

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

après avoir présenté le tableau clinique de la pyémie, de la septicémie ou un ensemble de phénomènes cérébraux divers. La lèvre supérieure est tout particulièrement le point de départ d'inflammations de cette espèce. Il peut se faire que des symptômes généraux graves et même la mort surviennent alors que les phénomènes locaux n'ont eu qu'une intensité modérée, tandis que dans d'autres cas on observe un phlegmon étendu jusqu'aux paupières et à la région frontale. Il est certain que parfois il n'existe d'autre rapport entre le furoncle et sa terminaison fatale que celui que l'on constate dans des cas d'érysipèle facial ayant entraîné la mort. L'inflammation se propage jusque dans l'orbite et la cavité crânienne par la voie du tissu conjonctif et du système lymphatique, ou bien des thrombus ramollis des veines de la face se continuent dans les veines cérébrales. Dans d'autres cas, par contre, le développement du furoncle s'accompagne, au début, d'un violent frisson; la lèvre supérieure se gonfle et prend une consistance très dure; la tuméfaction s'étend à la joue et aux paupières, tandis qu'inférieurement elle se propage vers le bord de la mâchoire et envahit le cou. Le malade est pris d'une fièvre continue avec délire, puis tombe le plus souvent dans un état d'assoupissement et finalement de coma complet se terminant par la mort. Il est certain que chez un certain nombre de malades ces phénomènes reconnaissent comme cause une infection charbonneuse, tandis que dans d'autres cas il est impossible d'admettre une pareille étiologie. C'est ainsi qu'un de mes malades a succombé après avoir présenté le tableau clinique et anatomo-pathologique d'une pyémie à marche suraiguë.

Depuis que j'ai vu la mort survenir rapidement dans deux cas de processus furonculaire de ce genre, je me suis fait une loi d'inciser le plus largement possible tout furoncle de la face. De même que pour les anthrax d'autres parties du corps, il est à conseiller ici de pratiquer, par l'intermédiaire de la plaie, une désinfection complète des parties infiltrées; dans ce but, après avoir largement ouvert le furoncle par des incisions multiples, on lavera soigneusement la plaie à l'aide de solutions phéniquées fortes ou de sublimé. Ce lavage devra être répété plusieurs fois, et l'on appliquera un pansement antiseptique avec de la gaze phéniquée ou de l'onguent à l'acide borique. Au début du processus, on peut essayer également d'arrêter la marche du phlegmon par des injections parenchymateuses d'acide phénique. Dans un cas ayant affecté une marche progressive malgré de grandes incisions, LINDEMANN réussit à arrêter le processus et à obtenir une guérison rapide par de nombreuses piqûres et des injections d'acide phénique (2 : 100) répétées toutes les heures.

Ce traitement basé sur les théories actuelles est en tous cas plus rationnel que l'emploi des cataplasmes préconisé encore de différents côtés.

§ 14. — Sous le nom de **cancer humide** ou **noma** on désigne, depuis le XVII^e siècle, une forme d'inflammation phlegmonense de la face,

observée principalement chez les enfants de 2 à 12 ans, et exceptionnellement aussi chez l'adulte. Cette maladie affecte le plus souvent des individus présentant un état de santé déplorable résultant, soit d'une mauvaise nourriture, soit du séjour dans des demeures malsaines, étroites, humides, soit enfin d'affections aiguës antérieures. Le noma se développe surtout à la suite de la rougeole, mais aussi consécutivement à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, etc. On a parfois observé également une gangrène de la joue à la suite d'une stomatite mercurielle intense.

L'inflammation gangréneuse *débute toujours dans la muqueuse des joues et des lèvres*; de là elle s'étend en surface et en profondeur, et arrive jusqu'à la peau, où l'on voit bientôt apparaître une tache sombre, formée par le tissu sphacélé, et entourée d'une zone rougeâtre. La gangrène, qui est tantôt humide, tantôt sèche, peut se limiter de bonne heure, mais ordinairement la zone inflammatoire s'agrandit de plus en plus, et la mortification des tissus suit cette marche progressive. Elle s'étend en surface jusqu'à l'œil, au front, à la lèvre inférieure, au menton et à la région cervicale, tandis que dans la profondeur elle détruit les tissus jusqu'aux os; ces derniers eux-mêmes peuvent être atteints par suite de la propagation du sphacèle à leur tissu conjonctif. Les phénomènes que nous venons de décrire s'accompagnent généralement d'une salivation abondante, et d'une odeur infecte de putréfaction. Dans certains cas les phénomènes généraux sont peu marqués, tandis que d'autres fois on observe des symptômes fébriles graves de nature septique.

Dès que le processus s'est arrêté dans sa marche et qu'il s'est formé une ligne de démarcation, les parties molles frappées de gangrène et les os nécrosés commencent à s'éliminer par la formation de bourgeons charnus, et la guérison s'effectue en laissant une cicatrice plus ou moins étendue (*Voir plus loin*). Cependant une récurrence peut se produire alors que la gangrène s'est déjà limitée. D'après la statistique de BRUNS le noma se termine fatalement dans 70 pour 100 des cas; la mort est due soit à l'épuisement, soit à la septicémie ou à une pneumonie, et elle emporte le malade pendant l'évolution de la gangrène, ou lorsque celle-ci s'est déjà limitée.

Le *traitement local du noma* est le même que celui de la pourriture d'hôpital. Après avoir enlevé les tissus sphacelés, on pratiquera la cautérisation de la plaie. Que l'on se serve dans ce but du fer rouge ou de l'acide nitrique, il est toujours bon de chloroformer préalablement le petit malade. On appliquera l'agent caustique après avoir enlevé à l'aide de ciseaux toutes les parties gangrenées jusqu'à la limite des tissus sains. Nous conseillons ici l'emploi d'une solution concentrée de chlorure de zinc à cause de son action profonde et de la facilité de son application. On imbibe de ce liquide de petits tampons de ouate, et l'on en remplit