

à la fois ; il y a luxation *multiple*. Ainsi il peut y avoir une luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure ; une luxation des deux extrémités de la clavicule ; une luxation des deux articulations scapulo-humérales ; une luxation simultanée de l'épaule et du poignet, etc.

On peut désigner sous le nom de luxations *complexes* celles qui s'accom-

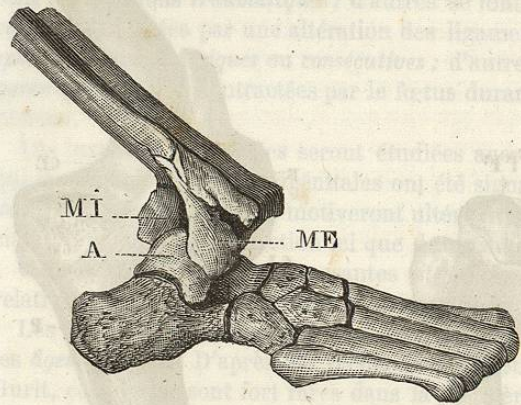


Fig. 87. Luxation de l'astragale en arrière avec fracture du rebord postérieur de la mortaise tibiale et de la malléole externe.

pagnent de fractures articulaires. Ainsi les luxations du cou-de-pied (fig. 87) coexistent le plus souvent avec une fracture du péroné ; celles du poignet avec une fracture de l'extrémité inférieure du radius, etc.

Les luxations *complexes* sont accompagnées de lésions produites au voisinage de la luxation par la même cause vulnérante ou par le déplacement des sur-

faces articulaires. Ces lésions sont nombreuses et variables d'après l'espèce de luxation : compression ou écrasement de la moelle dans les luxations des vertèbres ; déchirures des organes internes dans les luxations du bassin ; fractures des os en dehors de l'article, rupture des vaisseaux, des nerfs, solutions de continuité de la peau.

Dans toute luxation, les surfaces articulaires cessant de se correspondre en partie ou en totalité, les deux os qui forment la jointure se déplacent. Ainsi dans une luxation scapulo-humérale, c'est aussi bien l'humérus qui est déplacé par rapport à l'omoplate que l'omoplate par rapport à l'humérus. Pour s'entendre dans la description des luxations, il est nécessaire de ne considérer comme luxé qu'un seul des deux os et de prendre à cet égard une règle invariable, faute de quoi on tombe dans une confusion déplorable. Or, de l'aveu de tous les chirurgiens, c'est l'os le plus éloigné du tronc qui est censé déplacé sur l'autre. Ainsi, pour les luxations scapulo-humérales, c'est l'humérus qui est luxé sur l'omoplate ; pour l'articulation du coude, ce sont les os de l'avant-bras qui sont déplacés sur l'extrémité inférieure de l'humérus, etc. Lorsqu'une luxation atteint les os du tronc, comme les vertèbres, la clavicule, les pièces du sternum, c'est le plus éloigné du crâne qui se luxe sur l'autre. L'usage a cependant consacré des exceptions à cette règle ; ainsi A. Cooper et plus récemment Malgaigne ont considéré le tibia comme déplacé sur l'astragale dans les luxations tibio-astragaliennes. Tous les auteurs reportent aux déplacements de l'extrémité externe de la clavicule les luxations de l'articulation acromio-claviculaire.

Les luxations peuvent se faire par tous les points qui forment la circonfé-

rence d'une articulation. A ce titre, il faudrait établir pour chaque articulation autant d'espèces de luxations qu'il existe de points mathématiques sur le pourtour de la jointure. Si au lieu d'envisager les luxations au point de vue théorique, on les étudie au lit des malades, on ne tarde pas à s'apercevoir que les déplacements s'opèrent le plus communément dans certaines directions, et qu'en les considérant par rapport à l'axe du corps ou à l'axe du membre, on peut les diviser en luxations en *avant*, en *arrière*, en *dehors*, en *dedans*, en *bas* et en *haut* ; tantôt ces déplacements se font nettement d'après l'une des directions précédentes, tantôt dans un sens intermédiaire à deux des directions principales qui viennent d'être énumérées, tantôt dans deux sens à la fois.

**Symptômes.** Quelques blessés perçoivent, au moment où la luxation se produit, une sensation de *craquement*. Tous éprouvent à ce moment une *douleur vive*, conséquence de la déchirure des parties molles de l'articulation et de la compression que les surfaces osseuses déplacées exercent sur les tissus environnants. Le membre atteint de luxation est frappé d'*impuissance* dans les premiers jours ; il cesse d'accomplir ou n'accomplit qu'imparfaitement les mouvements qui lui sont dévolus dans l'état normal. Plus tard les mouvements reviennent peu à peu ; mais il est rare qu'ils reprennent leur étendue primitive. Quelquefois cependant les fonctions du membre sont en grande partie conservées, même immédiatement après la luxation ; ainsi on a vu des malades qui ont continué à marcher après la production d'une luxation coxo-fémorale.

Les régions du corps qui correspondent aux articulations ont une forme modelée sur celle des surfaces articulaires subjacentes. Toutes les fois que ces surfaces s'abandonnent, la conformation des parties change subitement ; au lieu d'une saillie on trouve une dépression et *vice versa*. La *déformation* instantanée d'une région correspondant à une articulation est donc l'un des signes les plus précieux de la luxation. Néanmoins ce signe perd une grande partie de son importance quand l'articulation occupe une situation profonde et que des parties molles épaisses masquent les effets produits par le déplacement des surfaces articulaires.

Une autre conséquence de la luxation est un changement dans la *direction* et dans la *longueur* du membre. La plupart des luxations coxo-fémorales ont pour effet de porter le membre inférieur dans la rotation en dedans ou en dehors, dans l'abduction ou dans l'adduction, etc. Tantôt le membre inférieur est allongé, tantôt il est raccourci, suivant que la tête du fémur se loge au-dessus ou au-dessous de la cavité cotyloïde.

Dans l'état normal, on peut faire accomplir à chaque articulation une série de mouvements bien déterminés à l'avance. Or toutes les fois qu'une luxation se produit, ces mouvements sont modifiés en nombre. Le plus souvent on peut communiquer au membre des mouvements qui n'existaient pas avant l'accident. Ainsi, dans certaines luxations du coude, on imprime à l'avant-bras des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction. Quelquefois cependant l'os luxé est fixé d'une manière presque absolue ; il y a alors engrenement des os, soit parce qu'il y a en même



temps une fracture de l'un d'eux, soit parce que l'os luxé est enclavé entre d'autres os. En général, les mouvements communiqués sont plus considérables dans les premiers moments que quelques jours après, en raison du gonflement inflammatoire qui ne tarde pas à survenir.

Quelques luxations donnent lieu, lorsqu'on imprime des mouvements au levier osseux déplacé, à une sensation de *crépitation* due au frottement de l'extrémité osseuse déplacée contre une surface osseuse dénudée probablement de périoste. Il faut bien se garder de confondre cette sensation de crépitation avec celle qui est propre aux fractures (p. 319). La première est moins sèche et plus sourde que la seconde.

Enfin, toutes les luxations traumatiques sont accompagnées d'une *contusion* plus ou moins forte, caractérisée quelquefois par une *ecchymose* d'étendue et de siège variables et toujours par un *gonflement* plus ou moins considérable.

**Marche. Terminaisons.** Les luxations abandonnées à elles-mêmes se comportent de diverses manières. En général, il se développe après l'accident une inflammation plus ou moins forte de nature adhésive; de là des engorgements et des adhérences dans les tissus qui entourent l'articulation blessée. Néanmoins, au bout d'un certain temps, les mouvements du membre sont en partie recouverts. On observe quelquefois un *déplacement consécutif* des surfaces articulaires dû aux exercices répétés du membre. Lorsque ce dernier reste dans l'immobilité, l'os luxé devient de plus en plus fixe, les cavités articulaires se comblent et les saillies osseuses s'émoussent. Le membre tout entier s'amaigrit et perd une partie de sa force, et quand la luxation atteint un jeune sujet chez lequel l'ossification n'est pas achevée, les os subissent un arrêt de développement.

Dans quelques cas, les choses se passent plus heureusement. Des luxations abandonnées à elles-mêmes, soit parce qu'elles ont été méconnues, soit parce que les tentatives de réduction ont échoué, se sont réduites *spontanément* à une époque plus ou moins reculée. Il en existe des exemples pour la mâchoire inférieure (Nélaton, Ségalas), pour le bras (Velpeau), pour la cuisse (Malgaigne), etc. Ces réductions spontanées s'opèrent tantôt sous l'influence seule de la contraction musculaire, dans un mouvement involontaire; tantôt à la suite d'un choc accidentel; tantôt encore par l'effet de la contraction musculaire combinée avec une pression fortuite.

Lorsque la luxation est réduite, le plus souvent les désordres des parties molles sont réparés, les ligaments déchirés se cicatrisent, et le membre reprend graduellement ses fonctions. D'autres fois, le déplacement se reproduit; ou bien, en dehors de tout déplacement ultérieur, il reste une roideur articulaire difficile à vaincre; ou bien encore le membre primitivement luxé demeure plus faible qu'avant l'accident.

**Anatomie pathologique.** Les lésions propres aux luxations diffèrent suivant que le déplacement est récent ou ancien :

1° Dans les luxations *récentes*, il existe presque toujours une déchirure plus ou moins étendue des ligaments. Lorsque la déchirure est complète,

le déplacement des surfaces articulaires est porté très-loin; incomplète, la portion de ligament restée intacte contribue à limiter le déplacement de l'os luxé. Les surfaces articulaires sont quelquefois brisées en même temps. Les muscles qui entourent la jointure sont les uns rompus, les autres déplacés; ils peuvent faire obstacle à la réduction, soit en s'appliquant sur la cavité articulaire, soit en étreignant le col de la tête luxée comme dans une espèce de boutonnière. Les cartilages articulaires sont quelquefois froissés, écrasés, déchirés, d'autres fois intacts; une quantité plus ou moins considérable de sang est épanchée dans la cavité articulaire et dans la région où les surfaces articulaires se sont logées. De ces points, le sang s'infiltré dans les interstices musculaires et quelquefois jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2° Dans les luxations qui ont été *réduites*, le sang épanché se résorbe, et il se fait un travail de réparation à la faveur duquel les ligaments, les capsules fibreuses et les membranes synoviales se cicatrisent;

3° Dans les luxations *anciennes* (fig. 88 et 89), on trouve une articulation

nouvelle développée au pourtour de l'ancienne, et entourée comme cette dernière, soit de faisceaux fibreux ou ligamenteux, soit d'une véritable capsule. Tantôt l'articulation nouvelle communique avec l'ancienne par une ouverture commune aux deux capsules; tantôt ces dernières sont indépendantes. Celle qui est de formation récente est tapissée par une membrane synoviale peu polie, ne sécrétant qu'une faible quantité de synovie. Les extrémités osseuses qui se sont abandonnées se déforment; la cavité articulaire (cc fig. 88; cc fig. 89) diminue de profondeur; la tête de l'os s'atrophie (TF, fig. 88) ou s'hypertrophie (TH fig. 89); les surfaces avec lesquelles elle est en contact s'amincissent et se creusent d'une cavité (CN fig. 88

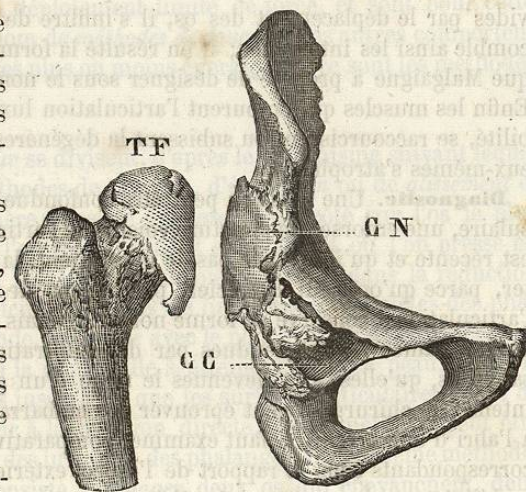


Fig. 88. Luxation iliaque ancienne.

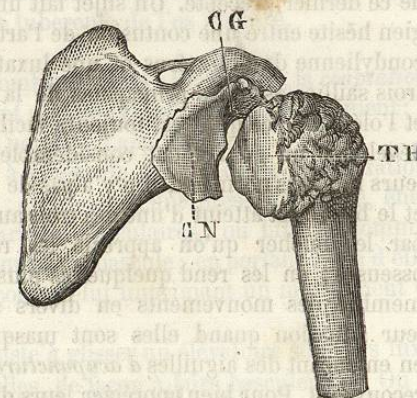


Fig. 89. Luxation intra-coracoïdienne ancienne.



et fig. 89) propre à remplacer l'ancienne, et dont la profondeur est souvent augmentée par une sécrétion osseuse qui s'opère sur les bords. Cette cavité de formation nouvelle offre tantôt un aspect poreux, poutillé; tantôt une éburnation complète; elle est revêtue parfois d'un pseudo-cartilage. Du côté des surfaces articulaires anciennes, les cartilages disparaissent en général; quelquefois ils s'épaississent et dégèrent en substance fibreuse, composée de fibres implantées verticalement sur l'os ou en une substance osseuse qui se montre sous forme de végétations; ou bien encore ils sont remplacés par du périoste. Le tissu cellulaire qui entoure l'articulation nouvelle est plus fort et plus dense. Dans les espaces laissés vides par le déplacement des os, il s'infiltré de la lymphe plastique qui comble ainsi les intervalles; il en résulte la formation d'un tissu nouveau que Malgaigne a proposé de désigner sous le nom de *tissu de remplissage*. Enfin les muscles qui entourent l'articulation luxée, condamnés à l'immobilité, se raccourcissent ou subissent la dégénérescence graisseuse; les os eux-mêmes s'atrophient.

**Diagnostic.** Une luxation peut être confondue avec une contusion articulaire, une entorse, une fracture voisine de l'articulation. Lorsque la lésion est récente et qu'il n'existe pas de gonflement, la confusion est facile à éviter, parce qu'on peut apprécier, par le sens de la vue et du toucher, si l'articulation a conservé sa forme normale; mais lorsque les parties molles environnantes sont distendues par des infiltrations et des épanchements sanguins, qu'elles sont devenues le siège d'un gonflement inflammatoire intense, le chirurgien peut éprouver des embarras sérieux. Pour se mettre à l'abri d'une erreur, il faut examiner comparativement les deux membres correspondants sous le rapport de l'aspect extérieur, de la direction, de la mobilité excessive ou entravée. Il faut surtout tenir compte des connexions conservées ou détruites entre les principales saillies osseuses qui limitent la plupart des articulations. Un exemple fera ressortir toute l'importance de ce dernier précepte. Un sujet fait une chute sur le coude, et le chirurgien hésite entre une contusion de l'article, une entorse, une fracture sus-condylienne de l'humérus et une luxation du coude. Qu'on recherche les trois saillies osseuses principales de la région: l'épicondyle, l'épitrochlée et l'olécrâne, ce qu'il est toujours facile de faire, à moins qu'il ne se soit développé un gonflement considérable. Si ces trois saillies ont conservé leurs rapports normaux, il n'y a pas de luxation du cubitus sur l'humérus, et le blessé est atteint d'une des trois autres lésions. Ce n'est pas seulement par le toucher qu'on apprécie les rapports respectifs de ces saillies osseuses; on les rend quelquefois plus apparentes, en communiquant au membre des mouvements en divers sens. On peut encore déterminer leur situation quand elles sont masquées par du *tissu de remplissage*, en enfonçant des aiguilles à *acupuncture* à travers les parties molles qui les recouvrent. Pour bien apprécier leurs distances respectives, on se sert d'un ruban métrique ou d'un compas d'épaisseur.

**Pronostic.** Il est moins grave pour les luxations simples que pour les luxations compliquées, pour une luxation d'une petite que d'une grande

articulation, pour la luxation d'une énarthrose que pour celle d'un ginglyme, pour une luxation récente que pour une luxation ancienne. Une luxation est, en effet, une lésion d'autant plus sérieuse que les désordres des parties molles sont plus étendus, que la forme des surfaces articulaires apporte de plus grands obstacles à la réduction, etc.

**Traitement.** Dans toute luxation, il y a deux principales indications à remplir: ramener les surfaces articulaires en rapport parfait l'une avec l'autre, c'est-à-dire *réduire*; prévenir un nouveau déplacement, c'est-à-dire *maintenir réduit*.

Les *méthodes* employées pour réduire les luxations sont de deux sortes: les unes n'exigent qu'un déploiement limité de force, et sont pour cette raison désignées sous le nom de *méthodes de douceur*; les autres comportent l'intervention de puissances plus ou moins énergiques: ce sont les méthodes dites de *force*.

Les méthodes de *douceur* se divisent, d'après le mécanisme suivant lequel le chirurgien agit, en méthodes de *pression*, d'*impulsion* ou de *glissement* et de *dégagement*. La première consiste à *presser* d'un côté sur l'os le plus saillant, pendant que de l'autre on soutient simplement ou l'on presse en sens opposé le second os. Elle est quelquefois employée dans la réduction des luxations sterno-claviculaires, dans les luxations incomplètes des phalanges, etc. Dans la seconde, on *presse* avec le pouce ou les deux pouces à la fois, sur l'extrémité luxée la plus facile à atteindre sous la peau, et on la *refoule* doucement en bas jusqu'à ce que les surfaces articulaires étant de niveau, on puisse recourir à la pression directe. Cette méthode peut être utilisée pour la réduction des luxations des phalanges. La troisième méthode, celle de *dégagement*, consiste à *dégager* deux os qui chevauchent, deux saillies qui s'engrènent, ou une tête luxée embarrassée dans des replis ligamenteux ou dans des boutonnières musculaires; c'est ainsi qu'on procède dans certaines luxations de la mâchoire inférieure, quand on dégage l'apophyse coronoïde arrêtée par le tubercule de l'os malaire.

Les méthodes de *force* sont au nombre de trois: l'*extension*, la *coaptation*, l'*élévatoire*. Les deux premières sont souvent employées simultanément; la troisième ne comporte qu'un petit nombre d'applications.

La *coaptation* suffit quelquefois à elle-seule pour réduire une luxation. On l'exécute de diverses manières: en exerçant une pression directe, énergique et en sens inverse sur les surfaces articulaires; ou bien en communiquant à ces dernières un mouvement de bascule; en portant l'une d'elles dans la flexion forcée; ou bien encore en lui imprimant un mouvement de rotation ou de circumduction.

La méthode de l'*élévatoire* consiste à glisser un élévatoire sous l'os luxé, à travers une plaie des parties molles, de façon à faire basculer l'os. On l'a employée quelquefois dans la réduction des luxations de la rotule.

La méthode de l'*extension* a pour objet de soumettre l'os luxé à des tractions plus ou moins fortes, propres à éloigner les surfaces articulaires de



la situation nouvelle qu'elles ont contractée. Elle exige, pour être exécutée, des moyens mécaniques dont les uns ont pour but d'embrasser solidement une portion du membre : moyens de *préhension* ; les autres, d'écartier les surfaces articulaires : moyens d'*extension* ou de *traction* ; les autres, enfin, d'empêcher le second levier osseux d'obéir aux tractions exercées sur le premier : moyens de *contre-extension*. Chacun de ces trois ordres de moyens mérite d'être examiné en particulier.

(a) Les moyens de *préhension* varient d'après la force à déployer. Lorsque les tractions sont modérées, la main seule suffit pour embrasser le membre ; lorsqu'elles doivent être très-énergiques, il faut avoir recours à des lacs faits avec des bandes, des mouchoirs, des serviettes, ou des draps pliés en cravate. Pour appliquer ces lacs, il faut, après avoir placé leur plein sur un point du membre luxé, conduire leurs chefs sur le point opposé, où on les croise pour les ramener au point de départ. Arrivé là, on les fixe avec une bande ou avec un nœud, de manière à diriger leurs deux extrémités de haut en bas, et des deux côtés du membre. Il est important de choisir, pour l'application du lac, un point où la forme des parties l'empêche de glisser, et de protéger ce point contre le frottement ou une pression trop forte, en interposant des linges enduits de cérat, des bandes mouillées, de la charpie ou du coton. Enfin, dans les cas où l'on juge convenable de se

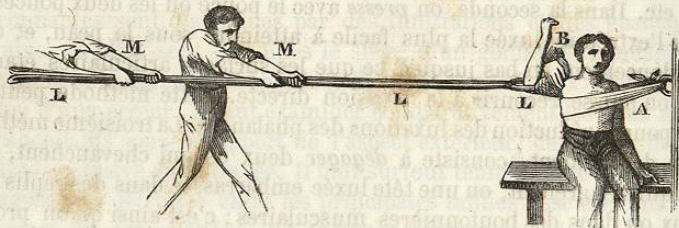


Fig. 90.

servir de machines pour exercer les tractions, le membre est embrassé au moyen d'un *bracelet* auquel s'ajustent les puissances extensives.

(b) Les moyens d'*extension* ou de *traction* varient aussi suivant le degré de force à mettre en jeu. Pour les luxations récentes qui n'exigent pas le déploiement d'une force considérable, des aides en nombre variable (fig. 90) suffisent ; ils exercent les tractions sur le membre luxé même qu'ils embrassent avec les mains, ou bien sur les chefs des lacs disposés comme nous l'avons dit. Est-il nécessaire d'exercer des tractions très-énergiques, comme dans les luxations anciennes, il faut faire intervenir des machines spéciales, telles que le levier, le treuil, les mouffles (fig. 91).

(c) La *contre-extension* se pratique au moyen d'un lac solide dont les extrémités sont confiées à des aides ou solidement attachées à un anneau scellé dans le mur (A, fig. 90). Des machines spéciales peuvent servir dans les luxations invétérées. Il en est même qui sont destinées à opérer à la fois l'extension et la contre-extension. Parmi les machines, celles que l'on em-

ploie le plus ordinairement aujourd'hui sont les *mouffles* associées au *dynamomètre*, d'après les principes formulés par Sédillot.

La figure 90 représente les manœuvres à accomplir pour la réduction d'une luxation récente de l'humérus. La *contre-extension* est exercée au moyen d'un lac solide (A) passant sous l'aisselle du côté malade et dont les extrémités sont fixées à un anneau scellé dans le mur. L'*extension* est opérée par les mains de plusieurs aides (MM) sur les chefs des lacs (LLL) embrassant le bras luxé. Les mains du chirurgien (B) sont appliquées sur la partie supérieure du bras et dans l'aisselle pour favoriser la *coaptation*.

La figure 91 représente la réduction d'une luxation ancienne de l'humérus à l'aide des *mouffles*. Des lacs *extenseurs* (LLL) présentent sur leur trajet un instrument dit de *détente* (G) qui, par un mécanisme spécial, permet d'arrêter instantanément les tractions. Un *dynamomètre* (D) est ajouté aux mouffles pour déterminer mathématiquement la force déployée pendant le cours des tractions. Les diverses pièces composant l'appareil à traction sont réunies par des *œ* métalliques (ss).

L'extension est soumise à quelques règles générales qui se rapportent au lieu d'*application* des moyens de *préhension*, à la *position* qu'il faut donner au membre, à la *direction* suivant laquelle l'extension doit être faite, à son

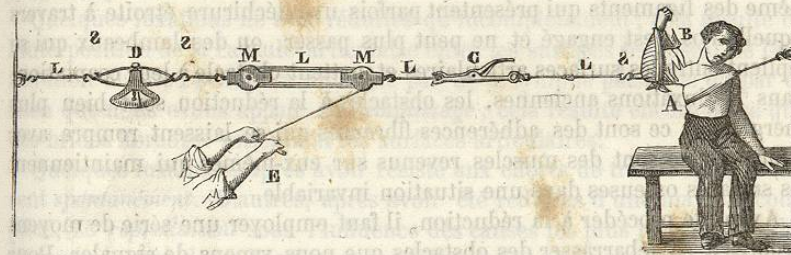


Fig. 91.

mode et à sa *durée*, enfin au *degré de force* qu'il est permis de déployer.

1° Lorsqu'on n'a qu'une faible traction à exercer, on peut la faire sur l'os luxé ou sur des points plus éloignés. Mais quand on a une force considérable à mettre en jeu, il convient, pour ne pas en perdre la plus grande partie, de l'appliquer sur l'os luxé lui-même ;

2° La situation à donner au membre est tout à fait indifférente dans une luxation facile à réduire ; dans les cas contraires, la position *demi-fléchie* est préférable ;

3° La direction à donner à l'extension ne peut être soumise à des règles générales. On peut dire toutefois que les tractions seront faites d'abord dans le sens suivant lequel le déplacement a eu lieu, c'est-à-dire suivant la nouvelle direction de l'os, ou bien en portant le membre du côté opposé à la luxation ; on le ramène ensuite peu à peu à sa direction normale ;

4° Les tractions doivent être modérées d'abord, puis augmentées d'intensité jusqu'à ce que l'extrémité luxée soit dégagée. Elles ne doivent pas



dépasser une certaine période de temps, surtout lorsqu'elles sont de prime abord portées à un haut degré. On estime qu'elles ne doivent pas durer plus d'une demi-heure, lorsque la force déployée, dès le début équivaut à 150 ou 200 kilogrammes ;

5° Enfin, un point des plus importants est de savoir jusqu'où la prudence permet de porter la force d'extension. Malgaigne a proposé le chiffre de 240 kilogrammes et adopte une moyenne de 150 à 175. Nous verrons plus tard les conséquences graves qui peuvent résulter de tractions immodérées exercées sur un membre luxé.

**Obstacles à la réduction.** La réduction d'une luxation comporte des *obstacles* plus ou moins sérieux dont la nature diffère, suivant que la lésion est récente ou ancienne.

Dans les luxations récentes ce sont surtout les muscles qui résistent ou qui détruisent en partie les effets des puissances extensives, soit par la rétraction, soit par la contraction dont ils sont le siège, soit parce que les faisceaux dont ils se composent sont écartés par la tête de l'os qui s'est frayé un passage à travers une sorte de boutonnière dont les bords se resserrent d'autant plus que les tractions sont plus fortes. La rencontre et l'opposition des saillies naturelles des os sont encore d'autres obstacles ; il en est de même des ligaments qui présentent parfois une déchirure étroite à travers laquelle l'os s'est engagé et ne peut plus passer, ou des lambeaux qui se replient entre les surfaces articulaires et mettent obstacle à leur coaptation. Dans les luxations anciennes, les obstacles à la réduction sont bien plus énergiques ; ce sont des adhérences fibreuses qui se laissent rompre avec difficulté ; ce sont des muscles revenus sur eux-mêmes qui maintiennent les surfaces osseuses dans une situation invariable.

Avant de procéder à la réduction, il faut employer une série de moyens propres à se débarrasser des obstacles que nous venons de signaler. Pour détruire les effets de la contraction musculaire, le meilleur moyen est d'empêcher le malade de prendre un point d'appui. Dupuytren a conseillé de distraire le blessé pendant qu'on exerce des efforts de traction ; d'autres chirurgiens ont provoqué une syncope, soit en pratiquant une saignée copieuse, soit en administrant l'émétique à dose nauséuse ; l'opium a été employé aussi. Les anesthésiques donnent des résultats bien plus certains, et quand on les prolonge suffisamment pour obtenir une résolution, on se débarrasse complètement de la contraction des muscles. C'est encore pour arriver au même but, que Ch. Legros et Th. Anger ont pratiqué l'extension au moyen de *tubes de caoutchouc*, dont l'élasticité propre a pour effet d'exercer une traction continue sur le membre auquel ils se fixent par une des anses pendant que l'autre est attachée à un anneau fixé dans le mur. Par cette traction continue, on épuise rapidement la contraction musculaire.

Dans les luxations anciennes, on a proposé de pratiquer la rupture ou la division des tissus fibreux, des muscles et des tendons, en imprimant au membre des mouvements en divers sens ou en faisant des sections sous-cutanées. Ainsi Dupuytren a préconisé la section du tendon des extenseurs

au-dessus de l'articulation luxée dans les luxations des phalanges des doigts : Wolff a fait la section du tendon rotulien pour une luxation verticale externe de la rotule ; Liston a pratiqué la section des adhérences fibreuses des os dans une luxation du coude ; Blandin, la section des muscles et des ligaments latéraux pour une luxation du pouce.

**A quels signes le chirurgien reconnaît-il qu'une luxation est réduite ?** Dans quelques cas le retour de l'os à sa position normale est caractérisé par un bruit bien appréciable ; mais ce bruit peut manquer, tout comme il peut se faire entendre sans qu'il y ait réduction vraie. Le retour du membre à sa longueur et à sa direction normale n'est pas non plus un signe pathognomonique de la réduction. Le retour de la région correspondante à la luxation, à sa conformation normale, est sans doute d'une grande valeur ; mais dans les luxations anciennes, la tuméfaction et l'induration des tissus péri-articulaires s'opposent à ce que la région reprenne sa forme habituelle. Dans quelques cas, il existe, même après la réduction, une déformation plus prononcée qu'avant. Le retour des mouvements n'a qu'une valeur d'importance médiocre, et le seul signe pathognomonique de la réduction est le rétablissement des rapports entre les saillies osseuses qui limitent l'articulation.

Quelques luxations ne sont réduites qu'incomplètement ; cela résulte de l'interposition de la capsule articulaire entre les surfaces osseuses, de l'infiltration du tissu cellulaire ambiant par de la lymphe plastique ou par ce tissu que nous avons appelé *de remplissage* ; cela résulte encore de ce que des brides fibreuses retiennent les surfaces articulaires.

Quelques luxations, après avoir résisté aux efforts de traction, se réduisent *spontanément*. D'autres, après avoir été réduites d'une manière complète, se *reproduisent* sous l'influence des causes les plus légères. Ces déplacements sont dus à l'action musculaire, à des mouvements volontaires ou involontaires, à la déchirure étendue des ligaments, à l'accumulation de liquide dans la cavité articulaire, etc. Le meilleur moyen de les prévenir, ou de les combattre, consiste à donner au membre une position convenable, de façon à relâcher les muscles, à soumettre le membre à une immobilité prolongée, à exercer une pression directe sur l'os avec des compresses, des attelles ou des appareils spéciaux.

**Contention de la luxation réduite.** La luxation bien réduite, il faut remplir la seconde indication, *maintenir* la réduction, afin de permettre aux ligaments déchirés ou rompus de se cicatriser et de favoriser la guérison des lésions des parties environnantes. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire d'assujettir le membre dans une position telle, que les bords de la déchirure capsulaire soient ramenés en contact ; cette position varie d'après l'espèce de luxation. Au bout de douze à quinze jours, on permet quelques mouvements ménagés s'il s'agit de la hanche ou de l'épaule ; au bout de quatre à six jours, si c'est le coude. En s'écartant des préceptes précédents, on expose les blessés à trois conséquences fâcheuses au moins : les récidives de la luxation, la roideur articulaire et la faiblesse