

qu'ainsi ils fatiguent les muscles et les forcent à s'allonger, tandis qu'avec les aides ils n'obtiennent que des tractions saccadées qui irritent les muscles, les font entrer en contraction, et par conséquent les font résister aux efforts dirigés contre eux. Aussi je crois pouvoir avancer avec certitude que le véritable moyen de réduire les luxations consiste à exercer sur les muscles une traction lente, égale et très-forte, jusqu'à ce que l'os luxé reprenne sa place normale, et que tous les moyens accessoires indiqués par les pathologistes sont inutiles. Or, cette traction peut être faite par des aides ou par des mouffles : elle sera plus égale avec ces derniers, et sa force pourra être mesurée plus aisément qu'avec des aides; mais il y a dans l'emploi des mouffles, comme le fait observer Boyer, un inconvénient, qui est de ne pouvoir diriger leur action que dans un sens, et de ne pouvoir varier ce sens, comme cela se fait avec des aides : aussi je crois que ceux-ci doivent être préférés. Lorsque je n'ai pu réduire des luxations, soit récentes, soit anciennes, au moyen d'aides, c'est toujours parce qu'ils n'étaient pas en nombre suffisant et parce qu'ils n'avaient pas une action régulière et bien dirigée.

Boyer fait observer que les mouffles ont le grand inconvénient de déployer une force qu'on ne peut pas calculer. Aujourd'hui cette raison n'existe plus, car on se sert d'un dynamomètre ou d'une romaine pour savoir quel degré de force on obtient.

Lorsqu'on réduit les luxations avec le secours d'aides, on entend ordinairement un certain bruit, et on ressent une secousse quand l'os reprend sa place. Ces deux phénomènes sont surtout remarquables dans la réduction des luxations de la cuisse et du bras; ils dépendent, le bruit, de la rentrée de la tête de l'os luxé dans sa cavité, et la secousse, de la contraction instantanée des muscles qui, ayant été allongés pendant que les surfaces articulaires étaient ramenées à leur niveau, se raccourcissent subitement quand l'os se remet à sa place. Cependant quelquefois ces phénomènes n'ont pas lieu : c'est lorsque les forces d'extension et de contre-extension sont assez grandes pour s'opposer au remplacement subit de l'os. C'est au moins ce que j'ai observé dans la réduction de certaines luxations.

Lorsqu'on réduit les luxations avec les mouffles, jamais ces phénomènes n'existent, parce que la traction exercée est trop forte pour que la surface articulaire luxée glisse avec bruit dans sa place normale et pour que les muscles se contractent brusquement en se raccour-

cissant. Aussi dans ce cas, comme dans celui où les forces des aides sont très-grandes, on ne s'aperçoit que la réduction est effectuée que lorsque, les forces cessant d'agir, les parties sont abandonnées à elles-mêmes.

J'ai toujours pu réduire avec le secours d'aides les luxations du bras et de l'avant-bras, quand les malades ont voulu se soumettre à des tractions convenables. Deux fois ils s'y sont refusés, et ils se sont adressés à d'autres chirurgiens. Ils avaient agi ainsi par honte, et alors, s'étant soumis à des tractions convenables, les luxations ont pu être réduites. Dans un cas, la luxation du bras était une luxation récente de l'humérus dans la fosse sous-épineuse; dans l'autre cas, la luxation était une luxation de l'avant-bras en arrière, datant de six semaines, et méconnue.

Je n'ai pu une fois réduire, avec des aides, une luxation du fémur en bas et en dedans, ou dans la fosse sous-pubienne : alors, M. Sédillot et moi l'avons réduite avec des mouffles et une force de deux cent cinquante livres. Nous avons, le même jour, essayé de réduire une luxation du fémur en haut et en dehors, ou dans la fosse iliaque externe; mais nous n'avons pu y parvenir en employant une force de trois cents livres, et nous avons cessé nos tentatives, craignant d'occasionner des accidents si nous avions recours à une plus grande force. La luxation datait de deux mois.

ARTICLE III.

Des luxations de la mâchoire inférieure.

Parmi les articulations que les os de la tête forment entre eux, celle de la mâchoire inférieure est la seule qui soit susceptible de luxation proprement dite. L'altération que les rapports articulaires des autres os de la même partie peuvent éprouver est bien plus exactement exprimée par les mots *écartement*, *diduction*.

Les sujets de tous les âges ne sont pas également exposés à la luxation de la mâchoire inférieure : nous verrons bientôt que pour que cette luxation ait lieu, il faut que la ligne de direction du col des condyles qui, dans l'ordre naturel, et dans l'état de rapprochement

des mâchoires, forme avec la base du crâne un angle aigu et rentrant en devant; il faut, dis-je, que cette ligne prenne une disposition contraire, c'est-à-dire qu'elle forme avec la base du crâne un angle obtus et rentrant en devant, ce qui ne peut arriver qu'autant que l'écartement des mâchoires a été porté à un point extrême. Or, on sait que dans les enfants les branches de la mâchoire inférieure forment avec son corps, ou bien avec le plan de sa base, un angle extrêmement ouvert, et que ces parties sont presque sur la même ligne. A la faveur de cette disposition, les condyles de la mâchoire inférieure s'articulent avec la base du crâne sous un angle aigu, dont le sinus est tourné en devant; en sorte que pour former un angle obtus en devant avec cette même base, il faudrait que la mâchoire inférieure s'abaissât à un degré auquel elle ne peut jamais atteindre, et que ne pourraient permettre ni la longueur des muscles élévateurs, ni l'ouverture naturelle de la bouche, ni même la situation de la colonne vertébrale. Aussi observe-t-on que la luxation de la mâchoire inférieure n'a jamais lieu dans les très-jeunes sujets, malgré les fréquentes occasions qu'ils auraient d'éprouver ce déplacement, en présentant à leur bouche des corps de toute espèce de diamètre, et en portant ainsi leurs mâchoires à un point extrême d'écartement, et qu'elle ne se voit communément qu'à l'époque de la vie où le développement de l'arcade dentaire est complet, et où la forme définitive de la mâchoire inférieure est fixée.

Cet os ne peut être luxé qu'en se portant au devant de l'apophyse transverse ou articulaire du temporal. Si l'on considère la nature des rapports des surfaces articulaires, on verra que pour que les condyles pussent se luxer en arrière, et passer pour cela au-dessous de la saillie formée par la paroi inférieure du canal auditif osseux et par la crête vaginale du temporal, il faudrait que la mâchoire inférieure pût s'élever au delà de son contact avec la supérieure. On verra de même que l'un des condyles ne peut se porter en dehors qu'autant que le condyle opposé se porterait en dedans; et que pour que ce dernier pût exécuter ce mouvement latéral, il faudrait qu'il passât au-dessous de la saillie formée par l'apophyse épineuse de l'os sphénoïde; effet qu'aucune cause ne peut produire: ou bien que cette dernière éminence fût fracturée par la même violence qui tendrait à opérer la luxation; ce qui ne pourrait jamais avoir lieu par l'action d'un coup porté directement sur les branches de la mâchoire, et qui produirait

bien plus facilement une fracture de la mâchoire elle-même, soit dans l'une de ses branches, soit même dans son corps.

Le plus ordinairement les deux condyles sont luxés en même temps. Il peut arriver cependant que l'un des deux soit seul luxé, le condyle du côté opposé ayant conservé ses rapports naturels. Ces deux espèces doivent être distinguées entre elles, en donnant à la dernière le nom de luxation du condyle droit ou gauche de la mâchoire inférieure, et réservant celui de luxation de la mâchoire pour la première: dénominations bien plus exactes que celles de luxation incomplète ou complète, qui ne sont propres qu'à donner une idée fautive de l'état des choses, et à faire croire qu'il peut y avoir des déplacements de cet os où les condyles n'auraient pas entièrement abandonné les surfaces articulaires des temporaux.

Toute cause capable de porter l'écartement des mâchoires au delà des limites naturelles est aussi capable de produire la luxation de l'inférieure. Dans ce nombre sont les bâillements, les efforts du vomissement, les chutes ou les coups portés avec force sur le menton, etc. Pour concevoir le mécanisme de ce déplacement, il faut rappeler sommairement la disposition des surfaces articulaires et le mécanisme des mouvements de la mâchoire.

On sait: 1° que le grand diamètre des condyles de la mâchoire inférieure a une direction oblique qui se rapproche beaucoup de la transversale; que leur surface s'étend beaucoup plus en arrière qu'en devant, et que le col qui supporte ces éminences est sensiblement recourbé en devant; 2° que la surface articulaire du temporal est composée de deux parties, une postérieure, concave, bornée en arrière par la scissure de Glaser et par le conduit auditif, et une antérieure, convexe de derrière en devant, formée par ce qu'on appelle la racine transversale de l'apophyse zygomatique; 3° qu'une lame fibro-cartilagineuse contenue dans l'articulation suit constamment les mouvements du condyle, et transporte, pour ainsi dire, avec lui, la cavité avec laquelle il est effectivement articulé; que le ligament latéral externe, le seul qui puisse être compté au nombre des moyens d'union des pièces osseuses, fixé, d'une part, à l'extrémité externe du condyle, et de l'autre, au tubercule de la base de l'arcade zygomatique, est dirigé obliquement de bas en haut et de derrière en devant, quand les mâchoires sont rapprochées, et dans un sens opposé quand la bouche est ouverte; 4° que la ligne moyenne de direction du mus-

cle masséter forme avec la base de la mâchoire un angle aigu en devant et un angle obtus en arrière, par où ce muscle tient une direction à peu près moyenne entre le corps et les branches de la mâchoire, et doit porter cet os en haut et légèrement en devant; que la direction du muscle ptérygoidien interne est exactement la même; qu'il en est de même encore du muscle crotaphite, lequel, à raison du levier représenté par l'apophyse coronoidé à laquelle il s'insère, produit invariablement un effet analogue à cette direction; que le ptérygoidien externe, dirigé de devant en arrière, et attaché au col du condyle et au fibro-cartilage interarticulaire, a manifestement pour usage de porter ces parties en devant. On sait encore que l'écartement des mâchoires résultant de l'abaissement de l'inférieure n'est pas le produit d'un mouvement simple de cette dernière, mais bien celui d'un mouvement composé, dont le centre se trouve un peu au-dessus de la partie moyenne des branches de cet os, et dans lequel le menton, se portant en bas et en arrière, et les condyles en devant, décrivent ensemble deux arcs de cercle opposés et de grandeur inégale; en sorte que tandis que le menton se porte en bas et en arrière, les condyles se placent au-dessous de l'éminence transverse des temporaux, et qu'ils rentrent dans la cavité glénoïde de ces os, lorsque le menton se porte en haut et en devant.

Cela posé, il est nécessaire de distinguer les cas où l'abaissement de la mâchoire, considéré comme cause de luxation, est produit par l'action des muscles, d'avec ceux où le même mouvement est déterminé par une violence extérieure, comme un coup, une chute sur le menton, etc.

Dans le premier cas, qui a lieu dans le bâillement, dans le vomissement, la contraction des muscles qui s'insèrent à l'os hyoïde opère l'abaissement de la mâchoire inférieure: à mesure que ce mouvement augmente, le ptérygoidien externe agit, et en portant le condyle en devant, au-dessous de l'apophyse transverse de l'os temporal, il détermine la double révolution circulaire en sens inverse, que doivent exécuter le menton, d'une part, et les condyles, de l'autre. D'un autre côté, à mesure que les condyles avancent sous l'éminence transverse, et que le menton se porte en arrière, la surface postérieure des condyles se présente au-dessous de la convexité de l'éminence transverse; et l'inclinaison de la première détermine d'autant plus facilement le déplacement du condyle en devant, que le muscle ptérygoidien externe

agit avec plus d'énergie, et se livre plus fortement à la contraction spasmodique qui caractérise le bâillement.

Dans le second cas, lorsqu'une violence extérieure agit sur le menton, et le porte en bas et en arrière, comme il arrive, par exemple, dans une chute en descendant un escalier, ou dans toute autre circonstance semblable, le mouvement de la mâchoire a lieu selon un mécanisme différent: les condyles roulent d'abord sur leur point central dans la cavité glénoïde, n'étant point amenés en devant par les muscles ptérygoidiens externes, dont la contraction n'a point lieu dans cette circonstance; l'abaissement de la mâchoire devenant plus considérable par l'action continue de la cause extérieure, la résistance des ligaments latéraux externes et l'obliquité de leur direction, et même la contraction involontaire du masséter et du ptérygoidien interne, déterminent et dirigent le déplacement. Cet effet a lieu d'autant plus facilement dans ce cas, sans le concours de l'action du muscle ptérygoidien externe, que les muscles masséter et ptérygoidien interne entrent en contraction pendant l'action de la cause extérieure qui produit violemment l'abaissement de la mâchoire; que ces muscles, à raison de leur obliquité, tendent à porter la mâchoire en devant, en la rapprochant de la supérieure, et que, de son côté, le col de la mâchoire inférieure est sensiblement recourbé en devant. A raison de cette dernière circonstance, l'axe vertical du condyle et de la partie supérieure du col qui le supporte, ne se confond point avec celui des branches de la mâchoire; la ligne qui représenterait le premier, si elle était prolongée en bas, passerait derrière l'angle de la mâchoire, et formerait avec le bord postérieur de la branche un angle de 35 degrés: en sorte que l'inclinaison des condyles, par rapport au plan de l'éminence transverse du temporal, ne doit point être estimée par la direction des branches de la mâchoire et conséquemment par le degré d'ouverture de la bouche, mais seulement par l'inclinaison de la surface articulaire postérieure du condyle. D'un autre côté, la capsule articulaire ne peut pas manquer d'être entraînée par la rotation du condyle, et avec elle le corps fibro-cartilagineux interarticulaire, dont le léger déplacement rend plus aisé le passage du condyle sous l'éminence transverse du temporal. On sent que les choses étant ainsi disposées, si, pendant qu'une cause extérieure fait effort sur le menton pour le porter en bas et en arrière, les muscles releveurs de la mâchoire viennent à agir, comme il doit arriver le plus souvent par

l'effet de la crainte, etc., le condyle deviendra le point mobile de l'os, et cédera seul en se portant en devant, de la même manière que, dans une chute sur le côté, la contraction du grand pectoral, du grand rond et du grand dorsal, lorsque le coude est retenu par le sol, produit la luxation de l'humérus, en faisant effort pour rapprocher le bras du tronc.

On voit que le mécanisme que nous venons d'exposer diffère de celui selon lequel les physiologistes et les pathologistes les plus modernes ont pensé que cette luxation avait lieu. Nous ne parlerons pas de l'opinion dans laquelle on suppose que, pendant l'ouverture forcée de la bouche, les apophyses coronoides étant portées au-dessous de l'éminence malaire, elles deviennent le centre du mouvement par lequel les muscles ptérygoidiens internes et masséters enfoncent les condyles dans les fosses zygomatiques. Outre que cette opinion ne conviendrait qu'aux cas de luxation par l'action des muscles, elle a l'inconvénient de supposer d'avance, de la part de la mâchoire, un déplacement qui constitue la luxation elle-même.

On pense généralement que, dans l'abaissement de la mâchoire inférieure, les condyles se portant en devant sous les éminences temporales, l'obliquité des branches de la mâchoire devient telle, qu'elles croisent la ligne moyenne de direction des muscles masséters et ptérygoidiens internes, en sorte que l'attache inférieure de ces muscles se trouvant alors placée derrière les condyles, ces mêmes muscles agissent sur les angles de la mâchoire, qu'ils portent en haut et en arrière, en chassant les condyles plus loin en devant.

Cette opinion, qui se présente d'abord avec une apparence de vérité frappante, a été adoptée généralement, et nous l'avons nous-même professée longtemps. Cependant, si l'on examine les choses attentivement, on trouvera qu'elle manque d'exactitude. En effet, que l'on divise le bord inférieur de l'arcade zygomatique en cinq portions égales, depuis le tubercule où s'insère le ligament latéral externe de l'articulation temporo-maxillaire, jusqu'au bas de la suture malaire; les quatre cinquièmes antérieurs de cette division marquent l'étendue de l'attache supérieure du masséter: que l'on marque le point central de cet espace, et que l'on tire de ce point une ligne horizontale passant par la région gutturale, et l'on verra que cette ligne tombe exactement sur le fond de la fosse ptérygoïde, c'est-à-dire dans le point où se fait l'attache supérieure du muscle ptérygoidien interne. Or, pour

que, dans le mouvement d'abaissement forcé de la mâchoire, les branches de cet os pussent croiser effectivement la ligne moyenne de direction des muscles ptérygoidiens internes et masséters, il faudrait que les condyles fussent portés en devant au point d'atteindre et même de dépasser la ligne dont il s'agit. Mais un déplacement aussi étendu n'a jamais lieu; il suppose entre les mâchoires un degré d'écartement que l'on ne rencontre jamais en pareil cas: un déplacement moitié moindre ne peut pas exister sans luxation. Il nous paraît donc susceptible de démonstration, qu'à moins de supposer que les condyles de la mâchoire se déplacent en devant, au point de se porter jusqu'à la partie antérieure de la fosse zygomatique, et presque derrière la fente sphéno-maxillaire, ce qui n'a point été vérifié jusqu'à présent, et ce qui paraît même contredit par certaines notions anatomiques; il paraît, dis-je, presque démontré que, dans la luxation de la mâchoire, les muscles masséters et ptérygoidiens internes restent constamment devant les condyles, et que leur rôle dans la production de cette luxation ne diffère pas notablement de celui des grand pectoral et grand dorsal dans la luxation en bas de l'humérus, si ce n'est peut-être par l'obliquité de leur action. On voit d'ailleurs que, dans toutes les suppositions, l'influence du crotaphite, quant au déplacement, est nulle, et s'il pouvait en avoir une, ce serait de le contre-balancer et de lui résister; mais, dans le cas dont il s'agit, toute l'énergie de sa contraction ne saurait agir efficacement contre la violence d'un choc, ou contre la résistance du sol appliquée au menton.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il vrai que, pour que la luxation de la mâchoire inférieure ait lieu, il faut que l'abaissement de cet os soit porté au point que la partie la plus élevée et la plus convexe de la surface articulaire de ses condyles forme avec le plan de l'apophyse transverse du temporal un angle fort aigu, dont le sinus soit tourné en arrière, et que dans cette disposition les condyles reçoivent une impulsion en devant, capable de surmonter la résistance de la partie antérieure de la capsule articulaire.

L'expérience semble démontrer qu'avec les prédispositions dont nous venons de parler, cette impulsion des condyles en devant peut être suffisante, quoique médiocre: on sait que le bâillement suffit pour donner lieu à la luxation de la mâchoire; on l'a vu survenir plusieurs fois de suite, pendant les efforts du vomissement, chez des sujets dont l'âge et la bonne constitution paraissaient exclure l'idée de toute pré-

disposition malade. Dans ces cas, l'action du muscle ptérygoïdien externe a été suffisante pour déterminer le déplacement, à moins qu'on ne veuille admettre un effort combiné des muscles abaisseurs et des releveurs, ce qui n'est pas sans quelque vraisemblance.

On ne connaît pas d'observations dans lesquelles on ait constaté, par l'inspection anatomique, la distance à laquelle les condyles de la mâchoire se portent en avant, en abandonnant la cavité glénoïde des temporaux : à en juger par les apparences sur les sujets vivants, et pendant que la luxation existe, il paraît que ces éminences ne s'éloignent guère de l'apophyse transverse des temporaux, et qu'elles s'arrêtent immédiatement au devant de cette dernière; c'est aussi ce que l'on obtient sur le cadavre en produisant des luxations artificielles. La capsule, qui, dans cette articulation, ne mérite guère le nom de fibreuse, et dont la structure est presque entièrement cellulaire, est assez lâche pour permettre ce léger déplacement sans se déchirer, au moins dans la plupart des cas. Il paraît également certain que le ligament latéral externe n'est point rompu; son insertion supérieure étant située plus en avant que l'inférieure, il offre assez de longueur pour permettre le passage du condyle sous l'éminence transverse du temporal; et lorsque la première de ces deux parties est passée au devant de la seconde, la longueur du ligament suffit encore, parce que le condyle remonte un peu.

Il est fort rare qu'un seul condyle soit luxé. Dans ce cas, qui exige également un grand abaissement de la mâchoire, l'un des condyles exécute dans la cavité glénoïde et sous l'apophyse transverse une sorte de rotation ou de conversion, en vertu de laquelle son extrémité interne est portée en avant, tandis que le condyle opposé se place au devant de l'apophyse transverse de son côté, en se dirigeant un peu en dedans. Dans ce mouvement, le condyle luxé s'éloigne davantage du tubercule auquel s'insère le ligament latéral externe, qui doit être fortement distendu ou même rompu.

Dans le moment où la luxation de la mâchoire inférieure vient d'avoir lieu, l'ouverture de la bouche est très-grande, et la distance qui sépare les deux arcades dentaires est considérable; mais peu de temps après, cette distance diminue, les deux mâchoires se rapprochent, et les dents incisives de l'une et de l'autre se fixent à une distance d'environ un pouce et demi. Ce phénomène, qui a quelquefois lieu immédiatement après la luxation, ne peut être attribué qu'à l'action du

muscle crotaphite, dont l'effet est d'autant plus efficace, que son insertion à l'apophyse coronéide se fait alors sous un angle presque droit, et que rien ne peut porter obstacle au mouvement dont il s'agit. Cependant ce mouvement ne peut aller jusqu'à remettre les dents en contact; et si l'on examine l'état des choses, les mâchoires étant arrêtées à la distance qui les sépare ordinairement dans ce cas, on trouvera que la fixité de l'inférieure vient de ce que le sommet de l'apophyse coronéide appuie sur le bord inférieur de l'os de la pommette, près de la suture malaire. Cette remarque n'avait pas échappé au célèbre Monro. Quand la luxation n'a lieu que d'un seul côté, le rapprochement immédiat des mâchoires conduit le sommet de l'apophyse coronéide vers la base de l'éminence malaire de l'os maxillaire supérieur qu'elle touche le plus souvent; et en même temps la dernière dent molaire supérieure du côté de la luxation appuie sur la partie la plus déclive du côté interne du bord antérieur de l'apophyse coronéide. Quelquefois le contact qui borne le rapprochement des mâchoires n'a lieu que dans ce dernier point, l'apophyse coronéide étant trop courte pour que son sommet atteigne en même temps l'éminence malaire.

Quand la luxation de la mâchoire inférieure a lieu, cet os est abaissé et fixé dans cette position, et les arcades dentaires sont séparées par un espace plus ou moins considérable, mais qui n'est guère moindre d'un pouce et demi, et qui ne dépasse guère cette étendue. Les dents des deux mâchoires ne se correspondent plus : les incisives de l'inférieure sont situées plus en avant, et l'on voit que si le rapprochement des mâchoires pouvait être complet, ces mêmes dents se porteraient au devant des incisives supérieures. Les dents molaires présentent le même défaut de rapport, et chacune des inférieures répond à la moitié postérieure de la dent précédente de la mâchoire supérieure. La distance qui sépare les dents molaires de l'une et l'autre mâchoires est médiocre, et, dans quelques cas, à peine peut-on introduire le pouce entre les dernières de ces dents. La salive, dont la sécrétion est augmentée par l'irritation et la compression des glandes parotides, n'est plus retenue dans la bouche et coule involontairement, les lèvres ne pouvant pas se rapprocher au point de se toucher. L'articulation des sons est difficile, et la prononciation des syllabes dans lesquelles entrent des consonnes labiales est impossible. En examinant attentivement la conformation des parties, on trouve immédiatement

au devant du canal auditif, et sous l'extrémité postérieure de l'arcade zygomatique, une dépression formée par le côté externe de la cavité glénoïde du temporal, au lieu de la saillie que forme, dans l'état naturel, le côté externe du condyle; les joues et les tempes sont aplaties par l'allongement de leurs muscles; on sent à travers la joue, et surtout à l'intérieur de la bouche, une saillie formée par l'apophyse coronéide. Tels sont les signes qui caractérisent la luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure; mais lorsque l'une de ces deux éminences est seule déplacée, aux signes que nous venons d'indiquer, et qui existent pareillement, il faut ajouter que le menton est porté sensiblement du côté opposé à celui de la luxation, que les dents de la mâchoire inférieure ont éprouvé un déplacement semblable, que la dépression produite par le déplacement du condyle ne se distingue que devant le conduit auditif du côté luxé, et que l'articulation des sons est encore possible, quoique très-défectueuse: les malades ne parlent qu'en balbutiant. Un ensemble de symptômes aussi évidents semblerait ne devoir permettre aucune méprise; cependant il s'est trouvé des praticiens assez peu exercés pour s'en laisser imposer, et prendre les symptômes de la luxation de la mâchoire inférieure pour des signes de l'apoplexie, et quelquefois pour ceux d'une contraction spasmodique des muscles qui s'attachent à l'os hyoïde.

Lorsque la luxation de la mâchoire inférieure n'est pas réduite, voici ce qui arrive: dans le premier temps, la mâchoire reste fixée inébranlablement dans la situation où elle a été portée par la luxation; la salive s'écoule involontairement, d'abord en abondance, puis en moindre quantité; la mastication est impossible, mais la déglutition des aliments liquides et des boissons peut avoir lieu en renversant la tête en arrière. On a même vu des exemples d'une telle immobilité de la mâchoire, dans la situation où la luxation l'avait placée, que l'ankylose en a été la suite. Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi; Monro a vu un cas où la luxation n'ayant été ni reconnue, ni réduite, au bout de quelque temps le malade avait recouvré la faculté de faire exécuter à la mâchoire des mouvements d'abaissement et d'élévation, sans néanmoins pouvoir remettre en contact les dents des deux mâchoires. On a vu d'autres exemples où la mâchoire inférieure s'est relevée peu à peu, au point que les lèvres pouvaient être rapprochées sans efforts et retenir facilement la salive, et que le malade pouvait avaler sans difficulté. Il est probable que sans l'ob-

stacle que l'apophyse coronéide trouve de la part de l'os de la pommette à rentrer dans la fosse zygomatique, l'élévation complète de la mâchoire inférieure aurait lieu peu à peu, et qu'à la faveur d'une sorte d'articulation entre les condyles et la partie antérieure de l'apophyse transverse du temporal, la faculté de la mastication se rétablirait et s'exercerait assez facilement. Ravaton assure même avoir vu un jeune soldat qui, deux ans après une luxation de l'un des condyles de la mâchoire qui n'avait point été réduite, et qui ne put jamais l'être à cette époque, mâchait et parlait, quoique avec difficulté; ce qui est bien plus étonnant que dans le cas de luxation des deux condyles. Du reste, tous les inconvénients de la luxation de la mâchoire inférieure méconnue se réduisent à la perte de la faculté d'articuler certains sons, et à la nécessité de vivre d'aliments liquides ou de potages, pendant un temps plus ou moins long, après lequel on voit la mastication se rétablir. On ne peut concevoir d'où a pu venir l'assertion attribuée au prince de la médecine, que, si cette luxation n'est pas promptement réduite, il faut s'attendre à des accidents graves, au tétanos et à la mort. C'est inutilement que quelques auteurs se sont donné beaucoup de peine pour expliquer ce passage; le muscle crotaphite n'est pas plus sujet à s'enflammer que tous les autres organes de la même espèce qui entourent un os luxé, et l'observation n'a pas démontré que l'inflammation de ce muscle fut plus redoutable que celle de tout autre. Il est impossible que cette assertion soit le résultat de l'observation positive, et par conséquent le passage qui la contient doit être considéré comme apocryphe; il ne porte point les caractères de naïveté et d'exactitude qui distinguent les écrits d'Hippocrate. Ordinairement la réduction de la luxation de la mâchoire inférieure est facile, mais la récurrence est fréquente. Cependant, si l'on en croit certains auteurs, et même à en juger par certains faits, cette réduction est accompagnée quelquefois de très-grandes difficultés: nous verrons bientôt sur quoi repose cette opinion, et à quoi tient l'apparence démonstrative des faits sur lesquels elle paraît être fondée.

Il n'existe guère que deux indications à remplir pour le traitement de cette luxation: il est bien rare que l'on ait des accidents à prévenir ou à combattre, à moins que la luxation ne soit survenue à l'occasion de quelque lésion extérieure, et qu'il n'y ait eu en même temps quelque contusion, laquelle ne peut jamais être bien grave. Il ne s'agit donc que de réduire la luxation et de la maintenir réduite.