

fondes. Celles qui ne communiquent pas avec la cavité articulaire ne donnent lieu à aucune indication spéciale.

Au contraire, lorsqu'elles s'étendent jusqu'à l'intérieur de l'articulation luxée, elles constituent une des plus graves complications des luxations, d'autant qu'elles s'accompagnent souvent de l'issue à l'extérieur d'une des extrémités osseuses et de la rupture des vaisseaux et des nerfs.

Ces plaies articulaires sont produites tantôt directement par la violence extérieure, tantôt indirectement par la distension excessive des téguments. Quelquefois enfin, c'est l'os luxé qui, poussé violemment à travers les parties molles, les déchire de dedans en dehors et vient faire saillie à l'extérieur.

Cet accident s'observe le plus souvent dans les luxations du pied, du poignet, des doigts; il est moins fréquent dans les luxations du coude et du genou; très-rare dans les luxations de l'épaule; il n'a peut-être jamais été rencontré dans les luxations coxo-fémorales.

Lorsque la plaie est étroite, on doit réduire la luxation et se comporter ensuite suivant les règles que nous avons établies dans le traitement des plaies articulaires. S'il y a issue de l'extrémité osseuse, la réduction doit être encore tentée, et il sera quelquefois nécessaire pour l'obtenir de pratiquer des débridements.

Quant aux indications de la résection et de l'amputation immédiates ou consécutives, elles ont été longuement examinées à propos des plaies pénétrantes des articulations, et nous ne saurions que répéter ce que nous avons déjà dit sur ce sujet.

*b. Accidents consécutifs.* — Parmi ces derniers, nous signalerons seulement : 1° l'inflammation, 2° la gangrène, 3° les *roideurs articulaires* et l'*ankylose*.

1° *Inflammation.* — Cet accident peut se développer sans qu'il y ait de plaie articulaire, soit avant la réduction, soit à la suite des efforts tentés pour l'opérer. Dans le premier cas, on doit, avant de réduire, chercher à combattre les phénomènes inflammatoires par la série des moyens antiphlogistiques; puis, lorsque le gonflement, la douleur, le spasme musculaire auront cessé, on opérera la réduction, suivant les règles ordinaires.

Il arrive quelquefois que l'inflammation survient à la suite des efforts tentés pour obtenir la réduction, et cette complication s'observe principalement lorsqu'il s'agit d'une luxation ancienne sur laquelle on a exercé des tractions violentes. Bien qu'une vive inflammation, survenue dans ces conditions, soit un accident fort grave, il n'atteint pas cependant le degré de gravité des arthrites suppuratives consécutives aux plaies communiquant avec l'articulation.

C'est surtout dans les luxations compliquées de plaies pénétrantes qu'on voit l'inflammation prendre une grande intensité et se terminer rapidement par suppuration en dedans et au voisinage de l'articulation.

Laugier (1) a étudié avec soin le mode de formation des abcès périarticulaires, dans les cas de luxations compliquées de plaies. Il a observé que ces abcès, qu'il nomme *abcès primitifs locaux*, se développent toujours sur le côté du membre opposé au déplacement : en dehors, si le déplacement a lieu en dedans; en avant, si le déplacement s'est fait en arrière. L'explication qu'il en donne est la suivante : lorsqu'un os luxé sort à travers les téguments, il est en même temps décollé des parties molles du côté opposé à la plaie de sortie, d'où résulte la formation d'une cavité dans laquelle le sang s'amasse, et qui, au moment où l'inflammation s'en empare, constitue un foyer purulent tout préparé d'avance, situé du côté opposé à la plaie.

Quoique les choses se passent le plus souvent de cette manière, on ne peut accepter comme absolue la loi établie par Laugier relativement à la formation de ces abcès, aussi bien dans les cas de luxations que dans les cas de fractures compliquées de plaie. En effet, d'une part, on voit assez fréquemment des abcès primitifs se développer ailleurs que du côté opposé à la plaie de sortie, et, d'autre part, les abcès primitifs que Laugier considère comme inévitables dans le point désigné, peuvent ne pas survenir. Aussi nous pensons qu'on ne saurait adopter le précepte donné par ce chirurgien qui veut que, dès le principe, on fasse une contre-ouverture préventive, du côté opposé à la plaie de sortie : on devra seulement surveiller attentivement le membre blessé, après la réduction, et si la suppuration survenait au point indiqué par Laugier, lui donner rapidement issue.

2° La *gangrène* peut reconnaître pour causes une contusion directe, une rupture vasculaire, une compression prolongée des téguments par l'extrémité de l'os luxé. Suivant la nature de la cause qui la détermine, la gangrène offre dans sa marche et dans son évolution des différences sur lesquelles il nous paraît inutile d'insister ici.

3° *Roideurs articulaires et ankylose.* — Nous avons déjà mentionné ces accidents qui succèdent surtout aux luxations compliquées de plaies, de fractures, etc., et en parlant du traitement des luxations simples, nous avons indiqué les moyens de les prévenir. On verra plus tard, lorsque nous traiterons de l'ankylose, quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas où cette terminaison n'a pu être évitée.

## LUXATIONS EN PARTICULIER.

### § I<sup>er</sup>. — Luxations de la mâchoire inférieure.

La luxation de la mâchoire peut se rencontrer des deux côtés à la fois, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, ou d'un seul côté; de là la division en *luxation bilatérale* et *luxation unilatérale*. Dans l'un et l'autre cas, le condyle du maxillaire inférieur se déplace toujours en

(1) *Archives génér. de méd.*, 1846, t. XI, p. 133.

avant. Toutefois on doit signaler, à titre de variété exceptionnelle, le déplacement en haut et en dehors de l'un des condyles. Dans un fait unique observé par Robert (1), il y avait une fracture à peu près verticale du maxillaire, et le condyle, poussé par la violence extérieure, avait pénétré dans la fosse temporale et était venu faire saillie au-dessus de l'apophyse zygomatique.

ÉTIOLOGIE. — MÉCANISME. — Les causes de la luxation de la mâchoire sont, les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, il faut signaler en première ligne la laxité des ligaments, résultant, soit d'une disposition originelle, soit de l'existence antérieure d'une luxation. Les auteurs du *Compendium* pensent aussi que le peu de développement des muscles temporaux et masséters favorise la luxation. On a dit également que la longueur plus ou moins considérable de l'apophyse coronoïde pouvait exercer une influence prédisposante sur la production de la luxation. Mais nous verrons bientôt jusqu'à quel point il est permis d'admettre l'action de ces dernières causes.

Relativement à l'influence de l'âge et du sexe, on peut dire que cette luxation ne s'observe guère que chez les jeunes gens et chez les adultes; elle est très-rare chez les enfants et peu fréquente chez les vieillards. Les femmes paraissent y être plus exposées que les hommes.

Les causes déterminantes des luxations de la mâchoire doivent être distinguées en physiologiques et mécaniques.

Au nombre des premières nous signalerons : le vomissement, le bâillement, le rire, les cris violents et les convulsions.

Les causes mécaniques sont relatives aux violences extérieures. Ainsi la luxation est quelquefois déterminée par un coup vigoureusement appliqué sur le menton, surtout lorsque la violence est dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Une chute sur le menton peut agir de la même manière. On a vu le déplacement se produire en voulant faire ouvrir de force la bouche à un malade qui s'obstinait à la tenir fermée. L'avulsion d'une dent a parfois aussi causé cet accident.

Toutes ces causes ont un mode d'action identique, et déterminent un écartement exagéré des arcades dentaires, d'où résulte, par un mécanisme facile à saisir, le glissement en avant des condyles du maxillaire. Mais il n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire d'expliquer en quoi consiste la luxation, et de pénétrer le mécanisme par suite duquel le déplacement persiste. Les opinions des chirurgiens sur ce sujet ont varié, à différentes époques, et la question ne nous paraît pas encore complètement résolue, malgré les travaux de Giraldès (2), de Nélaton (3), de Maisonneuve (4), et malgré les recherches plus récentes de

(1) *Journal de chirurgie*, 1844, p. 265.

(2) Thèse de concours, Paris, 1844.

(3) *Revue méd.-chirurg.*, t. VI, p. 284.

(4) *Acad. des sciences*, 27 octobre 1862.

Mathieu (1), professeur agrégé au Val-de-Grâce, dont le mémoire, inséré dans les *Archives générales de médecine*, mérite d'être lu avec soin.

Boyer admettait que, dans l'abaissement exagéré du menton, soit par une cause physiologique, soit par une cause mécanique, les condyles du maxillaire dépassent la racine transverse de l'apophyse zygomatique, et qu'ils sont maintenus contre le plan antérieur de cette saillie par l'action des muscles masticateurs.

Malgaigne, le premier, attaqua la doctrine de Boyer, adoptée par la plupart des chirurgiens; et chercha à faire prévaloir cette opinion que le transport des condyles maxillaires au-devant des apophyses transverses est tout à fait normal dans une forte ouverture de la bouche. Or cette objection est inexacte, et les physiologistes sont unanimes à reconnaître que, dans le plus grand écartement des mâchoires, les condyles coiffés du ménisque interarticulaire reposent de chaque côté sur le relief de la racine transverse, sans jamais dépasser la partie encroûtée de cartilage.

Pour qu'il y ait luxation, il faut donc que le condyle passe au-devant de la racine transverse. Mais ce premier point établi, il reste encore à déterminer la cause qui retient les condyles dans cette situation.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour rejeter l'hypothèse de J. L. Petit, d'après laquelle le condyle se porterait assez en avant pour dépasser les insertions supérieures des muscles masséter et ptérygoïdien interne, qui deviendraient alors élévateurs des angles de la mâchoire et maintiendraient les condyles luxés. Mais certains auteurs admettent encore, sur la foi de Boyer et de Pinel, que l'action de ces mêmes muscles aidés du ptérygoïdien externe, suffit pour fixer le condyle en avant de la racine zygomatique. Dans ces derniers temps, Maisonneuve, cherchant à étudier sur le cadavre le mécanisme de la luxation de la mâchoire, est arrivé à une doctrine qui se rapproche beaucoup de celle de Boyer. Quoiqu'il fasse jouer un rôle assez obscur à la résistance passive des ligaments stylo- et sphéno-maxillaires, il admet aussi que les condyles engrenés au-devant des racines transverses, sont maintenus par la contraction des muscles élévateurs de la mâchoire.

La théorie précédente serait parfaitement acceptable, si les muscles masséters et ptérygoïdiens étaient simplement des élévateurs de la mâchoire. Or il n'en est pas ainsi. Les muscles élévateurs de la mâchoire agissent tous, soit directement, soit indirectement, pour attirer en arrière les condyles portés en avant de la racine transverse; tous, en un mot, sont des rétracteurs en même temps que des élévateurs. D'où cette déduction légitime, que l'action des muscles, qui aurait pour effet de ramener le condyle dans sa place normale, ne saurait être invoquée pour expliquer la persistance du déplacement, et qu'il faut un obstacle matériel à la rétrocession du condyle.

Richet (2) a cru trouver cet obstacle dans l'existence d'un plan incliné

(1) *Archives*, août 1868.

(2) *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, 1855, p. 411.

qu'il signale en avant de l'apophyse transverse, et, dans son opinion, c'est contre cet arrêt que vient buter le condyle du maxillaire. Nous pensons, avec Mathieu, que cet obstacle est tout à fait insuffisant pour empêcher la réduction spontanée d'une luxation.

De son côté, Nélaton a développé de nos jours une théorie déjà ancienne, exprimée d'abord par Hunauld, puis adoptée par Monro, Favre, Delpech. Dans cette théorie, l'apophyse coronoïde, abaissée et portée en avant, viendrait s'accrocher au bord inférieur de l'os de la pommette, vers son point de jonction avec l'os maxillaire supérieur, et de cet accrochement résulterait un obstacle invincible au rapprochement des mâchoires (fig. 37). Cette doctrine a fait fortune et a été acceptée par Malgaigne, les auteurs du *Compendium* et la plupart des chirurgiens. Cependant on n'a pas tardé à susciter contre elle de très-sérieuses objections, et à montrer l'impossibilité matérielle, dans un grand nombre de cas, de l'accrochement de l'apophyse coronoïde au-dessous de l'os malaire; enfin, dans une autopsie faite par Demarquay (1), cet accrochement n'existait pas.

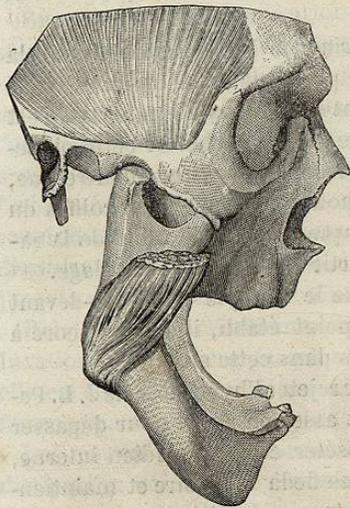


FIG. 37. — Luxation de la mâchoire inférieure. Accrochement de l'apophyse coronoïde sous l'os malaire. (Nélaton.)

Nous arrivons à la théorie la plus récente, exposée avec beaucoup de talent par Mathieu, et qui nous paraît basée sur une étude beaucoup plus complète qu'on ne l'avait encore fait de l'anatomie et de la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire. Suivant Mathieu, l'accrochement de l'apophyse coronoïde, s'il existe, est secondaire, et le véritable obstacle à la réduction consiste dans la présence du fibro-cartilage ou ménisque interarticulaire resté sur la racine transverse, en arrière du condyle déplacé.

En effet, on s'était peu préoccupé jusqu'à ce jour de déterminer exactement la position qu'occupe le cartilage interarticulaire dans la luxation de la mâchoire, ou, pour mieux dire, il existait, sur ce point, entre les auteurs, une divergence d'opinions remarquable : les uns se contentant d'avancer, sans y attacher la moindre importance, que le ménisque suit ou ne suit pas le condyle dans son déplacement; les autres (Pinel, Ribes, A. Bérard) affirmant que le ménisque accompagne toujours le condyle; d'autres enfin (Giraldès, Gosselin) soutenant que le cartilage interarticulaire reste accolé sur l'apophyse transverse.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1<sup>er</sup> avril 1863.

Les recherches anatomiques et les expériences sur le cadavre ont démontré à Mathieu que le condyle pouvait se déplacer indépendamment du fibro-cartilage interarticulaire, ou conjointement avec celui-ci. Mais le déplacement simultané du fibro-cartilage et du condyle doit être extrêmement rare, parce qu'il suppose de grandes déchirures, attendu que, pour le produire sur le cadavre, il est nécessaire de couper le faisceau postérieur, c'est-à-dire la partie la plus forte de la capsule qui unit le fibro-cartilage à la cavité glénoïde. Lorsque la luxation est produite dans ces conditions, on ne voit qu'exceptionnellement l'accrochement des apophyses coronoïdes au-dessous des os malaïres, et la fixité du déplacement n'existe pas.

Lorsque, au contraire, on réussit à produire le déplacement du condyle seul, si l'on cherche à rapprocher les mâchoires en soutenant les angles, de manière à suppléer à la contraction musculaire, on éprouve un temps d'arrêt très-appreciable, dû à la présence du fibro-cartilage derrière le condyle. Cette luxation du condyle sur le fibro-cartilage était, du reste, admise par Astley et Samuel Cooper, ainsi que par Chelius. Dans les trois seules autopsies que nous possédions, les fibro-cartilages n'ont été conservés que sur deux pièces, et, dans les deux cas, les fibro-cartilages étaient demeurés en arrière des condyles (fig. 38).

Au reste, la théorie précédente n'entraîne pas le rejet de la théorie de l'accrochement. Seulement Mathieu considère ce dernier comme tout à fait secondaire et comme produit par l'action musculaire qui, annulée dans son effet rétrograde, viendrait augmenter l'immobilité de la mâchoire.

Telle est, en résumé, la doctrine développée par Mathieu. Nous aurions une grande tendance à l'adopter préférablement aux autres, parce que, ainsi que nous l'avons dit, elle est fondée sur une connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie de l'articulation, parce qu'elle est passible d'objections moins sérieuses que celles de Boyer, de Richet et de Nélaton; enfin parce qu'elle est suffisamment d'accord avec les autopsies faites jusqu'à ce jour.

Mais, avant de se prononcer définitivement sur la question qui nous occupe, il est nécessaire que de nouveaux faits se produisent, et que la dissection nous enseigne quelles sont les lésions anatomiques qui accompagnent cette luxation.

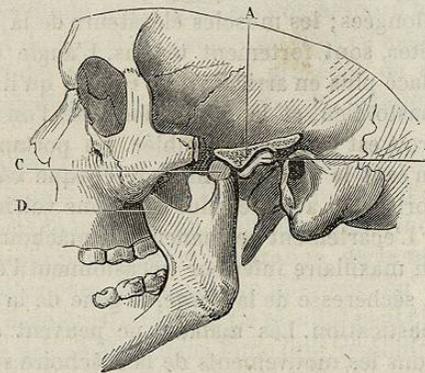


FIG. 38. — Luxation de la mâchoire. — A, apophyse zygomatique sciée à sa base; B, fibro-cartilage interarticulaire; C, condyle du maxillaire; D, apophyse coronoïde. (Mathieu.)

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes diffèrent suivant que la luxation est bilatérale ou unilatérale.

*a. Luxation bilatérale.* — Les malades atteints de cette luxation se trouvent dans l'impossibilité de fermer la bouche, quels que soient les efforts qu'ils fassent pour rapprocher l'une de l'autre les arcades dentaires, qui demeurent plus ou moins écartées. L'écartement des dents de la mâchoire inférieure et de la mâchoire supérieure a été porté parfois jusqu'à 3 ou 4 centimètres au niveau des incisives. Il diminue quand on l'examine plus postérieurement.

Non-seulement on observe un écartement des arcades dentaires, mais encore les dents de la mâchoire inférieure sont sur un plan antérieur aux dents correspondantes de la mâchoire supérieure.

Les condyles du maxillaire inférieur sont éloignés du conduit auditif, et, au lieu de trouver en avant de ce conduit la saillie condylienne, comme dans l'état normal, on constate là une dépression dans laquelle il est possible d'enfoncer le plus souvent le doigt. Les joues sont aplaties, allongées; les muscles éleveurs de la mâchoire, et en particulier le masséter, sont fortement tendus. L'angle du maxillaire inférieur se trouve placé plus en arrière; il en résulte qu'il est rapproché du muscle sterno-mastoidien, et la dépression que l'on trouve habituellement en cet endroit est en partie comblée. En portant le doigt au fond de la bouche, on sent la saillie formée de chaque côté par les apophyses coronoïdes portées en avant et plus ou moins voisines de l'arcade zgomatique.

L'écartement permanent des mâchoires et la situation déclive des dents du maxillaire inférieur occasionnent l'écoulement incessant de la salive, la sécheresse de la gorge, la gêne de la déglutition et l'impossibilité de la mastication. Les malades ne peuvent qu'avec peine articuler les sons. Tous les mouvements de la mâchoire sont presque toujours douloureux.

*b. Luxation unilatérale.* — Les symptômes sont moins prononcés que dans la luxation bilatérale. L'écartement des mâchoires est moindre et le menton est porté du côté non luxé. L'aplatissement de la joue, la dépression que nous avons signalée en avant du conduit auditif, la saillie de l'apophyse coronoïde, n'existent que du côté de la luxation.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est généralement facile. Pourtant cette luxation a été confondue avec un spasme nerveux, un trismus, une convulsion limitée à la face et même une paralysie faciale. Mais il suffit d'un peu d'attention pour ne point commettre de semblables méprises. Les spasmes, le trismus, se reconnaîtraient à la contracture permanente du muscle masséter et à l'absence d'écartement des mâchoires, qui, dans ces cas, sont serrées l'une contre l'autre. La paralysie faciale se distinguera en ce que, affectant presque constamment un seul côté, elle est caractérisée par la flaccidité des téguments, l'abaissement de la commissure labiale du côté affecté, ainsi que par la mobilité du maxillaire inférieur, qui n'est pas écarté du supérieur, comme dans les luxations de la mâchoire.

Quant au diagnostic différentiel entre la luxation bilatérale et la luxation unilatérale, il est facile à déduire de l'exposé comparatif des symptômes dans l'un et l'autre cas.

PRONOSTIC. — Le pronostic est généralement peu grave, surtout dans le cas de luxation unilatérale. Il faut toutefois tenir compte de ce fait, qu'on a vu la luxation se reproduire d'elle-même après qu'elle avait été réduite. Dans l'immense majorité des cas, la réduction est facile.

Lorsque la luxation a été abandonnée à elle-même, il en résulte généralement des inconvénients plus ou moins sérieux, en rapport avec la persistance et le degré de l'écartement des mâchoires. Cependant quelques observations démontrent que peu à peu les mâchoires peuvent se rapprocher, et que l'articulation des sons, la mastication, la déglutition, finissent par s'exercer presque comme à l'état normal.

TRAITEMENT. — Comme dans toute luxation, la réduction doit être faite le plus promptement possible. Les méthodes et les procédés ont varié suivant l'idée qu'on s'est faite de la nature du déplacement et des causes qui l'entretiennent. Malgré l'incertitude qui règne encore aujourd'hui dans la science, à ce dernier point de vue, il est remarquable et en même temps fort heureux que la plupart des méthodes et des procédés de réduction réussissent à peu près également bien dans les cas de luxations récentes.

Sans parler des procédés barbares et tout à fait irrationnels, qui consistent à rapprocher violemment la mâchoire inférieure au moyen d'un violent coup de poing appliqué sous le menton, on peut dire que l'indication qui paraît essentielle à remplir pour réduire la luxation de la mâchoire, est d'abaisser la partie postérieure du maxillaire inférieur, ou de produire un écartement entre les dernières molaires. Ce résultat peut être obtenu à l'aide de trois méthodes principales. Dans l'une (qui remonte à Hippocrate), on se contente d'abaisser la totalité de la mâchoire en agissant sur le menton, puis on repousse la mâchoire en arrière. Mais cette méthode est peu employée de nos jours, et avec juste raison, car elle doit souvent manquer son effet.

Dans la seconde méthode, à laquelle on a le plus généralement recours, le chirurgien se propose d'abaisser seulement la partie postérieure de la mâchoire par une pression, soit sur les dernières molaires, soit sur les apophyses coronoïdes. Voici comment on devra procéder : Le malade est assis sur une chaise; le chirurgien, debout devant lui, introduit dans la bouche du blessé les deux pouces, qu'il place sur les dents molaires de la mâchoire inférieure, en ayant soin de les enfoncer le plus en arrière possible. Lorsque la face palmaire est bien appliquée sur les arcades dentaires, le chirurgien presse avec ses doigts en arrière et en bas. Dans ce mouvement, le maxillaire inférieur est fortement repoussé en arrière du maxillaire supérieur, dont il s'écarte, et pendant ce temps de l'opération, on peut admettre, suivant la théorie que l'on adopte, soit que des condyles temporaux s'abaissent et repassent au-dessous et en

arrière de la racine transverse, soit que le sommet de l'apophyse coronoïde se dégage.

Au moment où la résistance est vaincue et où la mâchoire reprend sa place habituelle, l'opérateur devra porter ses pouces en dehors, de manière à les placer entre les arcades dentaires et les joues, sans quoi il s'exposerait à être mordu. On a conseillé, pour obvier à cet accident, de garnir les doigts avec du diachylon ou de la charpie; mais il est préférable de n'avoir pas recours à ces moyens, qui gênent les mouvements.

La crainte d'être mordu au moment de la réduction a fait imaginer un autre procédé, que Nélaton a, dans ces derniers temps, appliqué de nouveau, guidé par ses vues théoriques sur la cause de la persistance du déplacement. Ce chirurgien, au lieu d'appuyer sur les molaires, comme dans le procédé décrit plus haut, exerce une pression de haut en bas et d'avant en arrière, sur le sommet des apophyses coronoïdes, dans le but de faire cesser l'acrochement au-dessous de l'os molaire.

Les deux procédés réussissent le plus ordinairement et à peu près également dans la plupart des cas. Cependant il est quelquefois nécessaire d'exercer une double action sur la mâchoire, c'est-à-dire d'abaisser la

partie postérieure par l'un des procédés connus (pression sur le condyle ou l'apophyse coronoïde), en même temps qu'on relève le menton. Cette dernière manœuvre peut être opérée par les doigts du chirurgien qui pressent le menton de bas en haut et d'avant en arrière, tandis que les pouces, introduits dans la bouche, pressent de haut en bas, soit les dernières molaires, soit les apophyses coronoïdes. On peut remplacer, dans les cas rebelles, les doigts du chirurgien par une fronde dont il ramène les chefs sur le sommet de sa tête, pour exercer sur eux des tractions, comme dans les procédés de Ravaton et de Guillaume de Salicet. Nous indiquerons également certains procédés dans lesquels, au lieu d'enfoncer les doigts dans la bouche, on s'est servi de corps solides, tels que : un coin de bois, une cuiller, un manche de couteau, etc. Différents instruments ont encore été employés dans ce but ; telle est la pince de Atti (1), qui consiste en deux branches garnies de coussinets, que l'on introduit fermée entre les dernières molaires, de chaque côté, et qui s'ouvre par pression. Tel est encore l'instrument de Stromeyer (2), qui se compose de deux branches articulées

à la manière de tenailles, et terminées par une extrémité élargie en forme de fer à cheval, s'adaptant à la courbure des arcades dentaires; l'articulation est disposée de telle façon que lorsqu'on rapproche les ex-

(1) Archives générales de médecine, 1<sup>re</sup> série, t. V, p. 145.

(2) Gazette médicale, 1833, p. 677.

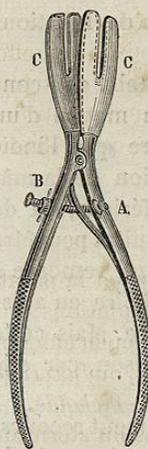


FIG. 39. — Pince de Stromeyer. — CC, extrémité buccale; A, B, cheville à vis et à écrou.

trémities postérieures, les extrémités antérieures s'écartent et peuvent être relâchées subitement à l'aide d'un mécanisme spécial. De plus, une cheville à vis, munie d'un écrou, permet de produire l'écartement des branches buccales, d'une manière graduelle et continue et avec une force considérable. Cet instrument, que nous avons représenté figure 39, peut rendre des services réels dans certains cas.

Enfin, Monteggia et Hey ont indiqué, pour les luxations bilatérales, une méthode qu'ils considèrent comme très-utile dans certains cas difficiles, et qui consiste à réduire successivement chaque condyle.

Lorsque la réduction a été obtenue, il est important de condamner l'articulation de la mâchoire à une immobilité aussi complète que possible; et Malgaigne insiste avec juste raison sur les inconvénients et les dangers qui peuvent résulter, surtout au point de vue de la récurrence, de l'oubli de ce précepte. On devra donc maintenir la mâchoire immobile à l'aide d'une fronde, prescrire un silence presque complet, et ne donner, pendant quelques jours, que des aliments d'une mastication facile.

Il resterait encore à déterminer jusqu'à quelle époque la réduction des luxations de la mâchoire est possible. Donovan l'a obtenue au bout de quatre-vingt-dix-huit jours; Michon et Gosselin, au bout de cent trente jours. Peut-être même est-il permis d'espérer que l'on arriverait à ce même résultat après un temps plus long encore. Nous pensons en effet avec Giraldès, que quelle que soit la date de la luxation, on doit tout faire pour la réduire, attendu que la persistance du déplacement entraîne ici, comme on le conçoit, des inconvénients plus sérieux que partout ailleurs.

## § II. — Luxations du sternum.

Le sternum se compose de trois pièces : la poignée, le corps et la pointe ou appendice xiphoïde, reliés entre elles par deux articulations qui restent longtemps distinctes, et qui peuvent être le siège de déplacements. Nous étudierons donc : a. les luxations du corps sur la poignée, ou luxations du sternum proprement dites, et b. les luxations de l'appendice xiphoïde.

a. Luxations du corps du sternum. — La luxation du corps du sternum, ou luxation du sternum proprement dite, n'a commencé à être connue que depuis un travail de Maisonneuve, lu en 1842 à l'Académie de médecine. Malgaigne ajouta trois nouveaux faits à ceux de Maisonneuve. Puis d'autres observations furent publiées dans la Gazette des hôpitaux (1863) par Ancelet, qui fit remarquer que souvent on avait décrit comme fractures du sternum de véritables luxations des diverses pièces de cet os. Dans un mémoire plus récent, J. Brinton (1) (de Philadelphie) est arrivé à réunir 14 observations authentiques de luxations du sternum.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les causes des luxations du sternum sont ordinairement indirectes, et, suivant Maisonneuve, le déplacement est le

(1) American Journal, July 1867.