

§ IV. — Luxations en général.

On donne le nom de luxation au déplacement permanent des surfaces articulaires des os unis par diarthrose. Pour quelques auteurs, lorsque ce déplacement a lieu dans une articulation dite synarthrose, la luxation prend le nom de *diastasis* ou de *diduction*.

Les principes sur lesquels on se fonde pour dénommer chaque luxation ont multiples. La désignation la plus vague consiste à se servir du nom même de l'articulation, et à dire, par exemple : *luxation coxo-fémorale* ou *luxation de la hanche*; *luxation scapulo-humérale* ou *de l'épaule*, etc. Dans le plus grand nombre des cas, cependant, on admet que c'est l'os inférieur, c'est-à-dire celui qui est le plus éloigné du tronc, qui se déplace; ainsi la luxation de l'épaule est synonyme de luxation du bras ou de l'humérus; dans la luxation du coude, ce sont les os de l'avant-bras, et non l'extrémité inférieure de l'humérus, que l'on suppose déplacés.

Mais ce principe simple, et le plus souvent applicable aux os des membres, présente de nombreuses exceptions, en ce qui concerne les os du tronc. Dans ce cas, c'est l'usage qui a consacré le nom sous lequel les chirurgiens s'accordent à désigner chaque luxation; ainsi le terme de *luxations de la clavicule* s'applique à la fois aux déplacements sterno-claviculaires et omo-claviculaires; la luxation de deux vertèbres superposées emprunte son nom à la vertèbre supérieure, etc.

Il n'existe pas non plus de règles fixes dans la désignation des différentes variétés que comporte chaque luxation. Tantôt on se fonde sur le sens du déplacement; c'est ainsi que l'on décrit des luxations *en haut*, *en bas*, *en dedans*, *en dehors*, etc. D'autres auteurs, ayant égard aux nouveaux rapports des os déplacés, prennent pour point de départ de leurs classifications, tantôt les rapports avec le squelette (Gerdy); tantôt les rapports avec les muscles (Velpeau, Deville); c'est ainsi que, d'après le premier principe, on a divisé les luxations de la hanche en luxations *iliaques*, *ischiatiques*, *pubiennes*, etc., et que, suivant le second, on a désigné certaines variétés de luxations de l'épaule sous le nom de luxations *sous-scapulaires*, *sous-pectorales*, etc.

La nomenclature des luxations est donc essentiellement variable, et nous aurons soin, à propos de chaque variété, d'indiquer les diverses désignations données par les auteurs.

On divise généralement les luxations en trois grandes classes : 1° les *luxations traumatiques*, produites brusquement, sur une articulation saine, par une violence extérieure ou par une contraction musculaire; 2° les *luxations spontanées ou pathologiques*, survenant lentement et d'une manière progressive, comme conséquence d'une maladie articulaire; 3° les *luxations congénitales* qui existent à la naissance et qui, relativement à leur mode de formation, se rapprochent souvent des luxations dites pathologiques.

Nous avons déjà parlé des luxations spontanées ou pathologiques, en faisant l'histoire des tumeurs blanches, et nous croyons pouvoir nous dispenser d'y revenir. Les luxations congénitales seront étudiées plus tard à l'article DIFFORMITÉS ARTICULAIRES. Nous nous occuperons donc exclusivement ici des luxations traumatiques.

HISTORIQUE. — Les luxations ont été connues et étudiées dès la plus haute antiquité, et l'on trouve dans Hippocrate une description déjà assez complète des luxations de chaque articulation en particulier, description qui fut reproduite sans grandes modifications par Celse, Galien, Oribase, Paul d'Égine, et les chirurgiens arabes.

A. Paré, et ceux qui le suivirent, n'ajoutèrent que peu de chose aux connaissances fournies par les anciens, et l'on retrouve dans leurs écrits la même imperfection des notions anatomiques, et le même défaut de précision dans la détermination exacte des nouveaux rapports des os déplacés.

C'est seulement à partir de J. L. Petit que l'étude des luxations, fondée sur des connaissances plus étendues en anatomie et en physiologie, subit un progrès véritable et commença à s'engager dans une voie nouvelle, que suivirent Desault, Boyer, A. Cooper, et tous les auteurs modernes. Parmi ces derniers, il est juste de mentionner tout spécialement le nom de Malgaigne, qui se rattache également à l'histoire des luxations et des fractures.

Nous avons indiqué, dans la bibliographie des fractures, un certain nombre d'ouvrages qui traitent à la fois des solutions de continuité des os et de leurs luxations; tels sont ceux de J. L. Petit, de Duverney, de P. Pott, de J. Aitken, de A. Cooper, de J. P. Holmes, de Malgaigne, de Smith, de Maclise, de Hamilton; on trouvera de plus, dans tous les livres de chirurgie, une description plus ou moins étendue des luxations; aussi nous bornerons-nous aux indications suivantes :

MOREL-LAVALLÉE, *Sur les luxations compliquées*, thèse de concours. Paris, 1851. — MALGAIGNE, *Traité des fractures et des luxations*, t. II (*Luxations*). Paris, 1855. — RAVOTH, *Lehrbuch der Fracturen, Luxationen und Bandagen*, II Abschn. (*Luxationen*). Berlin, 1856. — SCHINZINGER, *Die complicirten Luxationen*. Jahr, 1858. — BUSCH, *Beiträge zur Lehre von den Luxationen* (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. IV, p. 1, 1863).

STATISTIQUE. — Les luxations traumatiques constituent des accidents assez rares, surtout si l'on compare leur fréquence à celle des fractures, puisque pour huit ou dix cas de fractures, on n'observe guère, d'après Norris et Malgaigne, qu'une seule luxation.

Malgaigne a tenté le premier de rechercher la fréquence comparative des luxations dans les diverses articulations, et il est parvenu à dresser le tableau suivant renfermant un total de 489 cas.

Membre supérieur.		Membre inférieur.	
Luxations de l'humérus.	321	Luxations du fémur.	34
— de la clavicule.	33	— du genou.	6
— de l'avant-bras.	24	— de la rotule.	2
— du radius.	4	— du pied.	20
— du poignet (?)	13	Total	62
— du pouce.	17	<i>Tronc.</i>	
— des doigts.	7	Luxation de la mâchoire.	7
Total.	419	— du rachis.	1
		Total.	8

Une statistique plus récente de Gurlt (1) donne à peu près les mêmes proportions. Ces chiffres montrent que les luxations de l'humérus sont plus communes à elles seules que toutes les autres ensemble, et que celles du membre supérieur paraissent sept fois plus nombreuses que celles du membre inférieur.

ÉTIOLOGIE. — On admet, pour les luxations comme pour les fractures, des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

1° *Causes prédisposantes.* — Les luxations, rares chez les enfants, sont plus communes chez les adultes et plus fréquentes encore chez les vieillards. C'est un fait définitivement acquis, grâce aux recherches statistiques de Malgaigne; il est en opposition complète avec l'opinion de J. L. Petit, qui considérait les luxations comme plus faciles dans la jeunesse qu'à toute autre époque de la vie; il infirme aussi l'opinion de A. Cooper, suivant lequel les luxations, fréquentes dans l'âge adulte, subiraient une décroissance graduelle à une période plus avancée de la vie. Les expérimentations cadavériques de Malgaigne donnent l'explication de cette fréquence des luxations chez les vieillards; les capsules articulaires se rompent, à cet âge, avec une si grande facilité que, malgré la fragilité extrême des os, il est plus facile sur le cadavre de produire une luxation qu'une fracture.

Les hommes, par leurs habitudes, par la nature de leurs travaux, sont plus exposés aux luxations que les femmes; aussi, contrairement à l'opinion singulière de J. L. Petit, les déplacements articulaires sont-ils infiniment plus fréquents chez les individus du sexe masculin.

L'hiver paraît encore favoriser la production des luxations; ce n'est point, bien entendu, à l'abaissement de la température qu'il faut attribuer cette influence, mais uniquement à la fréquence plus grande des chutes à cette époque de l'année.

Enfin, les maladies articulaires, l'hydarthrose, les luxations antérieures, en relâchant les ligaments et les capsules, doivent également être mises au rang des causes prédisposantes des luxations.

Souvent aussi, dans ces circonstances, il existe conjointement un affai-

(1) *Deutsche Klinik*, 1857, n° 1.

blissement des muscles péri-articulaires, ce qui favorise le déplacement sous l'influence de la cause la plus légère. Erichsen cite l'observation d'un homme dont le deltoïde était considérablement affaibli, et qui se luxa l'épaule environ quarante ou cinquante fois.

2° *Causes déterminantes.* — Les violences extérieures (chocs, chutes, etc.), et l'action musculaire, tels sont les deux ordres de causes déterminantes des luxations.

Les violences extérieures peuvent agir sur l'articulation elle-même, ou sur des points plus ou moins éloignés. De là, deux sortes de causes : des causes *directes* et des causes *indirectes*, dont Malgaigne a très-bien expliqué le mécanisme.

a. Causes directes. — L'impulsion a lieu de trois façons différentes : tantôt elle agit sur une des extrémités articulaires; elle la chasse dans un sens, tandis que l'autre extrémité reste en place : ainsi se produisent certaines luxations de l'humérus, de la rotule, etc.

Tantôt la violence extérieure pousse dans le même sens les deux os à la fois de manière à leur faire faire un angle, et déchire les ligaments qui s'y opposent; tel est, dans certains cas, le mécanisme des luxations du genou.

Tantôt, enfin, l'impulsion a lieu par rotation, c'est-à-dire que le choc frappant obliquement une extrémité articulaire, lui imprime un mouvement de torsion sur l'autre os resté immobile; ce serait là, suivant Malgaigne, le mécanisme le plus habituel de la luxation en arrière du cubitus.

b. Causes indirectes. — Beaucoup plus fréquentes que les précédentes, les causes indirectes agissent, soit sur l'os même qui sera luxé, soit sur un segment plus ou moins éloigné du membre. C'est ainsi qu'une luxation de l'épaule peut être produite par une chute sur le coude ou sur la main.

Le mécanisme suivant lequel se produisent les luxations indirectes est variable.

Dans certains cas, l'impulsion a lieu en droite ligne et parallèlement aux surfaces des deux os qui glissent l'un sur l'autre; ainsi a lieu la luxation de la clavicule sur l'acromion, la coupe oblique des surfaces articulaires favorisant le déplacement.

Dans d'autres cas, l'os subit à son extrémité opposée un mouvement de torsion; tel est le mécanisme de certaines luxations du coude, du genou.

Enfin, le plus souvent, l'impulsion agissant sur l'extrémité opposée de l'os, lui fait former avec l'os contigu un angle anormal. C'est ainsi que les choses se passent le plus ordinairement dans les chutes.

Dans la plupart des cas, la théorie mécanique du mode de production de la luxation est la suivante : l'os luxé est transformé en un levier du premier genre, dont le bras de résistance très-court est représenté par l'extrémité articulaire, le bras de puissance par la diaphyse du même os, ou par toute la longueur du membre, et enfin, dont le point d'appui

répond à la capsule articulaire ou au bord de la cavité osseuse contre laquelle la tête articulaire vient presser. La résistance qui siège en un point de la capsule aura d'autant plus de chance d'être vaincue que le bras de puissance sera plus considérable; dès lors, les extrémités osseuses privées de leurs moyens d'union glisseront l'une sur l'autre, et se déplaceront dans le sens où s'est faite la rupture des ligaments.

En analysant avec soin le mécanisme des déplacements dans les diverses circonstances où ils se produisent, on peut se convaincre qu'il est absolument analogue à celui qui préside à la production de l'entorse. Comme cette dernière, la luxation résulte de l'exagération de mouvements physiologiques et normaux, ou de la tendance à la production de mouvements anormaux. Entre l'entorse et la luxation, il n'y a qu'une différence de degré; dans l'entorse, les lésions n'ont pas été assez prononcées pour que les déplacements des surfaces articulaires soient permanents, comme cela a lieu dans la luxation. Nous verrons plus tard quelles sont les causes qui maintiennent alors dans leur nouvelle situation les extrémités osseuses déplacées.

Néanmoins, certaines luxations des os courts du carpe et du tarse se produisent suivant un mécanisme différent de celui que nous venons d'exposer. Lorsque le pied, par exemple, est fortement pressé entre deux forces latérales, les os qui le composent tendent à s'écarter les uns des autres à leur face dorsale, les ligaments se rompent, et l'un des os peut être expulsé à la manière d'un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts.

Il n'a pas été question, jusqu'à présent, de l'action des muscles dans le mécanisme des luxations. Nous devons nous borner à examiner ici l'influence immédiate des contractions musculaires; car, ainsi que nous le verrons plus tard, on a fait jouer un grand rôle aux muscles dans la production de déplacements, dits consécutifs, sur lesquels nous aurons à nous expliquer bientôt.

Dans quelques cas, et surtout lorsqu'il s'agit de luxations indirectes, l'action musculaire vient se joindre à celle de la violence extérieure pour faciliter le déplacement; mais de même qu'il existe des fractures, des entorses, uniquement dues à l'action musculaire, de même aussi on observe des luxations qui ne reconnaissent que cette seule cause. C'est un fait commun pour les luxations de la mâchoire; on a vu de même l'articulation scapulo-humérale se luxer sous l'influence d'une contraction musculaire énergique, soit pendant une attaque d'épilepsie, soit même en dehors de tout accès convulsif. Dans ce dernier cas, il arrive quelquefois que la luxation a été préparée par une maladie de l'articulation qui laisse plus de prises à l'action des muscles, ou par une luxation antérieure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. VARIÉTÉS. — Les luxations sont *complètes* ou *incomplètes*, *simples* ou *compliquées*. Nous ne nous occuperons ici que des luxations exemptes de complications.

On dit qu'une luxation est *complète* quand les deux surfaces articulaires

ne se touchent plus par aucun point et quand elles ont perdu tout rapport. Ces luxations se montrent à des degrés différents, selon que les surfaces articulaires sont plus ou moins écartées l'une de l'autre; celles dans lesquelles l'os luxé est très-éloigné de l'articulation et peut être indifféremment dirigé dans tel ou tel sens, ont reçu de Gerdy le nom de *luxations vagues*, qui ne paraît pas avoir été généralement adopté.

Les luxations *incomplètes* sont celles dans lesquelles les deux surfaces articulaires se touchent encore dans une partie de leur étendue. De tout temps on a admis la possibilité des luxations incomplètes pour les arthrodies et pour les ginglymes; mais pour cette dernière classe d'articulations, on n'acceptait les luxations incomplètes que dans le sens du plus grand diamètre de l'articulation: ainsi, en prenant le coude pour exemple, les luxations incomplètes, soit en dedans, soit en dehors, étaient seules regardées comme possibles, tandis qu'une luxation, soit en avant, soit en arrière, était nécessairement complète. Quant aux luxations incomplètes des articulations énarthroïdiales, elles avaient été niées absolument par Hippocrate, et depuis par Boyer et beaucoup d'autres chirurgiens qui ne comprenaient pas que ces luxations pussent exister. Suivant eux, il était impossible qu'une tête arrondie, comme celle du fémur ou de l'humérus, restât fixée sur le rebord si mince de la cavité cotyloïde ou glénoïde sans retomber dans cette cavité ou sans en sortir complètement.

C'est à Malgaigne que revient surtout le mérite d'avoir démontré l'exis-

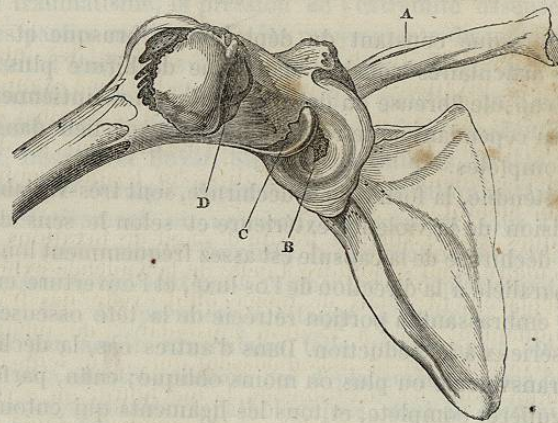


FIG. 27. — Luxation sous-coracoïdienne incomplète non réduite. — A, clavicule; B, ancienne cavité glénoïde dont le cartilage a disparu au centre; C, nouvelle cavité; D, gouttière creusée sur la tête humérale par le rebord glénoïdien. (Malgaigne.)

tence des luxations incomplètes des articulations orbiculaires, aussi bien que celles des ginglymes dans le sens antéro-postérieur. Il a prouvé que les luxations de l'humérus peuvent être incomplètes; que celles du fémur le sont dans la majorité des cas; enfin que les luxations incomplètes des

ginglymes sont beaucoup plus fréquentes dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal. Les résultats fournis par les recherches de Malgaigne ont, du reste, été confirmés depuis par un assez grand nombre de faits. L'existence des luxations incomplètes des énarthroses, dont l'admission semblait la plus difficile, se trouve aujourd'hui péremptoirement démontrée par plusieurs observations de luxations anciennes, dans lesquelles la dissection a fait découvrir, sur la tête articulaire de l'humérus ou du fémur, un sillon plus ou moins profond, creusé par le rebord glénoïdien ou cotyloïdien, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 27, empruntée à Malgaigne, et représentant une luxation sous-coracoïdienne incomplète datant de sept mois.

Quant au mécanisme suivant lequel la tête fémorale, par exemple, peut se maintenir sur un bord mince et tranchant comme celui de la cavité cotyloïde, Malgaigne l'explique par la résistance de la capsule qui s'oppose à ce que l'os se porte davantage en dehors, et par l'action musculaire qui, d'un autre côté, l'empêche de rentrer dans la cavité qu'il a quittée. Nous reviendrons plus tard sur cette explication, mais, quelle qu'en soit la valeur, le fait n'en subsiste pas moins, et l'existence des luxations incomplètes est établie aujourd'hui de la manière la plus incontestable.

Les luxations incomplètes se montrent d'ailleurs à des degrés divers, selon que les surfaces articulaires ont perdu plus ou moins de leurs rapports. Quand le déplacement est très-peu marqué, on dit qu'il y a *subluxation*.

Le résultat presque constant du déplacement brusque et violent de deux surfaces articulaires consiste dans une déchirure plus ou moins étendue de la capsule fibreuse ou des ligaments qui maintiennent l'articulation. On a vu cependant cette rupture ne pas avoir lieu dans quelques luxations incomplètes.

Le siège, l'étendue, la forme de la déchirure, sont très-variables selon la force d'impulsion de la violence extérieure et selon le sens dans lequel elle a agi. La déchirure de la capsule est assez fréquemment longitudinale, c'est-à-dire parallèle à la direction de l'os luxé, et l'ouverture en forme de boutonnière, embrassant la portion rétrécie de la tête osseuse, constitue un obstacle sérieux à la réduction. Dans d'autres cas, la déchirure de la capsule est transversale ou plus ou moins oblique; enfin, parfois, la rupture est irrégulière, complète, et tous les ligaments qui entourent l'articulation sont déchirés. Le déplacement de l'os luxé est d'autant plus grand que cette déchirure est elle-même plus étendue.

En même temps, on observe presque toujours des ruptures portant les unes sur les tendons, les autres sur les fibres musculaires, et résultant de la distension extrême que les muscles ont subie. Parfois même, si la violence a été considérable, il y a une véritable attrition du tissu cellulaire et de toutes les parties molles avoisinant l'article. Ajoutons à cela des déplacements des muscles et des tendons, conséquence du changement de

rapport des os; une extravasation sanguine plus ou moins marquée, même dans les luxations simples; quelquefois des déchirures des cartilages ou des fractures des surfaces articulaires; quelquefois encore, la rupture d'un gros vaisseau, d'un nerf important, désordres graves sur lesquels nous reviendrons à propos des complications des luxations. Tels sont les phénomènes locaux primitifs qui accompagnent, à des degrés divers, les luxations récentes.

Les phénomènes consécutifs varient suivant que la réduction a été faite, ou que les os n'ont pas été remis en place.

Si l'on réduit la luxation, les parties rentrent dans leurs rapports normaux, et, sous l'influence de l'immobilité, commence un travail de réparation à la suite duquel l'articulation revient à son état antérieur. Mais on ne sait rien de positif sur le processus de ce travail réparateur, dont la durée varie selon une foule de circonstances, selon les conditions de la luxation, selon l'époque de la reproduction, selon le mode de contention employé, selon l'âge du sujet, etc. Ce qui est incontestable, c'est que la réparation s'opère, dans quelques cas, avec une incroyable rapidité.

Dans les luxations anciennes ou *invétérées*, c'est-à-dire dans les luxations non réduites, on voit se développer une série de phénomènes des plus remarquables, qui aboutissent à la formation d'une articulation nouvelle, et à la disparition plus ou moins complète de l'ancienne cavité articulaire. Ces phénomènes reconnaissent pour causes: le travail inflammatoire succédant au traumatisme, la pression de l'extrémité osseuse déplacée, la tension des parties molles, enfin les mouvements du membre.

Mais avant d'étudier les curieuses transformations qui s'opèrent à la suite des luxations non réduites, il est une question qu'il nous faut examiner rapidement, c'est celle des déplacements consécutifs, admis par J. L. Petit, Desault et Boyer. Suivant ces auteurs, la tête de l'humérus ou du fémur, par exemple, déplacée par une luxation antérieure, pourrait subir consécutivement un nouveau déplacement, sous l'influence des chocs ou des mouvements. En outre, la contraction musculaire serait une cause permanente agissant pour augmenter le déplacement.

Malgaigne, l'un des premiers, a attaqué la doctrine des déplacements consécutifs par action musculaire, telle qu'elle avait été exposée par J. L. Petit, et a montré combien ces déplacements, assez fréquents dans les luxations congénitales et pathologiques, sont au contraire rares dans les luxations traumatiques. Ils existent cependant; mais on doit en chercher la cause principale dans les mouvements imprimés au membre, mouvements qui sont d'autant plus étendus que les ligaments sont plus lâches. Aux membres inférieurs, il faut encore tenir compte du poids du corps, qui vient ajouter son action à celle des causes précédentes.

Revenons maintenant aux phénomènes que l'on observe à la suite des luxations non réduites et qui consistent, ainsi que nous l'avons dit, dans la formation d'une articulation nouvelle et dans la disparition de l'ancienne

cavité. Ces phénomènes ont été surtout étudiés dans les articulations énarthroïdiales.

Relativement au mode de formation de la néarthrose, on admet généralement, avec Malgaigne, que la pression permanente de l'os luxé sur l'os voisin amène à la longue, par atrophie ou par usure de ce dernier, une excavation correspondante aux points comprimés, tandis que, dans les parties environnantes non soumises à la même pression, il se fait une sécrétion de tissu osseux complètement indépendante de l'os luxé, et qui contribue à augmenter la profondeur de la cavité destinée à le loger.

Telle n'est pas l'opinion professée par Langenbeck (1). D'après les recherches de ce dernier, on devrait plutôt considérer la cavité nouvelle comme entièrement formée aux dépens du périoste épaissi et ossifié. Il est certain que, dans un certain nombre de cas, la cavité nouvelle semble constituée aux dépens d'une sorte de plateau surajouté à la surface de l'os, et dépassant son niveau; mais, le plus souvent, on constate que cette cavité est formée en partie par un épaississement osseux, et en partie par une atrophie résultant de la pression : en sorte que, suivant nous, on ne pourrait admettre l'une de ces opinions à l'exclusion de l'autre.

La cavité articulaire nouvelle présente souvent une surface osseuse, éburnée; mais elle peut aussi se recouvrir d'une couche cartilagineuse, épaisse de quelques millimètres. A. Müller, d'après Langenbeck, a eu l'occasion d'examiner au microscope ce revêtement cartilagineux, et a constaté qu'il n'était pas formé par du vrai cartilage, mais qu'il se rapprochait plutôt par sa structure du tissu fibro-cartilagineux.

Enfin la néarthrose est souvent complétée par une capsule fibreuse formée aux dépens des parties molles avoisinantes qui ont subi un épaississement graduel. Cette capsule fibreuse, plus ou moins résistante, offre souvent une surface interne lisse, polie, d'apparence séreuse, mais dans laquelle, à notre connaissance, on n'a pas encore observé le revêtement épithélial des vraies synoviales.

Du côté de l'ancienne surface articulaire, on constate des modifications non moins intéressantes. Les cartilages disparaissent par le frottement, ou subissent la transformation grasseuse. S'il s'agit d'une cavité profonde, elle se rétrécit peu à peu, et se comble par la formation de substance conjonctive à son intérieur; enfin elle peut devenir tellement petite qu'on ait peine à retrouver les traces de son existence.

En résumé donc, les modifications si curieuses qui s'opèrent du côté de chaque extrémité articulaire consistent, d'une part, dans la tendance à la disparition de l'ancienne cavité, et, d'autre part, dans la formation d'une nouvelle articulation appropriée aux rapports de l'extrémité déplacée. Cette néarthrose peut présenter un degré de perfection tel, que l'on pourrait presque la prendre pour une articulation normale. Nous reprodui-

(1) Ueber die subperiostale Gelenkresection und über die Regeneration der Gelenke (Deutsche Klinik, 1864, n° 1).

sons ici (fig. 28), d'après une pièce du musée Dupuytren, une néarthrose ayant succédé à une luxation iliaque complète.

Les luxations anciennes entraînent encore à leur suite quelques altérations importantes à connaître. Sous l'influence de l'inflammation chronique, des pressions et des tractions anormales, résultant des nouveaux rapports et des nouvelles fonctions, il est assez fréquent de voir se produire, dans les parties avoisinantes du squelette, des déformations osseuses, dont les unes se rapportent manifestement à l'arthrite sèche, et dont les autres sont liées à un trouble de la nutrition. Ces dernières s'observent surtout dans les luxations non réduites, chez des sujets jeunes. Ainsi les luxations traumatiques du fémur, lorsqu'elles surviennent dans l'enfance et qu'elles n'ont pas été réduites, entraînent des déformations consécutives du bassin analogues à celles que nous décrirons plus tard en parlant des luxations congénitales

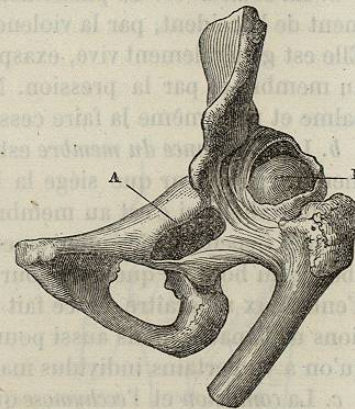


FIG. 28. — Luxation iliaque non réduite, avec formation d'une articulation nouvelle. — A, ancienne cavité cotyloïde. — B, néarthrose.

de la hanche, et qui peuvent, chez la femme, avoir de fâcheuses conséquences pour l'accouchement. D'un autre côté, les luxations invétérées produisent une atrophie de tout le membre correspondant, atrophie que l'on peut constater par l'examen comparatif des deux côtés et qui se traduit, dans les luxations anciennes de la cuisse, par un raccourcissement du fémur et des os de la jambe.

Les parties molles subissent également certaines modifications dans les luxations non réduites. Le tissu cellulaire est souvent épaissi sous forme de brides fibreuses plus ou moins fortes, qui constituent des obstacles insurmontables à la réduction. Certains muscles, condamnés à l'immobilité, s'atrophient ou subissent la transformation grasseuse; d'autres sont rétractés par l'inflammation.

Les vaisseaux, et principalement les artères, tantôt paraissent avoir éprouvé une rétraction qui rendrait dangereuses des tentatives de réduction; tantôt, au contraire, ils sont allongés et flexueux.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes des luxations offrent avec ceux des fractures une grande analogie. On peut les diviser comme ces derniers en : 1° signes commémoratifs; 2° signes rationnels, et 3° signes physiques.

1° Signes commémoratifs. — Ils apprennent si la luxation a été produite par un coup, une chute, une contraction musculaire, et la connaissance exacte des circonstances au milieu desquelles a eu lieu l'accident peut mettre sur la voie du diagnostic. Le craquement perçu dans certains cas rares par les malades, au moment de l'accident, et qui paraît dû à la