

supérieure; le plus souvent elle est transversale ou oblique et atteint les deux os à la fois. Les fragments sont plus ou moins déplacés ou enfoncés. Bien plus fréquentes que les fractures simples sont les fractures multiples ou comminutives. Il est rare que la fracture s'étende vers le front, et c'est alors surtout qu'elle intéresse les os voisins, l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'apophyse nasale du frontal. Les apophyses montantes sont aussi souvent atteintes par les fractures siégeant plus bas, et la lésion s'étend alors à l'os unguis, aux cornets, etc.

Un choc portant sur le dos du nez enfonce les os nasaux dans la profondeur, et ce déplacement ne peut guère s'effectuer sans fracture des pièces de soutènement. Le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se brisent et fuient latéralement. Il est hors de doute que, dans les cas où une fracture de la lame perpendiculaire avec déplacement latéral ne se produit pas en temps opportun, l'action traumatique peut se porter directement sur l'apophyse crista-galli, et déterminer une fracture des os qui font partie de l'étage antérieur du crâne. Toutefois cette complication est très rare, comme l'a démontré HAMILTON contrairement à l'opinion qui avait cours avant lui. Par contre elle est bien plus fréquente, comme nous le verrons encore plus loin, dans les cas où le choc traumatique agit à la fois sur le squelette du nez et sur la région des sinus frontaux. On peut observer alors une fracture des os propres du nez à leur union avec l'os frontal, en même temps qu'un enfoncement de la paroi antérieure du sinus de même nom; mais plus souvent la fracture s'étend jusqu'à l'étage antérieur du crâne.

Ce sont surtout ces dernières formes de fractures qui se compliquent souvent de lésions étendues des parties molles. Presque toutes les fractures du squelette du nez s'accompagnent de lésions de la muqueuse nasale, et ce fait n'a rien d'étonnant si l'on réfléchit au peu d'épaisseur des os qui composent la charpente osseuse du nez, et à la facilité avec laquelle ils se brisent en fragments multiples. Les cartilages du nez peuvent être aussi rompus et déchirés, bien qu'ils soient assez volontiers épargnés grâce à leur élasticité.

L'étiologie des fractures du nez est la même que celle des fractures de l'os malaire. Sauf de rares exceptions, elles sont dues à l'action de violences directes. On a vu quelquefois un instrument obtus, l'extrémité d'un bâton ou d'un parapluie, pénétrer à travers les fosses nasales jusque dans l'ethmoïde, et perforer même l'os planum (papyracé), pour pénétrer dans l'étage antérieur du crâne. Du reste, ce sont les coups, les chutes ou l'action de projectiles qui sont la cause de la plupart des lésions du squelette du nez.

Au point de vue de la **marche et du pronostic** de ces fractures il importe de distinguer, d'une part, celles qui intéressent le squelette nasal proprement dit, et, d'autre part, celles qui se produisent au point d'union du nez avec le frontal. En effet, tandis que les premières se compliquent

rarement d'une lésion crânienne ou cérébrale, ces complications sont relativement fréquentes dans le second cas, et la fracture des os du nez n'est plus alors qu'accessoire en présence de la fracture du crâne. Précisément dans cette région, on observe assez souvent des fractures compliquées à la suite de coups de pied de cheval.

Les **symptômes primitifs** des fractures du nez sont souvent masqués par le gonflement qui survient rapidement. L'œdème inflammatoire qui se montre bientôt, efface les inégalités résultant du traumatisme, et il n'est pas rare qu'un *emphysème sous-cutané* s'étendant à la face vienne contribuer au même résultat. Dans le cas contraire il est facile de reconnaître la fracture à la forme particulière du nez, grâce au déplacement qui l'accompagne presque toujours. Le nez peut être dévié latéralement, et le plus souvent il est enfoncé et aplati. Au-dessus de l'enfoncement on sent souvent sous le doigt la saillie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Outre ces symptômes, on réussit parfois à percevoir la *crépitation* ainsi que la *mobilité anormale* des fragments. Le petit doigt introduit dans la cavité nasale permet de reconnaître la position de ces derniers, surtout s'il s'agit d'un enfoncement des os nasaux ou d'une fracture de la cloison avec déviation latérale. L'hémorragie qui se produit par le nez, est parfois très considérable. En outre, on peut observer des symptômes de collapsus, de commotion ou de lésion cérébrale, symptômes qui toutefois peuvent faire défaut même dans des cas de lésions étendues de l'étage antérieur du crâne.

Plus tard la tuméfaction des parties molles augmente, et c'est alors surtout que l'on constate ordinairement un emphysème limité aux parties de la face voisines du nez. En général on n'observe un emphysème sous-cutané étendu que dans les mouvements d'expiration exagérés, par exemple dans l'action de se moucher violemment. ANDRAL cependant rapporte un cas unique observé par DEPRÉS, dans lequel, à la suite d'une fracture aisément reconnaissable du sinus frontal, il survint rapidement après le traumatisme un emphysème sous-cutané étendu au corps presque tout entier.

Dans les cas de fractures compliquées du nez intéressant le sinus frontal, on devra songer à la possibilité de l'introduction de corps étrangers dans la cavité nasale, comme le montre l'exemple suivant: Je fus appelé à traiter un individu atteint d'une lésion de ce genre produite par un coup porté à l'aide de la poignée d'un sabre d'infanterie; or, au bout de quelques jours, je trouvai dans les fosses nasales du blessé des fragments de sa coiffure.

Le nez est ordinairement obstrué par le gonflement consécutif au traumatisme, de sorte que l'on observe volontiers une certaine gêne de la respiration. Le blessé peut également présenter de l'*épiphora* par suite d'une lésion des conduits lacrymaux.

La **guérison** des fractures du nez s'obtient parfois rapidement, tandis

que dans d'autres cas elle est retardée par des complications inflammatoires. L'abcès formé dans ces conditions est facilement méconnu, si bien que la périchondrite et la périostite peuvent alors se terminer par une *nécrose des os et des cartilages*. Ainsi s'explique la longue durée de l'**ozène traumatique** observée dans nombre de cas. — Quant aux conséquences de la lésion traumatique du crâne, elles ne surviennent également que dans le cours du traitement, et c'est d'elles que dépend le pronostic *quoad vitam*.

C'est avant tout par un traitement convenable que l'on peut éviter les désordres décrits plus haut, tels que la déformation due au déplacement des fragments, la suppuration prolongée, le rétrécissement permanent des fosses nasales et des voies lacrymales. Le premier soin du chirurgien doit être de *corriger dès le début le déplacement*, car au bout de quelques jours cette opération présente déjà des difficultés ou peut même devenir impraticable. Parfois, même dans des cas tout à fait récents, le chirurgien rencontre des obstacles insurmontables à la réduction des fragments.

Dans les formes habituelles de déplacement en dedans, c'est par la cavité nasale que l'on a le plus de facilité pour exécuter les manipulations nécessaires. Le doigt ne pouvant guère pénétrer au delà de la portion cartilagineuse du nez, on est obligé d'avoir recours à des instruments moins volumineux. On a construit dans ce but des instruments spéciaux (DUBOIS), mais on peut atteindre le même but en se servant d'une sonde métallique droite, ou d'une tige de bois semblable à un crayon et arrondie à son extrémité, ou encore d'une pince à pansements ou à polypes. Pour toutes ces manœuvres on fera bien, vu la grande sensibilité des blessés, de soumettre ces derniers à l'influence du chloroforme. Le malade étant anesthésié, on introduit par les narines la sonde métallique, la petite tige de bois ou la pince à pansements fermée, et à l'aide de ces instruments, on remet les os en place tout en s'aidant de l'autre main agissant à la face externe du nez. On a encore conseillé d'entourer d'une compresse chaque branche de la pince à pansements, et de faire agir l'une des branches à l'intérieur du nez et l'autre à l'extérieur pour opérer la réduction.

Une fois la réduction obtenue, il s'agit de la maintenir, mais ici notre pouvoir est bien limité malgré le grand nombre de pansements et d'appareils imaginés dans ce but. Ni l'application de substances telles que des plaques de plomb ou de gutta-percha modelées sur le nez en forme d'attelles que l'on fixe par des bandelettes de sparadrap, ni le tamponnement du nez avec de la charpie, ni l'introduction dans les narines de fragments de sonde ou de tubes métalliques d'une forme appropriée, ne sont en état de prévenir d'une façon certaine la reproduction du déplacement des fragments. L'emploi de ces moyens n'en est pas moins indiqué dans les cas rebelles (*Voir aussi* § 34).

Quant à l'hémorragie qui accompagne les fractures du nez, elle doit être combattue suivant les mêmes règles que les hémorragies nasales en général.

§ 9. — Les **fractures du maxillaire inférieur** sont aussi fréquentes à elles seules que les fractures réunies de tous les autres os de la face. Les fractures simples sont ici plus communes que les fractures multiples et comminutives.

Les **fractures simples** peuvent intéresser le corps de l'os, soit à sa partie moyenne, soit sur les côtés, mais leur fréquence va en diminuant de la symphyse à l'angle de la mâchoire. Ainsi elles sont plus rares au niveau des grosses molaires qu'à la région des incisives, plus rares encore en arrière de la troisième grosse molaire, tout en étant cependant plus communes ici qu'au niveau du condyle ou de l'apophyse coronéide.

Les **fractures doubles** sont parfois symétriques, de telle sorte que la partie moyenne du maxillaire se trouve complètement détachée; mais il peut arriver aussi qu'un des traits de fracture atteigne la partie moyenne et l'autre la partie latérale de l'os, ou que tous deux soient situés latéralement et du même côté.

Nous devons mentionner, en outre, les **fractures comminutives** et celles du **rebord alvéolaire**. Ces dernières se rencontrent surtout à la suite d'extractions de dents, et sont ordinairement circonscrites; cependant on a observé quelques rares exemples de fractures intéressant une étendue considérable de l'arcade alvéolaire.

Quant à la direction de la fracture, elle est souvent nettement rectiligne, et dirigée directement de haut en bas. Il faut en excepter les fractures intéressant les branches montantes et le rebord alvéolaire; ici la direction de la fracture tend plutôt à être oblique ou transversale.

Le déplacement des fragments peut faire entièrement défaut dans les fractures intéressant la ligne médiane. Cependant on peut observer un écartement des parties fracturées, ou bien, ce qui est plus fréquent, l'un des fragments, avec les dents qu'il supporte, se trouve abaissé par rapport à l'autre; enfin le déplacement peut s'effectuer d'avant en arrière, l'un des fragments venant se placer au-devant de l'autre. Les fractures siégeant en dehors de la ligne médiane, mais encore dans le domaine des incisives, se comportent d'une façon analogue, bien qu'il soit plus rare d'observer ici l'absence de tout déplacement.

Les fractures intéressant la région des molaires s'accompagnent de la lésion du canal dentaire et de son contenu lorsqu'elles passent en arrière de la première petite molaire. Elles peuvent ne s'accompagner d'aucun déplacement lorsque leur direction est verticale ou oblique. Le déplacement, lorsqu'il existe, consiste dans l'élévation du fragment postérieur. Les fractures partant de la dernière molaire pour se diriger en bas et en dehors ne présentent aussi le plus souvent qu'un déplacement peu notable.