruction des os du nez, etc. Les dégâts les plus considérables sont ceux que produisent les éclats de projectiles explosibles; ils peuvent, par

exemple, déterminer, sans autre lésion grave concomitante que celle des parties molles correspondantes, une perte de substance osseuse très analogue à celle qui résulte de la résection totale des deux maxillaires. J'ai observé un cas de ce genre; le blessé guérit sans présenter de symptômes graves, et à l'aide d'une prothèse bien faite, on réussit à corriger d'une façon complète la difformité de la face. Quant aux blessures analogues produites dans des tentatives de suicide, par des coups de feu tirés dans la bouche, nous les avons déjà mentionnées plus haut (§ 2), à propos des plaies contuses des parties molles. Le plus grand danger des fractures par armes à feu du maxillaire supérieur résulte de la lésion concomitante d'artères profondes; la mort par hémorragies secondaires n'est point rare à la suite de ces blessures. Vu l'incertitude où l'on se trouve au sujet de la source de l'hémorragie, le seul moyen de traitement praticable dans ces cas consiste dans la ligature de la carotide primitive.

Les fractures du maxillaire supérieur étant dues le plus souvent à l'action d'une violence directe, on comprend qu'elles soient souvent compliquées de **lésions des parties molles**. Mais outre ces lésions dues à l'action directe de l'agent traumatique, on observe assez souvent des déchirures de la muqueuse buccale par les fragments osseux déplacés. Ce qui favorise à un haut degré ces déchirures, c'est le peu de laxité de la muqueuse, surtout au niveau du rebord alvéolaire. En l'absence de plaies des parties molles, on observe fréquemment des épanchements sanguins sous-cutanés ou sous-muqueux, et le plus souvent on voit survenir bientôt une tuméfaction considérable des tissus.

Localement on constate les signes plus ou moins évidents d'une fracture; on sent sous le doigt une fente anormale, et l'on peut faire mouvoir des fragments osseux détachés; dans ces mouvements on perçoit assez souvent de la *crépitation*. Dans beaucoup de cas le déplacement se trahit encore par une inégalité dans la disposition des dents, par un affaissement de la joue correspondant à l'enfoncement du maxillaire. Enfin on constate parfois que le sinus maxillaire est ouvert, ou que le foyer de la fracture communique avec la cavité nasale. Quelquefois la lésion du sinus maxillaire donne lieu à un *empylème sous-cutané*. Dans deux cas dans lesquels la violence traumatique avait agi directement sur la fosse canine, j'ai pu reconnaître la présence d'une tumeur gazeuse d'étendue modérée dans le point correspondant.

Il nous reste à mentionner encore un symptôme se rapportant à la *lésion du nerf sous-orbitaire*; c'est une sensation d'engourdissement ou d'anesthésie de la moitié de la lèvre supérieure et du nez du côté correspondant à la fracture. Ce symptôme a été signalé par JARJAVAY et RICHET, et attribué par l'un d'eux à la fracture de l'os malaire, et par l'autre à celle du maxillaire supérieur. Peut-être ont-ils tous les deux raison, car la lésion de ce nerf dans le canal sous-orbitaire peut être due à la lésion soit de l'os malaire, soit du maxillaire, ainsi que DU-