

signalé, constitue même une rareté, même si le trait de fracture passe par le canal dentaire. L'hémorragie n'est ordinairement pas abondante et s'arrête sous l'influence des applications froides. Une complication très intéressante des fractures du maxillaire inférieur est l'écoulement de sang et de sérum par l'oreille du côté blessé. Les autopsies ont démontré qu'à côté d'une fracture du maxillaire on peut alors en rencontrer une de la cavité glénoïde. Mais il faut savoir qu'à la suite des traumatismes portant sur le menton, on peut observer aussi une fracture de la cavité glénoïde sans fracture concomitante de la mâchoire, le choc portant sur la cavité articulaire qu'il fracture en laissant intact le maxillaire inférieur. L'écoulement qui se fait par l'oreille s'explique donc en somme par la fracture de la base du crâne au niveau de la cavité glénoïde. Il va de soi qu'un grand nombre de fractures du maxillaire s'accompagnent de commotion cérébrale<sup>1</sup>.

La *marche* des fractures du maxillaire inférieur est souvent plus compliquée que celle des fractures des autres os de la face. Parmi les phénomènes fâcheux qu'on observe dans ces cas, nous pouvons citer la salivation profuse, la décomposition putride des sécrétions buccales et une stomatite ulcéreuse. Aussi dans toutes ces fractures faut-il veiller à la propreté minutieuse de la bouche. Nous donnons ordinairement dans ces cas des gargarismes au chlorate de potasse<sup>2</sup>. Une autre complication assez fréquente est la formation d'abcès au niveau de la fracture. Ordinairement l'abcès est dû à la nécrose des extrémités des fragments ou à celle d'une esquille, mais dans certains cas il résulte de l'attrition intense des parties molles<sup>3</sup>. Une fois nous avons eu l'occasion d'observer une fracture du maxillaire inférieur datant de plusieurs semaines, dans laquelle, sans qu'il y eût eu déchirure de la peau ou de la muqueuse, il s'est formé un abcès qui s'ouvrit sous le bord de l'os. La consolidation de ces fractures est ordinairement

(1) C'est précisément en raison de ces symptômes de commotion cérébrale que les écoulements par l'oreille liés à la simple fracture de la cavité glénoïde peuvent aisément induire en erreur le clinicien, qui croit volontiers à une fracture du rocher (voy. p. 110). Mais il faut ajouter que ces complications cérébrales sont rares. A son degré extrême, la fracture de la glénoïde est un enfoncement complet, avec pénétration du condyle dans le conduit auditif externe, cas auquel le diagnostic est vite établi par l'inspection et l'exploration au stylet. Ces fractures articulaires sont surtout fâcheuses parce que, par arthrite, par cal vicieux, elles sont souvent suivies d'ankylose et il n'est pas rare de voir des sujets, des enfants principalement, atteints de constriction des mâchoires à la suite d'une chute sur le menton. (A. B.)

(2) Un des meilleurs antiseptiques pour les lavages buccaux est l'hydrate de chloral en solution au centième. (A. B.)

(3) Ailleurs il est le résultat d'un adéno-phlegmon. (A. B.)

parfaite et les pseudarthroses très rares. Il en est de même des difformités pouvant plus tard donner lieu à la compression des nerfs et aux névralgies.

Les *bandages* qu'on emploie dans ces fractures sont très variables. Dans les fractures simples avec déplacement peu marqué dans le sens vertical, on peut se contenter d'introduire un bouchon entre le fragment élevé et le maxillaire supérieur et de maintenir soulevé par une mentonnière le fragment abaissé. J'ai vu à la clinique de v. Dumreicher les résultats excellents qu'on peut obtenir par cet appareil fort simple. Seulement il ne faut pas se mettre dans la tête que le déplacement doit être corrigé tout de suite après l'application de l'appareil. En agissant lentement on arrive au même but. Dans les cliniques et les hôpitaux, la mentonnière faite avec une bande de toile



Fig. 16. — Fronde de Bouisson.

peut être remplacée par un appareil comme celui de Bouisson (fig. 16).

Depuis les temps les plus reculés, on a essayé de maintenir les fragments en place par la ligature des dents<sup>4</sup>. Seulement ce procédé n'a jamais donné des résultats appréciables. Le plus souvent le fil de lin ou le fil métallique glisse, ou bien les dents commencent à s'ébranler et la ligature, au lieu d'être utile, devient directement nuisible. La suture des fragments serait encore le procédé le meilleur.

(4) « *Poro dentes in parte confracta diductos inter se, ut Hippocrates præcipit, auro deligare, nempe lino ab auro chrysolino dicto aut chrysonemate: quoniam vero hujus facultas non omnibus conceditur, lino valido, aut bysso, aut pilo equino, aut id genus aliquo* » nous dit Paul d'Egine. Pour les pauvres on a trouvé de tous les temps, une sorte de « *aliquid* ». (Gurlt cite, d'après Malgaigne, Guillaume de Salicet comme l'inventeur de ce procédé.)



De nos jours, on a inventé un grand nombre d'appareils de contention pour les fragments déplacés. Les uns, comme les appareils de Rütenik et Lonsdale, prennent leur point d'appui sur le bord inférieur du maxillaire par une attelle destinée à maintenir en place le fragment qui a une tendance à remonter, et à s'opposer à cette ascension. Ces appareils ne valent rien, car le bord inférieur de la mâchoire ne supporte pas la compression, et si on force tant soit peu la chose, on peut voir survenir de la gangrène.

Les appareils qui prennent leur point d'appui sur l'arcade alvéolaire sont basés sur un autre principe. Fauchard, Nicole, Malgaigne se servaient de deux plaques métalliques analogues à celles qui sont employées par les dentistes : l'une était appliquée sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du rebord alvéolaire, et on maintenait les deux au moyen de pointes ou de vis très fines. Morel-Lavallée a préconisé un appareil en gutta-percha, le meilleur en somme parmi tous ceux que nous connaissons. Après la réduction de la fracture, faite au besoin sous le chloroforme, on met un morceau de gutta-percha dans de l'eau bouillante, de façon à obtenir une masse facile à pétrir à laquelle on donne la forme d'un fer à cheval et qu'on applique par une forte pression contre la rangée des dents, qui se trouvent complètement couvertes par la gutta-percha. On fait fermer les deux mâchoires et on favorise le durcissement de cette substance par l'introduction entre les lèvres de morceaux de glace ou l'insufflation d'air froid. On retire le moule durci, on le découpe de façon à ce qu'il arrive à couvrir les dents sans toucher aux gencives et on le réapplique en disant au malade de serrer fortement les deux mâchoires l'une contre l'autre. L'appareil tient alors si solidement qu'on n'a pas besoin de le retirer avant 8 ou 15 jours.

Port a dernièrement proposé un autre appareil. On applique contre la face externe des dents une lamelle de cire à modeler d'un demi-centimètre d'épaisseur et on la rabat sur la face interne de façon à obtenir un moule exact. Dans ce moule on verse du plâtre, qu'on retire lorsqu'il est durci et dont on se sert pour fabriquer un autre moule creux en zinc, formant alors une attelle s'adaptant très exactement aux dents.

(1) Ces gouttières pleines, et surtout celles en gutta-percha, ont l'inconvénient de rendre très difficile l'antisepsie buccale. Aussi Martin (de Lyon) a-t-il dans ces dernières années conseillé soit des gouttières en zinc ajourées à chaque tubercule dentaire, soit même une sorte de treillis en fil d'argent : c'est, on le voit, le retour à la ligature dentaire, rendue bonne parce qu'elle prend point d'appui, comme la gouttière de Morel-Lavallée, sur toutes les dents et non pas seulement sur les dents voisines de la fracture. Ces appareils ne peuvent être bien appliqués que si on les confectionne sur un moule en relief. (A. B.)

Pour les fractures à esquilles des maxillaires, il faut suivre ces règles générales et ne pas vouloir trop faire. Des fragments en apparence complètement mobiles, mais adhérents aux parties molles par une lamelle mince de tissu osseux, peuvent parfaitement reprendre, de sorte que l'ablation primitive n'est indiquée que pour les fragments nettement détachés. On se contentera donc de réduire la fracture et de veiller à la propreté rigoureuse de la bouche. J'ai observé un cas de fracture du maxillaire inférieur à esquilles multiples, consécutif à un coup de pistolet chargé à blanc et tiré dans la bouche — l'expansion des gaz dans la cavité buccale peut certainement produire des fractures de ce genre — où pas une esquille volumineuse ne fut frappée de nécrose : toutes se sont consolidées dans une bonne position.

**Fractures par armes à feu.** — Arrivons à l'étude des points principaux des *lésions des os de la face par armes à feu*. Ces plaies ne sont pas fréquentes et, pendant les dernières guerres, leur nombre n'excède pas 30/0 du total des plaies par projectiles. D'une façon générale ces lésions sont assez bénignes. Abstraction faite des ravages terribles<sup>1</sup> que produisent les bombes et les boulets de canon, les fractures par armes à feu des os de la face ne sont graves que par les complications dont elles s'accompagnent. Il est évident qu'un coup de feu tiré dans l'orbite détruira l'œil, qu'une balle tirée dans la bouche pourra arracher la langue et donner lieu à un œdème qui dans certains cas descendra jusqu'à la glotte. On comprend également que les fractures par armes à feu portant sur la partie postérieure du maxillaire supérieur ou la branche montante de l'inférieur pourront s'accompagner d'hémorragies abondantes. Mais la lésion osseuse elle-même évolue presque toujours d'une façon très satisfaisante.

Nous croyons pourtant devoir insister sur certaines particularités de ces fractures. Dans le cas de lésion de l'orbite, l'œil est ordinairement perdu ; j'ai vu à la clinique de Dumreicher un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe gauche et qui a eu probablement les deux nerfs optiques sectionnés par la balle, car, malgré

(1) Voici un cas célèbre de Larrey. Pendant le siège d'Alexandrie (1801) un boulet de canon enleva à un caporal toute la mâchoire inférieure et les 3/4 de la mâchoire supérieure avec les parties molles. Les os du nez, l'ethmoïde et l'os malaire étaient réduits en bouillie, une partie de la langue enlevée, l'œil crevé. On crut ce caporal mort et on le mit à côté des tués. Larrey trouva qu'il vivait encore et ordonna de le nourrir avec une sonde œsophagienne introduite par le nez. Il finit par guérir, et après la cicatrisation de la plaie il fut admis aux Invalides. On lui fabriqua un masque en argent et il pouvait même se faire comprendre. Un cas semblable a été observé par Legouest pendant la guerre de Crimée, mais le malade mourut au bout de 3 jours.



l'amaurose complète, les milieux de l'œil restèrent parfaitement limpides chez ce blessé qui a fini par guérir; le cerveau était touché. Le globe oculaire peut être crevé, ou écrasé ou chassé de l'orbite et entouré de paupières occupées par une ecchymose considérable. Ordinairement il existe dans ces cas des douleurs insupportables. Il n'est pas indiqué de tenter l'extraction primitive de la balle, car on ne sait jamais si la paroi supérieure, très mince, de l'orbite est brisée ou non. Dans les cas même où le projectile restait dans le rebord orbitaire, Pirogoff conseillait de ne pas tenter l'extraction immédiate de la balle de crainte de voir une suppuration envahir le tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Ces idées étaient très justes à l'époque où les plaies n'étaient pas traitées par l'occlusion antiseptique, et elles le seront encore aujourd'hui, sans doute, pour les cas où, comme à la guerre, l'antisepsie rigoureuse est impossible.

Les plaies par armes à feu de la fosse temporale ou sphéno-maxillaire, avec ou sans lésion osseuse, ont toujours été très redoutées. Les hémorragies secondaires qu'on observe dans ces cas sont si graves, que Pirogoff n'hésitait pas à conseiller la ligature de la carotide dès la première hémorragie artérielle tant soit peu abondante. Stromeyer était partisan, dans ces cas, de la résection du maxillaire inférieur. Il est évident que si l'on prend toutes les précautions antiseptiques, la ligature de la carotide au catgut est moins grave que la résection du maxillaire. Dupuytren a déjà remarqué que lorsque la balle pénètre dans l'antra d'Highmore, elle peut y rester sans occasionner des troubles appréciables, et rouler dans la cavité quand le malade tourne la tête.

Dans les coups de revolver tirés dans la bouche, on trouve ordinairement, comme Pirogoff l'a fait observer, une fracture des deux maxillaires. Ces plaies sont ordinairement très graves, car dans la majorité des cas il existe un déplacement considérable des fragments, une tuméfaction énorme des parties molles, des troubles graves de la respiration et de la déglutition, et la situation du malade devient des plus critiques quand la langue est blessée en même temps. La tuméfaction des parties rend presque toujours impossible la recherche de la balle. Dans ces cas, il faut avoir en vue deux points: l'hémorragie et l'alimentation du malade. On arrête la première par la glace et les compresses froides; quant à l'alimentation, elle doit être effectuée artificiellement. S'il survient de l'œdème de la glotte, il faudra faire la trachéotomie; quant à la résection des esquilles, tous les chirurgiens militaires se prononcent avec Dupuytren contre cette opération.

**Luxation du maxillaire inférieur.** — La luxation de la mâchoire infé-

rieure est connue depuis Hippocrate. C'est la seule luxation traumatique qui ne s'accompagne pas de déchirure de la capsule et qui par conséquent soit intra-capsulaire<sup>1</sup>.

Le *mécanisme* de cette articulation, étudié au siècle dernier par Ferrein, n'est bien connu que depuis les travaux de Henke et Langer. L'articulation se compose de deux parties, une supérieure, l'autre inférieure, entre lesquelles se trouve un disque cartilagineux biconcave qui s'articule avec les deux surfaces articulaires. Quand on ouvre la bouche, le disque passe en avant du tubercule articulaire, en même temps que le maxillaire inférieur se porte en arrière. D'après les expériences très nombreuses faites par Maisonneuve, la luxation serait due à ce fait que, lorsqu'on ouvre trop largement la bouche, le disque et avec lui la tête articulaire passent en avant du tubercule et restent fixés dans cette nouvelle position. Quant aux facteurs qui interviennent pour fixer la tête articulaire luxée, les opinions sont très partagées. Monro, Pinel, Boyer et Ribes se sont déjà occupés de cette question; Malgaigne a examiné toutes les opinions avec son sens critique habituel, et son objection fondamentale, à savoir que la luxation sur le vivant ne correspond en rien à celle qu'on produit sur le cadavre, aurait conservé toute sa valeur même après les recherches de Maisonneuve, si plusieurs autopsies n'avaient démontré que les lésions trouvées dans ces cas correspondaient à celles qu'on produit expérimentalement sur le cadavre. Aussi sommes-nous obligé d'admettre avec Maisonneuve que ce sont les ligaments latéraux fortement tendus et les muscles non moins tendus, le masséter et le ptérygoïdien externe, qui maintiennent la tête articulaire dans sa nouvelle position. Si on réunit par une ligne les deux orifices du canal dentaire inférieur, cette ligne passerait par les points qui subissent le moindre déplacement pendant les mouvements du maxillaire, et par conséquent les vaisseaux et les nerfs qui pénètrent par cet orifice seront le moins tirillés pendant ces mouvements. Nous pouvons nous figurer que lorsqu'on ouvre la bouche, tous les mouvements du maxillaire se passent autour de cette ligne comme autour d'un axe. Si le mouvement dépasse la normale, les fibres du masséter qui se trouvent avoir changé de direction pourront maintenir l'os dans sa nouvelle position. Comme l'a démontré

(1) Cette intégrité capsulaire n'est peut-être pas aussi démontrée qu'on le croirait d'après cette phrase. D'après Ch. Nélaton et Farabeuf il y a en général déchirure sous-méniscale antérieure. Tout récemment, un élève d'Albert, J. Schnitzler, a repris cette question et a insisté sur la déchirure sus-méniscale postérieure. Je ne développerai d'ailleurs pas davantage cette question, d'intérêt purement théorique.



Pinel par des mensurations exactes, le masséter forme avec l'axe du condyle, quand la bouche est fermée, un angle de 35° (ouvert en avant et en haut); cet angle diminue à mesure qu'on ouvre la bouche, et quand le maxillaire est abaissé au maximum, l'angle ne dépasse pas 4 à 5°; on comprend alors que les fibres du masséter agissent, dans ces cas, dans l'axe du condyle qu'elles pressent fortement contre le temporal. Si la tête articulaire est portée encore plus en arrière, la résultante des forces des muscles et des ligaments se trouve appliquée derrière l'axe autour duquel le mouvement se passe, et élève par conséquent l'angle supérieur du maxillaire, comme l'ont démontré Busch et Steinlein<sup>1</sup>.

La luxation du maxillaire se rencontre très rarement, de sorte qu'elle ne forme que 1 1/2 0/0 de toutes les luxations. Elle est ordinairement double, et comme causes occasionnelles on peut citer le baillement forcé, l'introduction d'objets volumineux entre les dernières dents des deux maxillaires, plus rarement un coup abaissant fortement la mâchoire.

Les *symptômes* de la luxation sont des plus nets, et comme signe pathognomonique on trouve presque toujours l'impossibilité de fermer la bouche. Il n'existe pas d'autre affection dans laquelle ce symptôme survienne aussi brusquement. Tandis qu'à l'état normal la rangée des dents du maxillaire inférieur se trouve derrière celle du maxillaire supérieur, dans le cas de luxation la première est en avant de la seconde. La place occupée par le condyle au-devant du conduit auditif externe est vide, et la tête articulaire se trouve plus en avant (« *ossisque tuberculum juxta malas tumidius apparet* » Paul

(1) Farabeuf n'admet pas que le condyle puisse ainsi dépasser en avant l'axe de traction du masséter et du ptérygoïdien interne, de façon que ces muscles deviennent élévateurs de l'angle, c'est-à-dire abaisseurs de la symphyse. Pour lui, les causes qui empêchent la mâchoire de se fermer tant que le condyle est luxé en avant sont variables suivant les dispositions anatomiques; et ce sera suivant le cas l'accrochement du bec coronoidien sur le tubercule de l'os malaire (Fabrice d'Aquapendente, Hunauld, Nélaton), ou le simple contact du bord antérieur de la coronoïde avec le même tubercule (Monro), ou enfin la tension des ligaments sphéno et stylo-maxillaires (Maisonneuve). La notion de l'engrènement osseux possible est, on le conçoit, importante pour les manœuvres de réduction. Il est vrai qu'en pratique on peut s'en tenir à une règle fixe. Les causes que je viens d'énumérer, sont des obstacles à l'élévation du menton: mais toujours le chirurgien peut exagérer l'abaissement du menton et ce faisant forcément il fait cesser les contacts osseux anormaux ou s'il n'en existe pas il détend les ligaments longs postérieurs. *Le premier temps des manœuvres doit donc être d'exagérer l'ouverture de la bouche, ce que d'ailleurs tout praticien fait, sans s'en rendre compte, en appliquant les pouces sur l'arcade dentaire.*

(A. B.)

d'Egine); les joues paraissent allongées, aplaties; la salive coule de la bouche qui est sèche. En un mot, le tableau clinique est si caractéristique que le médecin peut faire le diagnostic aussitôt que le malade a passé la porte du cabinet de consultation.

Dans la luxation unilatérale, les symptômes sont moins marqués, mais le signe principal, l'impossibilité de fermer la bouche, existe toujours. La tête articulaire ne se trouve reportée en avant que d'un seul côté, et une ligne tirée entre les deux incisives internes et passant par la symphyse s'incline du côté malade par son extrémité supérieure<sup>1</sup>.

La luxation peut être *réduite* en prenant point d'appui soit sur le corps du maxillaire, soit sur les apophyses coronoïdes.

Le malade doit être assis sur une chaise basse (« *primo ut sedeat æger in sella ad modum muliebri, hoc est satis humili et infima* » dit Vésale), car le chirurgien qui se tient debout devant lui aura à développer une force assez considérable en pressant sur le maxillaire qu'il faut abaisser. Un aide maintient la tête du malade et la porte autant que possible en haut pour résister à la force que déploiera l'opérateur; il se place donc derrière le patient et saisit la tête avec

(1) Fabrice d'Aquapendente a donné une description très détaillée des symptômes: « *Maxillæ inferioris aut unum, aut uterque caput luxatur. Si unum luxatur: 1. Ea maxillæ pars proeminet in partem anteriorem; 2. in partem luxatam mentum inclinatur; 3. ad partem contrariam partis luxatæ os distorquetur et maxilla distorta eminentior apparet; 4. sub dentibus incisoribus canini consistunt; 5. in parte luxata processus acutus eminentior apparet; 6. dentes non possunt committi. Si luxetur vero maxilla ex utroque latere, signa sunt: 1. Quod tota maxilla in anteriorem partem prominet, neque distorta est, sed recta; 2. os manet apertum; 3. processus acutus ex utraque parte apparet prominentior; 4. dentes inferiores excedunt multo superiores; 5. musculi temporales interni admodum et duri conspiciuntur* ». Cette analyse détaillée pourra compléter ce que nous venons d'exposer. De plus, Fabrice a relevé deux grosses erreurs relatives aux luxations du maxillaire. Depuis Guillaume de Salicet, tous les chirurgiens du moyen âge parlaient d'un mouvement de translation en arrière du maxillaire et en décrivaient les symptômes, et cette erreur était parfaitement partagée par Vésale. Fabrice a démontré que ce mouvement ne peut même s'exécuter. Et malgré cela un chirurgien du siècle dernier soutenait avoir vu une luxation de ce genre (!). La seconde erreur date d'Hippocrate qui disait que, lorsque la luxation n'était pas réduite, les malades tombaient dans un sommeil profond, étaient pris de vomissements et mouraient au bout de 10 jours. Tous les écrivains du moyen âge ont reproduit ce passage. Fabrice dit n'avoir jamais observé ces phénomènes qui, s'ils existent, sont probablement produits par une cause autre que la non réduction de la luxation. Fabrice donne ensuite une description détaillée des différentes méthodes de réduction de cette luxation. Les méthodes de réduction que j'aurai à décrire sont du reste connues depuis le moyen âge. La machine pour réduire les luxations du maxillaire, décrite par Oribase, est également très remarquable.



ses mains appliquées à plat au niveau des oreilles et cherche pour ainsi dire à soulever le malade. Le chirurgien introduit dans la cavité buccale les deux pouces qui, appliqués au niveau des dernières molaires, repoussent le maxillaire directement en bas afin de dégager le condyle et de le faire passer au-dessous du tubercule articulaire. Les autres doigts sont appliqués contre le menton et le bord inférieur du maxillaire. En même temps que les pouces cherchent à abaisser la partie postérieure du maxillaire, les autres doigts cherchent à soulever sa partie antérieure, ce qui favorise la réduction<sup>1</sup>.

Pour éviter toute morsure au moment de la réduction, les pouces doivent abandonner rapidement les molaires et passer dans la cavité du vestibule buccal. Une méthode très ancienne consiste à introduire entre les molaires, au lieu des pouces, deux bouts de bois enveloppés de linges et à soulever la mâchoire par une pression exercée de haut en bas. Ce procédé, qui est parfaitement indiqué chez les aliénés, peut être exécuté même quand le malade garde la position horizontale. Le chirurgien passe derrière le malade et introduit les deux morceaux de bois, l'aide repousse alors la mâchoire en haut.

Dans une autre méthode, on prend le point d'appui sur les apophyses coronoïdes. Les chirurgiens modernes ont renoncé à cette méthode, mais Busch a réussi à réduire de la sorte une luxation double qui avait résisté aux autres procédés<sup>2</sup>. Quelquefois il est avantageux de réduire d'abord un côté et ensuite l'autre.

Dans les luxations *anciennes* du maxillaire inférieur, on a eu recours à des appareils très variables, capables de développer une force considérable nécessaire pour triompher de la résistance des muscles. Le même but pourrait pourtant être atteint par le chloroforme. Toutefois il est possible que même sous la narcose on rencontre une résistance considérable, seulement je ne pense pas qu'un médecin se paie un de ces appareils fort coûteux, ordinairement d'origine française, car somme toute ces luxations sont très rares. Les tentatives de réduction doivent, dans ces cas, être faites très sérieusement et très énergiquement, car on est arrivé à réduire des luxations datant de 3 mois. Dans les luxations irréductibles, la résection de la tête est pleinement justifiée.

(1) Lorsque le condyle est abaissé de façon à pouvoir passer sous la racine transverse de l'apophyse zygomatique, il faut donner au maxillaire une impulsion d'avant en arrière et alors seulement élever le menton. (A. B.)

(2) La méthode est du reste plus ancienne qu'on ne le croit. Vésale la donne comme la seule à employer : « *Ex adversa parte luxationis tam diu maxillæ capita, quæ et processus vocamus, ambabus manibus circa aures constringas ac perbelle reducās* » (*Chirurgia magna*). La méthode est également indiquée au XIII<sup>e</sup> siècle par Rolando : « *Capita mandibularum sub auribus accipiantur et deducantur.* »

Dans certains cas on a observé la réduction spontanée de la luxation, et certains malades, sujets à des luxations spontanées fréquentes, connaissent de petits artifices qui permettent la réduction immédiate. Les rebouteurs pratiquent un moyen très simple qui consiste à donner un coup de poing, de bas en haut, sur le maxillaire. Seulement avec ce procédé on risque de produire une fracture. Le procédé employé par les anciens est encore plus simple. Il consiste à provoquer chez le patient une terreur subite en feignant de lui donner un coup de poing sur la figure. Un chirurgien de l'antiquité dit que de son temps on approchait de la figure du malade un objet allumé comme si on voulait lui brûler la figure, et la luxation se réduisait d'elle-même... C'est une légère nuance dans « *ignis sanat* ».

On a publié plusieurs cas de luxation congénitale de la mâchoire inférieure et on en a donné des descriptions détaillées. Nous nous contentons d'en prendre note sans entrer dans plus de détails.