Bibliothèque numérique
medic@

Dictionnaire des maladies éponymiques et des observations princeps : Guérin (fracture de)

GUERIN, Alphonse François Marie. - Des fractures des maxillaires supérieurs. Nouveau moyen de les reconnaitre dans les cas fréquents ou elles ne s'accompagnent pas de déplacement

In : Archives générales de médecine, 1866, Vol. 2, pp. 5-13

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?epo0421

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE

JUILLET 1866.

90165

MÉMOIRES ORIGINAUX

DES FRACTURES DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS.

NOUVEAU MOYEN DE LES RECONNAITRE DANS LES CAS FRÉQUENTS OU ELLES NE S'ACCOMPAGNENT PAS DE DÉPLACEMENT ;

Par le Dr A. GUÉRIN.

Les fractures du maxillaire supérieur sont si peu connues, qu'elles sont à peine mentionnées dans les ouvrages de chirurgie. Boyer n'en dit pas un mot, et Vidal (de Cassis) ne leur consacre que quelques lignes dans son *Traité de pathologie externe*. Il existe pourtant çà et là dans des recueils périodiques et dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* un certain nombre de faits qui pourraient servir à en ébaucher l'histoire, mais ces faits seraient en bien plus grand nombre, si les chirurgiens qui nous ont précédés avaient mieux connu les signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer ces fractures.

Jusqu'ici, en effet, on n'a guère parlé que de celles qui sont tellement manifestes qu'une personne étrangère à la chirurgie eût à peine pu les méconnaître. De ce nombre sont celles qui coïncident avec l'arrachement d'une ou plusieurs dents, celles dans lesquelles les deux maxillaires ont été violemment séparés ou enfoncés; mais à côté de ces fractures, il y en a, en très-grand nombre, qui passent inaperçues parce qu'elles sont bien plus

difficiles à reconnaître : les maxillaires supérieurs sont, en effet, susceptibles d'être fracturés sans subir un déplacement notable, et dans ce cas il est fort difficile de constater la mobilité et la crépitation. Cette difficulté résulte de plusieurs causes : les fractures des maxillaires supérieurs étant presque toujours la conséquence d'une violence exercée sur la face, on éveille chez le malade, en recherchant la crépitation et la mobilité, une douleur qui le porte à se soustraire aux investigations du chirurgien, et ses mouvements, quoique bornés, suffisent pour rendre cette exploration très-difficile. D'un autre côté, la mobilité est peu appréciable même lorsque le malade se laisse examiner avec la plus grande résignation, parce que, quelque soin que l'on prenne pour faire fixer la tête par un aide, il est très-souvent difficile de dire si les maxillaires sont seuls déplacés ou s'ils sont entraînés dans les mouvements imprimés à la face.

Depuis quelques années, j'ai découvert un signe à l'aide duquel il devient très-facile de reconnaître ces fractures, et qui consiste dans une douleur que l'on éveille en *portant le doigt indicateur sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde*, qui devient même, parfois, manifestement mobile. Pour donner la signification de ce signe, j'ai besoin de dire quelques mots du mécanisme des fractures que je cherche à faire connaître.

Quand on porte un coup violent sur la face d'avant en arrière, comme si l'on voulait enfoncer la partie des maxillaires qui est située au-dessous de l'orifice des narines, on produit une fracture transversale qui, passant à environ 1 centimètre au-dessous de l'os malaire, se prolonge inclusivement jusqu'aux apophyses ptérygoïdes, et ces apophyses sont toujours fracturées au niveau de l'extrémité inférieure de la fente ptérygo-maxillaire, c'est-à-dire dans le point où elles offrent le moins de résistance. Ainsi l'expérience m'a démontré que les fractures des maxillaires supérieurs entraînent infailliblement celles des apophyses ptérygoïdes, et cette opinion sera facilement admise par les chirurgiens qui ont souvent pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur. On peut en effet constater que, après avoir séparé les maxillaires sur la ligne médiane, au niveau de leur apophyse montante et à leur union avec l'os malaire, au moment où on les luxe en les saisissant avec un davier, on enlève en même temps l'extrémité

inférieure des apophyses ptérygoïdes ; dans ce mouvement, ces apophyses se rompent si facilement qu'elles n'opposent presque aucune résistance, mais cette analogie ne serait pas suffisamment démonstrative, et j'emprunterai mes preuves à l'observation clinique et à des expériences sur le cadavre ; déjà, à plusieurs reprises, j'avais cru avoir observé des fractures du maxillaire supérieur, sans déplacement notable dans des cas où les malades pensaient n'avoir eu qu'une forte contusion. A force de rechercher la mobilité, j'avais éveillé de la douleur derrière les grosses dents molaires, et m'étant souvenu de la solidarité qui existe entre les apophyses ptérygoïdes et les maxillaires quand on fait l'extirpation de ces derniers, j'avais cherché la mobilité des apophyses et toujours cette recherche avait causé une douleur plus ou moins vive au niveau de leur aileron interne ; déjà j'étais convaincu que cette douleur ne pouvait être liée qu'à une fracture de l'apophyse ptérygoïde, car le coup ayant porté sur la partie antérieure du visage, il n'y avait pas de raison pour que la douleur se fût produite au fond de la bouche derrière la voûte palatine, à moins qu'une lésion n'eût été produite en ce dernier point. Or il ne pouvait pas y avoir là d'autre lésion qu'une fracture. L'observation et le raisonnement m'avaient ainsi amené à une conviction dont je n'oserais pas pourtant vous faire les confidents, si, depuis, le hasard ne m'avait mis à même d'en vérifier l'exactitude. Le 20 octobre 1862, pendant que j'étais chirurgien de l'hôpital Cochin, on apporta dans mon service le nommé G..... (Georges), âgé de 38 ans, qui, en tombant dans une carrière, venait de se fracturer la colonne vertébrale. J'étais alors remplacé par un de mes collègues qui ne constata pas d'autres lésions. Quatre jours après l'entrée de ce malade, ayant repris mon service, et mon attention ayant été attirée par des traces de contusion sur la lèvre supérieure, je recherchai les signes de la fracture des maxillaires supérieurs, et je constatai une mobilité, appréciable pour moi, mais peu notable, et j'éveillai une assez vive douleur en portant le doigt indicateur au niveau de l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde.

Le malade ayant succombé le 22 décembre, c'est-à-dire deux mois après son entrée à l'hôpital, je priai M. Rigal, mon interne, de rechercher avec soin la fracture de la mâchoire supérieure et

il me prépara une pièce anatomique, qui est une preuve irrécusable de l'opinion que j'avais soutenue; elle démontre que les deux maxillaires, les deux apophyses ptérygoïdes et la branche du palatin qui les sépare ont été fracturés suivant une ligne légèrement sinueuse qui s'étend d'une fente ptérygo-maxillaire à celle du côté opposé, et pourtant le malade n'eût accusé aucune douleur dans cette région, si je ne l'avais pas examiné avec le soin que nous apportons quand nous cherchons à vérifier une opinion qui n'est pas suffisamment démontrée.

Depuis cette époque, j'ai retrouvé chez plusieurs malades les signes de cette fracture, et l'année dernière j'ai traité à l'hôpital Saint-Louis deux hommes qui les présentaient de la manière la plus évidente.

J'ai en vain cherché dans mes cartons l'observation du premier malade; M. Lefeuvre, un de mes internes, m'a donné sur le second une note que je vous demande la permission de vous lire tout entière, parce qu'elle n'est pas longue et qu'elle est parfaitement conforme à ce qui a été observé.

Observation. *Fracture du maxillaire supérieur.* — Le nommé V..... (Louis), âgé de 35 ans, exerçant la profession de charretier, reçut dans la figure, le 20 octobre 1863, un coup de pied de cheval qui le renversa; il rendit aussitôt par le nez et par la bouche une quantité de sang qu'il évalue à 1 litre environ.

Six heures après cet accident, V..... entrait à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guérin; il ne saignait plus, mais son œil et sa joue du côté droit portaient les traces d'une violente contusion. Le fer du cheval était même dessiné par une légère excoriation entre l'aile du nez et l'oreille droite.

Le 21 octobre, M. Guérin constata d'abord qu'il existait une fracture des os propres du nez, et, recherchant si le maxillaire supérieur n'aurait pas été fracturé, il le saisit entre les doigts et chercha à lui imprimer des mouvements après avoir fait solidement fixer la tête du malade entre les mains d'un aide. La mobilité étant très-difficile à constater, M. Guérin rechercha un signe qu'il dit avoir toujours trouvé dans les fractures du maxillaire supérieur. Ayant écarté les mâchoires du malade, il porta un indicateur dans la bouche au niveau de l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde et il constata que la pression en ce point causait une vive douleur, d'où il conclut qu'il y avait fracture du maxillaire supérieur et de l'apophyse ptérygoïde.

Nous ne tardâmes pas à vérifier l'exactitude de ce diagnostic. Les accidents inflammatoires s'étant dissipés, nous constatâmes, en effet,

que non-seulement la douleur persistait à la partie postérieure et externe de la voûte palatine, mais encore nous reconnûmes de la manière la plus évidente la mobilité de l'apophyse ptérygoïde et celle du maxillaire supérieur.

Une ecchymose bleuâtre, que l'on voyait sous la membrane muqueuse palatine, 1 centimètre environ au-dessus de l'arcade dentaire, nous parut encore confirmer le diagnostic. Les troubles fonctionnels résultant de cette fracture furent d'ailleurs très-peu prononcés; le malade éprouva, les premiers jours seulement, un peu de douleur en mangeant; ses mâchoires avaient perdu de leurs forces, et il ne pouvait retenir entre ses dents une compresse que l'on tirait un peu brusquement. Il commença à prendre des aliments dès le troisième jour, et le dixième il voulut sortir de l'hôpital prétendant qu'il était guéri, bien qu'il y eût encore de la douleur et de la mobilité au niveau de l'extrémité inférieure de l'apophyse ptérygoïde.

Voilà, il faut en convenir, des fractures d'une bien grande bénignité, et l'on comprend parfaitement qu'elles aient longtemps passé inaperçues. Quelques faits de fracture avec déplacement, qui ont été publiés dans ces dernières années, étaient encore propres à faire méconnaître celles dont je m'efforce de faire l'histoire succincte. Ainsi M. Richet a publié, dans le tome VII des *Bulletins de la Société de chirurgie*, une observation très-intéressante de *fracture complète du maxillaire supérieur, sans complication de plaie ou d'écrasement*. Mais, dans ce cas, il y avait un tel déplacement, que le maxillaire fracturé ne put être maintenu assez solidement pour que les incisives des deux mâchoires pussent tenir au contact, après la consolidation de la fracture, bien que M. Richet se fût efforcé de s'opposer au déplacement au moyen d'un appareil en gutta-percha.

M. Goffres, chirurgien principal de l'armée, a aussi publié dans le tome XIII du même recueil, une observation curieuse de fracture des maxillaires supérieurs; mais, dans ce fait, le maxillaire droit était atteint de plusieurs fractures; l'une d'elles, commençant au niveau de la dent canine, s'étendait verticalement en haut jusqu'à l'apophyse montante, et se continuait en arrière jusqu'à l'os palatin, en intéressant dans toute son étendue l'apophyse palatine qui était brisée en plusieurs fragments. Une autre fracture longitudinale, commençant vers le niveau de la dent canine, et finissant vers la deuxième grosse molaire, séparait le bord alvéolaire du reste de l'os, et constituait un fragment qui

n'était maintenu que par des lambeaux de la muqueuse gingivale.

Toute la portion des deux os maxillaires, dans laquelle viennent s'implanter les quatre dents incisives, était broyée en de nombreux fragments qui flottaient dans l'intérieur de la bouche. L'os maxillaire supérieur du côté gauche était également fracturé, et toutes ces portions osseuses, dit M. Goffres, étaient, avec la muqueuse déchirée, pendantes dans la bouche.

Vous voyez, messieurs, que les observations de fractures avec mobilité extrême des fragments diffèrent complétement de celles sur lesquelles je cherche à appeler votre attention. Dans les miennes, il faut le plus grand soin pour constater un peu de mobilité; dans les autres, le déplacement est tel qu'il est difficile de maintenir réduits les fragments déplacés.

Il existe encore dans la science quelques faits analogues; quelques-uns ont pourtant été moins graves; tels sont les deux faits consignés par M. Cloquet, dans le *Répertoire général des sciences médicales;* telle est encore l'observation de M. Lhonneur, jeune chirurgien dont l'armée déplore la mort prématurée. L'observation de M. Lhonneur n'est pas sans analogie avec ce que j'ai observé; mais il y avait, dans ce cas, un enfoncement du maxillaire supérieur, qui avait porté les incisives supérieures sur un plan postérieur à celui des inférieures, et, par conséquent, le diagnostic ne pouvait pas offrir de difficultés. La propulsion en arrière du maxillaire supérieur chez notre malade, dit M. Lhonneur, ne nous paraît avoir eu lieu que par suite de la fracture de l'apophyse ptérygoïde. Avait-il constaté la coïncidence de cette fracture, ou bien ne l'admettait-il que comme une conséquence forcée de l'enfoncement du maxillaire supérieur? Il ne s'explique pas suffisamment à ce sujet.

Toujours est-il que, dans ce cas, l'apophyse ptérygoïde devait nécessairement avoir été fracturée. Cette fracture pouvait être devinée; mais il n'était plus aussi facile de la soupçonner dans les cas où la solution de continuité n'a pas entraîné de déplacement appréciable. En réfléchissant aux connexions qui existent entre les maxillaires supérieurs et les apophyses ptérygoïdes, par l'intermédiaire des os palatins; il est pourtant facile de comprendre que tout choc qui porte sur la partie antérieure des os

maxillaires supérieurs, doit avoir un retentissement sur la partie des apophyses ptérygoïdes avec laquelle les os sont intimement soudés. Quand le choc aura assez de violence pour enfoncer les maxillaires, il poussera en arrière les apophyses fracturées, comme dans le cas de M. Lhonneur; s'il est moins violent, les os fracturés resteront en place. D'après les recherches auxquelles je me suis livré, ces dernières seraient de beaucoup les plus fréquentes. Ne voulant pas seulement m'en rapporter à l'observation clinique, j'ai prié M. Cocteau, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, de tâcher de reproduire sur le cadavre la fracture dont il m'avait entendu parler. Sur sept cadavres il l'a produite, et toujours les apophyses ptérygoïdes ont eu le même sort que les maxillaires supérieurs. De ses recherches il résulte qu'un coup porté violemment sur la partie de la face qui est au-dessous du nez, produit invariablement une fracture qui a une ressemblance parfaite avec celle que j'ai observée à l'hôpital Cochin. En mettant une pièce préparée par M. Cocteau à côté de celle que j'ai recueillie dans mon service, il est impossible de méconnaître l'exactitude de ma description de la fracture des os maxillaires.

Dans le fait observé par moi à l'hôpital Cochin, les deux maxillaires supérieurs et les deux apophyses ptérygoïdes ayant été fracturés, toutes les fractures qui ont été produites à l'amphithéâtre ayant été également doubles, on est, ce me semble, en droit d'affirmer que le plus ordinairement cette fracture existe des deux côtés. S'il est facile de la produire sur le cadavre, il est impossible qu'elle ne soit pas fréquente sur le vivant. J'ai déjà dit que je l'ai observée un certain nombre de fois; tout le monde l'observera, quand il sera bien avéré que les os maxillaires supérieurs peuvent être fracturés sans qu'il y ait mobilité et crépitation.

Pendant longtemps on a traité comme entorses les fractures des malléoles qui ne s'accompagnent ni de mobilité ni de crépitation bien marquées ; mais depuis les travaux de Dupuytren et de ses élèves, nous savons que le diagnostic est difficile, et nous recherchons avec le plus grand soin tous les signes qui peuvent nous servir à fixer notre opinion. J'espère qu'il en sera de même pour les fractures que je viens de décrire.

Ces fractures n'ont pas une grande gravité, puisque quelques

jours suffisent pour que les malades puissent broyer les aliments. Reste à savoir si le broiement avec des mâchoires fracturées est sans inconvénient au point de vue de la bonne conformation du visage. Si l'on tient compte de la prudence instinctive des malades dans les premiers jours de l'accident, on admettra qu'à cette époque, au moins, le déplacement n'est pas impossible : les blessés, en effet, ouvrent la bouche avec une grande réserve; ils tâchent de se soustraire à toute pression, et ce n'est guère qu'au bout d'une semaine qu'ils commencent à mâcher avec un peu de confiance.

Quand on examine les pièces sèches que j'ai fait préparer, on s'étonne encore que les fragments de cette espèce de fracture puissent acquérir si vite une solidité suffisante. Mais on peut, je crois, s'en rendre compte en se rappelant qu'il y a sur le trajet de la fracture des insertions musculaires de nature fibreuse, qui doivent être des moyens de contention, et rétablir vite une grande solidarité entre les fragments et la partie de la face, dont ils ne sont séparés que par une fente assez étroite; ajoutez à cela le périoste qui n'est pas déchiré dans toute l'étendue de la fracture, et aussi l'engrènement des fragments qui est tellement prononcé sur la pièce de M. Cocteau, que le fragment inférieur, quoique rompu comminutivement, résiste à une forte pression. A cause de la différence qui existe entre les fractures que je viens de décrire et les observations qui sont consignées dans la science, je pense que, pour le traitement, il faut établir des distinctions : pour les cas semblables à ceux de M. Richet et de M. Goffres, par exemple, on aura recours aux appareils employés par nos éminents confrères, tandis qu'il suffira, pour les cas où il n'y a pas de déplacement appréciable, de recommander au blessé de ne se servir de ses mâchoires qu'avec une prudente réserve. Chez le malade de l'hôpital Cochin, je voulus appliquer l'appareil de M. Goffres, parce que je craignais que les fragments, étant abandonnés à eux-mêmes, ne se déplaçassent bientôt. Mais le malade n'ayant pas pu supporter cet appareil, je me décidai à ne pas traiter cette fracture qui était si peu de chose auprès d'une lésion qui devait être mortelle. Vous avez pu juger par vous-même du résultat obtenu. Aucun appareil n'eût pu en produire un meilleur.

En résumé, je crois avoir démontré :

1° Qu'il existe des fractures des maxillaires supérieurs, sans déplacement;

2° Que la mobilité et la crépitation sont alors difficiles à constater;

3° Que la douleur produite par le toucher, au niveau de l'aileron interne des apophyses ptérygoïdes, en est le signe pathognomonique;

4° Que, parfois même, il est plus facile, au bout de quelques jours, de constater la mobilité de ces apophyses que celle des maxillaires;

5° On pourrait enfin ajouter que l'apophyse montante de l'os palatin est nécessairement brisée; et la pièce anatomique que j'ai recueillie à l'hôpital Cochin démontre que la fracture de la lame verticale de l'ethmoïde coïncide avec celle des os maxillaires et des apophyses ptérygoïdes.

DE L'ULCÉRATION DE LA CAROTIDE INTERNE, CONSÉCUTIVE A LA CARIE DU ROCHER;

Par Jacques JOLLY, interne des hôpitaux.

Parmi toutes les complications qui peuvent survenir dans la carie du rocher (accidents cérébraux, phlébite des sinus de la dure-mère, paralysie de la face, etc.), la perforation des vaisseaux, si nombreux et si importants, qui entourent la portion pierreuse du temporal, est certainement un des accidents les plus redoutables, mais, heureusement aussi, un des plus rares. Quand, ainsi que le fait remarquer Tröltsch, on réfléchit que, traversant ou longeant le rocher, se trouvent la carotide interne, le sinus latéral, les sinus pétreux supérieur et inférieur, le golfe de la jugulaire interne et, tout à fait en arrière, le sinus transverse, on est surpris que la carie de cet os n'amène pas plus souvent l'ulcération des conduits vasculaires.

Il existe cependant dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles cette lésion se trouve signalée; et, chose remarquable, chacun des vaisseaux a fourni son contingent aux observateurs.