

*refouler les condyles du maxillaire dans les cavités glénoïdes par une pression directe exercée d'avant en arrière à l'aide des pouces sur les apophyses coronoides.*

Si la réduction est absolument impossible, on devra, en présence de troubles fonctionnels graves persistants, songer à la résection des condyles du maxillaire luxé. Cette opération a été tentée avec plein succès par MAZZONI sur une femme de vingt-sept ans, atteinte depuis huit mois d'une luxation double de la mâchoire.

Pour ne rien omettre, mentionnons encore une lésion rare qui consiste dans la luxation du maxillaire inférieur dans le conduit auditif après fracture des parois de ce dernier. Une telle fracture peut être produite par un coup ou un choc portant sur le menton, la bouche étant fermée; elle s'observe alors le plus souvent chez les individus dont les molaires font défaut. La fracture ne s'accompagne pas nécessairement d'une luxation du condyle du maxillaire. La paroi osseuse peut être brisée sans qu'il en résulte un rétrécissement du conduit, ou bien ce dernier est obstrué par le déplacement des fragments de sa paroi antérieure. Rarement la tête articulaire pénètre avec ces fragments dans l'intérieur du conduit. Il peut en résulter un écoulement de liquide par l'oreille, écoulement qui, dans certains cas, devient si abondant que l'on croit avoir affaire au liquide cérébro-spinal. On observe alors dans le conduit une plaie perpendiculaire à son axe, et parfois la lésion est suivie d'une arthrite temporo-maxillaire avec ankylose de l'articulation. Lorsqu'il n'existe pas de luxation du condyle, on réussit le plus souvent à réduire la fracture de la paroi antérieure du conduit. Quelquefois on observe en même temps une fracture du maxillaire inférieur.

Dans les cas de luxation de la tête articulaire dans le conduit auditif, ce dernier est entièrement obstrué; au niveau de l'articulation on constate une dépression; la bouche est ouverte et les incisives inférieures se trouvent reportées en arrière des supérieures. Ici encore on cherchera à obtenir la réduction, d'un côté d'abord, puis du côté opposé, en exerçant une traction sur le menton et une pression sur la tête articulaire (BAUDRIMONT, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, vol. VIII, p. 487).

## II. MALADIES INFLAMMATOIRES DE LA FACE

§ 11. — L'érysipèle envahit très souvent les téguments de la face. Son point de départ habituel est dans des lésions superficielles, telles que de petites excorations ou des vésicules d'eczéma, surtout lorsqu'elles siègent au niveau des orifices naturels de cette région. Il gagne assez souvent le cuir chevelu ainsi que les muqueuses nasale et buccale, tandis que, dans d'autres cas, il se propage du pharynx ou de la cavité nasale

aux téguments de la face. Il se complique volontiers de symptômes cérébraux graves, tels que nous les avons décrits déjà à propos de l'érysipèle du cuir chevelu.

Les individus dont la peau de la face est très délicate, et qui présentent volontiers de l'eczéma ou des gercures au pourtour de la bouche, du nez ou des oreilles, sont prédisposés à contracter un érysipèle de la face. Il est possible, d'autre part, que l'appareil lymphatique de la face acquière, à chaque nouvelle infection, une prédisposition plus grande à recevoir le virus érysipélateux. A la suite de ces dermatites aiguës répétées, il se développe alors un gonflement œdémateux chronique de la peau, affectant le plus souvent le nez, la lèvre supérieure et les paupières inférieures. Dans quelques rares cas, cette infiltration peut même finalement revêtir les caractères de l'éléphantiasis. L'œdème inflammatoire chronique de la peau est habituellement rebelle à tous les moyens de traitement. Pour combattre ce gonflement, cause de difformité, on peut essayer des frictions avec une pommade iodée, des badigeonnages de collodion ou un bandage compressif appliqué la nuit sur les joues et le nez.

§ 12. — La chaleur des rayons solaires peut provoquer des inflammations de la peau de la face, et il en est de même du froid, qui laisse souvent des traces de son action, surtout sur les parties saillantes de la face, soit l'extrémité du nez et les oreilles. Localement, la chaleur solaire détermine des inflammations superficielles de la peau pouvant aller au maximum jusqu'à la vésication. Ces inflammations cèdent rapidement à l'application de substances résolutive, par exemple des compresses d'eau de Goulard. Par contre, l'action directe d'un soleil ardent sur la tête et la face provoque assez souvent cet état particulier de collapsus qui fait tant de victimes en été parmi les soldats astreints à des marches forcées. Les cas légers cèdent à l'emploi d'excitants énergiques, à l'administration d'une certaine quantité de bon vin ou d'eau-de-vie, à des injections hypodermiques d'huile camphrée, et à l'application de glace sur la tête.

La véritable gangrène par congélation s'observe quelquefois à la pointe du nez et aux oreilles, mais le froid donne bien plus souvent naissance à des affections inflammatoires chroniques.

§ 13. — Le grand nombre de glandes sébacées de la face prédispose cette dernière à la formation de petites pustules et de furoncles. Souvent cette prédisposition est individuelle, et elle est parfois favorisée par des excès déterminant un état de congestion de la tête et de la face. En général, ces lésions n'ont guère d'autre inconvénient que la laideur qui en résulte, bien que les vrais furoncles de la peau puissent parfois compromettre sérieusement l'existence du malade. Dans certains cas, en effet, le développement d'un furoncle ou d'un anthrax de la joue ou de la lèvre supérieure est accompagné ou suivi de symptômes fébriles qui peuvent disparaître peu après l'incision du furoncle, ou bien le malade meurt