

BREUIL l'a observé dans plusieurs cas de fracture simultanée de ces deux os. Cette question, du reste sans importance, ne peut encore être tranchée, et il est laissé à la libre appréciation du médecin de décider si, dans un cas donné, la paralysie est due à la fracture du maxillaire ou à celle de l'os malaire.

Le pronostic des fractures du maxillaire supérieur est, en général, assez favorable. Lorsque le blessé ne succombe pas à une lésion concomitante du crâne, on peut dire que, à part la possibilité d'une hémorragie (par la maxillaire interne, surtout dans les fractures par coups de feu) les dangers qu'il court ne sont pas très graves, et résultent essentiellement du degré des désordres concomitants des parties molles. L'abondance de la suppuration dépend de l'étendue et du degré de ces dernières lésions; elle envahit volontiers les cavités osseuses, telles que le sinus maxillaire, et peut devenir très pénible pour le malade, surtout par le fait que le pus s'écoule dans la cavité buccale. Quant à la difformité, abstraction faite de celle qui succède aux blessures graves par armes à feu, elle est en général peu considérable et facile à corriger par une prothèse convenable. Une circonstance favorable sous ce rapport, c'est le peu de tendance du maxillaire supérieur à la nécrose, en dépit de la suppuration. D'ailleurs, les os de la face sont doués d'une grande vitalité, et même les dents devenues mobiles à la suite d'un traumatisme, finissent souvent par se consolider avec le temps. Quelquefois la guérison des fractures avec déplacement des fragments laisse à sa suite une *oblitération ou, du moins, un rétrécissement des conduits lacrymaux* (O. WEBER). La consolidation se produit dans un espace de temps variant entre trois et sept semaines, et le cal est en général peu volumineux.

La tâche du chirurgien, dans les fractures du maxillaire supérieur, se réduit à peu de chose lorsque le déplacement n'est pas très marqué ou fait entièrement défaut. Le traitement se borne à ne faire prendre au malade que des aliments liquides pendant un certain temps. S'il existe un déplacement, on peut souvent le réduire par la pression digitale exercée de dehors en dedans ou, *vice versa*, par la cavité buccale ou nasale. Dans les déplacements du maxillaire en arrière, il arrive souvent que la réduction ne peut être opérée que d'une façon incomplète.

Mais il ne suffit pas de réduire la fracture, il faut encore maintenir les fragments réduits, ce qui n'est pas toujours facile. Les moyens les plus convenables employés dans ce but se rapportent surtout aux fractures de l'arcade alvéolaire; nous les indiquerons à propos des fractures du maxillaire inférieur. Disons seulement que le procédé le plus avantageux est celui de MOREL-LAVALLÉE, qui consiste à prendre l'empreinte de l'arcade dentaire à l'aide d'une pièce de gutta-percha. On pourra d'ailleurs s'adresser à un dentiste pour la confection d'un appareil de ce genre.

Autrefois, le chirurgien intervenait d'une façon beaucoup plus active

qu'aujourd'hui dans le traitement des fractures compliquées du maxillaire supérieur. On pratiquait plus souvent alors l'ablation des fragments osseux détachés et de dents devenues mobiles; parfois même on faisait la résection complète du maxillaire dans les cas de fractures comminutives. La description que nous avons donnée plus haut de la marche des fractures du maxillaire supérieur, justifie pleinement l'opinion des chirurgiens qui veulent que l'on *limite le plus possible, dans ces cas, l'intervention opératoire*.

§ 7. — L'os malaire n'est que rarement le siège de fractures simples; celles-ci intéressent alors les apophyses temporale ou frontale de cet os, et l'arcade zygomatique est ordinairement déplacée en dedans. On a aussi observé quelquefois une fracture simple de son rebord orbitaire.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de fractures multiples avec enfoncement. Presque toujours alors on observe en même temps une fracture de l'apophyse malaire ou d'autres parties du maxillaire supérieur; le sinus maxillaire est souvent ouvert, et le déplacement s'effectue du côté du sinus ou de la fosse ptérygo-maxillaire. Les fragments peuvent encore pénétrer dans la cavité de l'orbite et blesser le bulbe oculaire. D'autre part, les observations et les expériences prouvent que la fracture peut se propager à la base du crâne.

Si à l'aide d'un large maillet de bois on porte un coup violent sur l'os malaire d'un cadavre, l'arcade zygomatique se brise ordinairement en plusieurs pièces. L'os malaire est, en général, arraché du frontal et du maxillaire par des solutions de continuité correspondant exactement aux sutures articulaires, et ce n'est qu'au niveau de la paroi antérieure du maxillaire que le trait de fracture pénètre dans le canal sous-orbitaire. Dans une de ces expériences, on a observé la déchirure du nerf sous-orbitaire à la sortie du canal.

Les symptômes sont, en premier lieu, ceux qui résultent du déplacement des fragments, lequel se traduit, soit par un aplatissement de la pommette appréciable à la vue et au toucher, soit par l'existence de saillies osseuses anormales. Lorsque la fracture intéresse la face orbitaire de l'os malaire et du maxillaire, elle se complique de la *lésion du nerf sous-orbitaire*, et l'on observe alors les symptômes décrits plus haut d'anesthésie dans le domaine de ce nerf. En même temps l'orbite devient le siège d'un épanchement sanguin qui peut être assez considérable pour produire de l'*exophthalmie*. Il n'est pas rare d'observer des hémorragies par le nez et la bouche à la suite de lésions de la muqueuse qui tapisse ces cavités. Assez souvent aussi, la mastication et les mouvements d'ouverture de la bouche sont gênés, par suite de la lésion du masséter ou du déplacement des fragments vers l'apophyse coronoïde.

Les fractures de l'os malaire guérissent, en général, rapidement avec production d'un cal peu volumineux, et les troubles fonctionnels ne tardent pas à disparaître. La persistance d'un déplacement léger des

fragments après guérison n'a, du reste, aucun inconvénient. On a vu quelquefois la mort survenir à la suite de lésions cérébrales concomitantes. Chez un blessé, c'est l'hémorragie qui a été la cause de la terminaison fatale,

Dans beaucoup de cas la réduction des fragments déplacés offre certaines difficultés, car on ne peut agir sur eux efficacement ni à l'extérieur ni par les cavités buccale ou orbitaire. La tâche du chirurgien est plus facile lorsqu'il existe une plaie permettant d'introduire le doigt ou les instruments et d'opérer la réduction. Vu le peu d'inconvénients qu'entraîne la guérison des fractures avec un léger déplacement, il est douteux qu'en l'absence de plaies on soit autorisé à pratiquer une incision destinée à faciliter la réduction; une intervention de ce genre ne serait guère justifiée que dans les formes graves de fractures. STROMEYER conseille, dans ces cas, de tenter d'abord la réduction des fragments à l'aide d'un fort crochet pointu, que l'on enfonce dans la peau jusque dans l'os fracturé. Nous ne pensons pas qu'il y ait avantage à pratiquer cette petite opération.

§ 8. — Aux lésions décrites jusqu'ici se rattachent les **fractures du squelette du nez**. Nous rangeons sous ce titre les fractures des os propres du nez, de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, de l'apophyse et de l'épine nasales du frontal, de même que les fractures de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, de l'os unguis, des cornets, du vomer et du cartilage de la cloison. Nous devons mentionner également l'ouverture du sinus frontal par une fracture intéressant sa paroi antérieure, car ce sinus peut être considéré comme un appendice de la cavité nasale.

Les **fractures des os propres du nez** sont probablement plus fréquentes qu'on pourrait le supposer d'après les résultats de la statistique; il est certain, en effet, qu'un grand nombre de ces fractures dues à un coup ou à une chute, échappent à l'observation. Elles peuvent se montrer isolément ou intéresser également les os voisins de la face ou ceux qui appartiennent à l'étage antérieur du crâne.

Les **fractures de la cloison** entraînent ordinairement une difformité très notable et une gêne considérable de la respiration nasale. Ce sont précisément ces fractures qui, très souvent, sont méconnues, et la saillie formée par l'os déplacé peut être prise dans la suite pour une tumeur osseuse ou un polype. Le siège le plus fréquent du déplacement est au niveau de la portion cartilagineuse, et surtout au point d'insertion de cette dernière sur la partie osseuse de la cloison. Puis viennent, dans l'ordre de fréquence, les fractures de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde dans le voisinage du vomer (HAMILTON). Quant à la fréquence des fractures du vomer, elle ne peut guère être contestée.

Les symptômes de ces fractures consistent dans une déviation du nez, et dans un obstacle à la respiration nasale du côté où s'est produit le

déplacement. La déformation du squelette du nez se manifeste par l'obliquité, et dans beaucoup de cas, par un affaissement considérable de la pointe de l'organe. Si l'on examine la cavité nasale du côté où s'est produit le déplacement, on constate la présence d'une tumeur possédant la dureté caractéristique de l'os ou du cartilage.

En somme, le moyen le plus sûr d'obtenir la réduction de ces fractures consiste dans l'emploi des instruments que nous ferons connaître plus loin. Si le déplacement tend à se reproduire après la réduction, on peut essayer de remplir la cavité nasale de tampons de ouate, et de recouvrir le nez d'un moule en gutta-percha destiné à lui servir de soutien. Même après la guérison de la fracture, on peut encore faire disparaître certaines

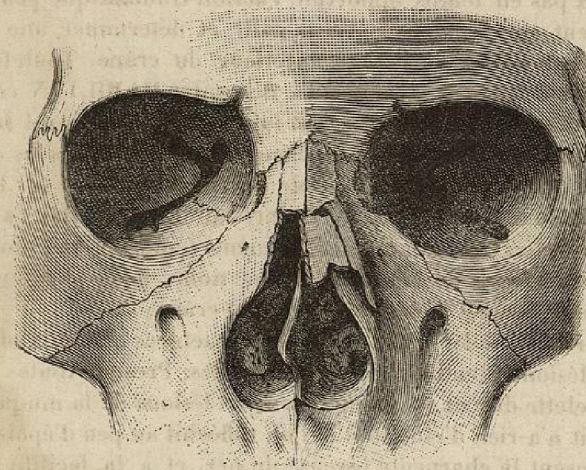


Fig. 15. — Fracture des os du nez avec déplacement.

déformations par voie opératoire, c'est-à-dire en pratiquant à travers le cartilage les incisions nécessaires pour permettre le redressement de la cloison. Une fois le redressement opéré, HAMILTON applique sur le squelette osseux du nez une attelle en gutta-percha; puis à travers le nez il passe une aiguille, aux deux extrémités de laquelle est fixé un fil qu'il noue sur l'attelle avec le fil du côté opposé, de façon à maintenir dans une bonne position la partie du nez qui avait subi une déformation. Nous reviendrons plus loin sur la correction des déviations de la cloison (§ 34).

Il est rare d'observer une *fracture ou une diastase n'intéressant qu'un seul os propre du nez*. Bien plus souvent les deux os sont atteints de fracture ou séparés des os voisins. La solution de continuité siège ordinairement à la partie inférieure de l'os qui est plus large et plus mince que la partie