qui m'a réussi et qui consiste à exercer une propulsion assez forte à l'aide d'un cachet appliqué sur l'extrémité osseuse déplacée et sur lequel on frappe, avec un maillet, un coup énergique. Ce moyen nous semble préférable à l'élévatoire et au poinçon que Moreau et Malgaigne ont préconisés. Cette méthode d'ailleurs entre les mains de ces deux chirurgiens a non-seulement échoué, mais encore a causé la mort. Ce qui se comprend quand on songe aux dangers de l'arthrite, qui peut succéder à ces manœuvres et suppurer d'autant plus facilement que les tentatives ont exigé plus de violence.

Pour triompher de la résistance des muscles et du tissu fibreux rétractés, on a conseillé de soumettre le membre à une traction lente et soutenue pendant plusieurs semaines. On a cité quelques succès obtenus par cette méthode ; mais ont-ils bien toute l'authenticité désirable ? Quoi qu'il en soit, n'oublions pas cette remarque essentiellement pratique d'A. Cooper, à savoir, qu'il est arrivé bien des fois que des membres dont la réduction avait enfin été obtenue après des tentatives nombreuses, n'ont recouvré leurs fonctions que d'une manière tellement incomplète, qu'ils n'étaient réellement pas aussi utiles qu'avant la réduction.

C'est par un soubresaut, un bruit, que la réduction se perçoit. Toutefois, ces signes manquent souvent, surtout dans les luxations anciennes. Aussi le retour des surfaces au même niveau est-il le meilleur signe pour indiquer que la luxation est réduite. Mais souvent la question est plus délicate. C'est ainsi que l'opérateur peut croire réduite une luxation qui ne l'est pas, douter qu'une luxation réduite le soit en effet, ou enfin avoir transformé une luxation dans une autre. Souvent aussi la réduction est incomplète, lorsqu'il y a, par exemple, interposition d'un lambeau de la capsule, ou, ce qui est moins rare, infiltration plastique dans les tissus environnant l'article.

Il existe certains accidents de la réduction contre lesquels il est bon d'être prévenu. Ainsi on a observé un gonflement énorme siégeant au-dessous du point choisi pour la traction, des contusions par pression des lacs, des déchirures de la peau, des ruptures musculaires, des fractures des os, des lésions plus ou moins graves des troncs vasculaires et nerveux, suivies d'épanchements sanguins ou de paralysies, des eschares, des abcès, des arthrites suppurées, des gangrènes, et même l'arrachement du membre. Suivant Malgaigne, 13 fois sur 14 l'arthrite suppurée d'une articulation importante a amené la mort. Mais le chirurgien prudent qui saura calculer les forces employées et le temps pendant lequel ces forces devront être appliquées, n'aura rien de pareil à redouter.

On a aussi noté, parmi les accidents de la réduction des luxations anciennes, la production assez facile d'une syncope, que l'emploi du

chloroforme rend fort dangereuse. Mais nous reviendrons sur ce sujet à propos de la réduction des luxations de l'épaule, dont la réduction, suivant les statistiques, a donné le plus grand nombre de cas de mort par emploi du chloroforme.

Jusqu'à quelle époque peut-on réduire? Cette question n'a été posée qu'au siècle dernier, et auparavant on ne reculait pas devant une luxation datant d'une et même deux années. Desault et Boyer pensèrent, au contraire, qu'il ne fallait rien tenter après deux ou trois mois, et cette opinion fut admise par A. Cooper, qui n'accorda que deux mois pour la hanche et trois mois pour l'épaule. Les faits de réductions spontanées survenues après une ou deux années, de même que les réductions obtenues artificiellement, laissent au chirurgien plus de latitude. Il est vrai que dans presque tous les cas ces luxations étaient incomplètes. Quant à nous, nous avons pu, surtout à l'aide des appareils ingénieux qui ont été inventés dans ces dernières années, réduire un assez grand nombre de luxations datant même d'une année et accompagnées d'un déplacement considérable, pour engager les chirurgiens à ne pas abandonner trop tôt les malades.

Que faut-il faire enfin quand la luxation est irréductible? Hippocrate conseille d'exercer le membre et A. Cooper, qui a appliqué ce précepte, s'en est si bien trouvé, qu'il déclare le membre aussi utile dans ce cas que si la luxation avait été réduite. Evans, au commencement de ce siècle, a proposé la résection. On conçoit qu'en raison des dangers qu'elle entraîne, cette méthode ne pourrait tout au plus être appliquée qu'à de petites articulations. Il reste d'ailleurs à essayer des extensions qui, dans le cas où elles ne réussissent pas à réduire, allongent les adhérences fibreuses. Ce moyen, plus inoffensif que les sections sous-cutanées conseillées par quelques auteurs, peut avoir, pour le rétablissement de la plus grande partie des mouvements, les suites les plus heureuses.

2° *Reproduction du déplacement.* — Pour prévenir cette reproduction, lorsque la luxation a été réduite, on donne ordinairement au membre une position qui s'éloigne autant que possible de celle dans laquelle la luxation a été produite. Le membre était-il dans l'abduction au moment où il s'est luxé, on le ramène dans l'adduction. Était-il dans l'extension, on le place dans la flexion. Par ce moyen l'extrémité articulaire ne tend pas à s'engager dans la déchirure de la capsule, et les surfaces osseuses n'ont pas de tendance à s'abandonner. On a soin de maintenir le membre dans une position convenable par l'application d'un bandage approprié.

3° *Rétablissement complet des mouvements de l'articulation.* — Nous avons vu, en traitant de l'anatomie pathologique, que les ligaments et les

muscles sont presque toujours largement déchirés, que des portions osseuses sont arrachées des extrémités articulaires. On comprend donc que le traitement consécutif des luxations devra avoir pour but de favoriser la cicatrisation de ces parties. Le membre sera maintenu pendant quelque temps dans l'immobilité ; on fera à sa surface des applications de compresses imbibées de liqueurs résolutives. Au bout d'un certain temps, dix à vingt jours environ, on ordonnera au malade de faire exécuter à l'articulation quelques mouvements qui seront de plus en plus étendus, mais toujours très-modérés si l'on a affaire à une luxation ancienne qui a déjà récidivé ; on fera prendre des bains simples ou sulfureux. Si les mouvements tardaient beaucoup à reprendre leur force et leur régularité, on donnerait des douches tièdes, alcalines ou sulfureuses. On exercerait le massage sur les parties molles qui entourent l'articulation et l'on engagerait les malades, qui souvent redoutent de se servir de leur membre dans la crainte de réveiller des douleurs, à surmonter ces dernières pour éviter toute roideur. Mais dans tous les cas on se gardera des mouvements communiqués que certains chirurgiens impriment prématurément aux articulations, et qui peuvent nuire à la solidité des nouveaux tissus qu'a produits la cicatrisation.

En regard de ces faits, il convient de placer ceux de réductions spontanées qu'on a vu se produire, soit après les tractions les plus violentes restées inutiles, soit encore après une réduction incomplète.

Lorsque la réduction est obtenue, le chirurgien doit avoir présente à la pensée la possibilité d'une récidive immédiate. Celle-ci, fréquemment observée pour certaines articulations, se produit avec une extrême facilité à la clavicule et à la mâchoire ; elle est même la règle pour le cou-de-pied.

Outre ces récidives immédiates, il faut encore noter celles qui ont lieu longtemps après la réduction. Pour expliquer ces accidents tardifs, quelques auteurs ont accusé la laxité des ligaments; mais il est à présumer, comme dans le cas précédent, qu'elles sont dues bien plutôt à la cicatrisation isolée des lèvres de la capsule déchirée, et à la contention insuffisante de l'articulation luxée.

Complications des luxations. — On comprend parmi les *complications des luxations* toute circonstance qui imprime un caractère de gravité inaccoutumée à la blessure, et qui réclame, soit une modification dans le traitement ordinaire des luxations, soit un traitement particulier. Quelques luxations sont pour ainsi dire toujours compliquées, telles sont les luxations des vertèbres : mais les complications qu'elles nous offrent, la compression, la déchirure de la moelle épinière, par exemple, présentent des phénomènes tout à fait spéciaux qui ne se rencontrent dans aucune autre luxation. Nous croyons devoir ne point en parler

dans ces généralités et ne nous occuper que des accidents propres aux déplacements des os des membres.

Parmi ces complications, les unes se montrent pour ainsi dire à l'instant même où la luxation est produite ; la même cause qui a déterminé le déplacement des os exerçant à la fois son action sur les os et sur les parties molles qui entourent l'articulation. Les autres ne se montrent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et sont le résultat du travail pathologique qui s'accomplit au sein de nos tissus. Les premiers sont le résultat mécanique d'une cause toute physique ; les seconds sont des désordres vitaux et s'accomplissent sous l'influence de la vie, de là cette distinction toute naturelle des complications des luxations en *primitives* et *consécutives*.

Les complications primitives sont : A. la contusion; B. la rupture des ligaments et des muscles ; C. les fractures ; D. la déchirure des vaisseaux; E. la déchirure des nerfs ; F. les plaies. Les complications consécutives sont : A. la douleur ; B. l'inflammation; C. la gangrène; D. le tétanos ; E. l'ankylose; F. enfin, on observe dans quelques luxations certains symptômes particuliers que l'on peut encore ranger parmi les complications.

1° *Complications primitives.* — A. La *contusion*, à laquelle il faut réunir les *épanchements sanguins*, qui ne sont qu'un de ses effets, constitue sans contredit la complication la plus commune des luxations : mais elle ne doit être considérée comme complication que lorsqu'elle est considérable. On l'observe surtout dans les luxations qui ont été produites par un corps contondant qui a agi directement sur l'un des os qui composent l'articulation. Sa gravité est subordonnée à l'étendue et au degré de l'attrition qu'ont subie les tissus. Son traitement ne présente rien de particulier dans le cas qui nous occupe.

B. La *rupture des ligaments des capsules fibreuses* et des *fibres musculaires* qui sont immédiatement appliquées sur les os, se voit, avons-nous dit, dans presque toutes les luxations. L'étendue de la déchirure peut cependant en faire une complication en facilitant la reproduction du déplacement après la réduction. On comprend, en outre, que la cicatrisation qui doit s'opérer entre les parties rompues pourra alors se faire attendre ou s'accomplir d'une manière incomplète, ce qui fera perdre à l'articulation une partie de sa solidité et nuira à la régularité des mouvements. Le traitement consiste à donner à l'articulation une bonne position et à la rendre immobile par l'application d'un appareil, dont l'usage sera continué plus longtemps que dans les cas ordinaires.

C. Les *fractures* se rencontrent quelquefois en même temps que les luxations, et elles constituent souvent alors une complication très-im-

portante ; mais il faut établir entre elles une distinction, suivant qu'elles occupent le corps d'un os long ou quelqu'une des saillies qui entourent les extrémités articulaires. Dans le premier cas, leur gravité, qui augmente avec l'importance de l'os fracturé, vient de ce qu'elles s'opposent à la réduction; c'est ce que nous voyons, par exemple, lorsque avec une luxation de l'humérus se trouve jointe une fracture du col de cet os. Dans le second, que ces fractures soient simples ou comminutives, sous forme de fissure ou d'écrasement, que l'épiphyse soit ou non séparée de la diaphyse, ce qui d'ailleurs est beaucoup plus rare, le danger vient de ce que la luxation que l'on réduit facilement se reproduit dès que l'on cesse de contenir les extrémités osseuses, et ce danger est si constant que, d'après M. Alph. Guérin, la reproduction immédiate du déplacement après la réduction d'une luxation est le signe infaillible de la coexistence d'une fracture. Il faut remarquer, en outre, que le plus souvent ces fractures pénètrent dans l'articulation, et que si les fragments ne sont point replacés très-exactement dans le lieu qu'ils doivent occuper, il en résultera nécessairement un changement dans la configuration de la surface articulaire qu'ils concourent à former, et, par cela même, un trouble plus ou moins marqué dans les mouvements du membre.

La complication d'une fracture peut passer inaperçue, soit lorsque la luxation est récente, soit lorsqu'elle est ancienne. Lorsque l'accident est encore récent, le plus souvent c'est la luxation qui est méconnue à cause du gonflement et de la douleur qui gênent l'exploration. Cependant on conçoit que dans d'autres cas la présence de la luxation sera facile à déterminer, tandis que la fracture restera ignorée : c'est ce qui a lieu lorsqu'il y a une simple fissure ou un écrasement léger portant sur l'os luxé ou sur sa cavité de réception. Le diagnostic peut même être très-difficile dans les fractures sans déplacement, et impossible dans les luxations anciennes, où l'on rencontre quelquefois, autour de la nouvelle cavité de réception, des productions osseuses ou crétacées, analogues à celles que nous avons décrites dans l'arthrite sèche.

Lorsque la fracture occupe le corps d'un os long, dont l'extrémité se trouve en même temps luxée, la réduction présente ordinairement des difficultés insurmontables, car l'os rompu ne permet pas d'exercer une extension convenable; et si l'on attend, pour tenter la réduction, que la fracture soit consolidée, la luxation est ordinairement devenue irréductible. Ainsi donc, à moins que, par des pressions bien dirigées sur les extrémités osseuses, on ne parvienne à replacer les os dans leurs rapports normaux, il faut considérer la luxation comme sans remède. On comprend difficilement qu'un praticien consommé comme Astl. Cooperait pu donner le conseil d'entourer le membre fracturé avec

des attelles, et d'exercer alors les tractions nécessaires à la réduction.

Si c'est une des apophyses qui est rompue, si la fracture pénètre dans l'articulation, il faut s'opposer à un nouveau déplacement par un appareil approprié, donner à l'articulation la position la moins gênante en admettant qu'une ankylose puisse résulter de cette blessure, et faire exécuter des mouvements aussitôt que le permettra la solidité du cal.

Mais lorsque les fractures portent sur l'une des saillies peu volumineuses qui avoisinent l'épiphyse, telles que le petit trochanter, par exemple, il n'est pas nécessaire de s'en occuper beaucoup, car il importe peu, en pareil cas, que le cal soit osseux ou fibreux.

Boyer pensait que toutes les luxations énarthrodiales sont irréductibles quand elles sont compliquées de fractures. Cette opinion est exagérée puisque la science possède quelques exemples de réductions immédiates, obtenues dans des cas semblables.

A son tour, Guy de Chauliac pose en précepte, toutes les fois qu'une luxation compliquée de fracture est irréductible, de réduire d'abord la fracture, et de chercher lorsque le cal est ferme, à réduire la luxation. Mais il est des cas où la réduction, soit immédiate, soit consécutive, est tout à fait impossible. Il ne reste alors d'autre ressource que d'exercer le membre.

D. La *rupture des vaisseaux* sanguins est heureusement assez rare dans les luxations; c'est dans les luxations des articulations ginglymoïdales que l'on a eu le plus souvent l'occasion de l'observer. Tantôt l'artère présente une déchirure latérale ; d'autres fois elle a cédé dans toute sa circonférence; ou bien les tuniques internes se sont rompues, et la tunique celluleuse s'est allongée dans leur intervalle. L'artère, pour nous servir de la comparaison consacrée, ressemble à un tube de verre effilé à la lampe. Les conséquences de ces diverses lésions peuvent être un anévrysme diffus ou circonscrit, ou l'oblitération de l'artère principale du membre. L'exploration du pouls du côté malade comparé au côté sain, les signes des anévrysmes, la cessation des battements artériels au-dessous du point où l'on soupçonne la rupture, feront reconnaître cette complication. En disséquant un anévrysme de l'artère axillaire, qui avait été produit dans une luxation de l'humérus, j'ai pu constater une disposition que j'avais soupçonnée depuis longtemps, et que j'avais annoncée aux élèves qui suivaient mon service, à savoir, que le sac anévrysmal communiquait largement avec l'articulation scapulo-humérale, de telle sorte que la capsule articulaire formait réellement une partie des parois de l'anévrysme.

Lorsque le déplacement a été assez considérable pour produire la rupture des vaisseaux, les tissus fibreux et les muscles ont ordinaire-

ment éprouvé une déchirure très-étendue, de sorte que la réduction est généralement facile dans les premiers jours qui suivent l'accident. Il faut donc la tenter le plus promptement possible, à moins cependant que le membre ne soit assez fortement distendu par un épanchement diffus de sang artériel pour que l'on puisse craindre d'aggraver encore cet état par les tentatives de réduction. Dans ce cas, l'anévrysme devrait seul fournir les indications. Si l'on avait à traiter un anévrysme faux, consécutif, et si l'on soupçonnait une communication entre le sac et l'articulation voisine, on comprend que la méthode d'Anel, généralement préférable à toute autre, serait ici impérieusement exigée, car l'ouverture du sac produirait en même temps une ouverture de l'articulation avec toutes ses conséquences fâcheuses.

Les veines se conduisent comme les artères ; leurs solutions de continuité donnent lieu à des épanchements qui se transforment comme nous avons dit en traitant de la contusion (t. I).

Les épanchements de sang veineux sont généralement peu graves, le sang se résorbe au bout d'un temps plus ou moins long, et leur présence ne contre-indique l'emploi d'aucun des moyens que peut réclamer la luxation.

E. La *déchirure des nerfs* est aussi rare que celle des artères. On la reconnaît à la paralysie qu'elle détermine dans la partie où ils vont se distribuer.

Il est alors indiqué de réduire et de rapprocher les extrémités divisées.

F. Toutes les complications que nous venons de passer en revue peuvent exister sans *plaie* ou avec plaie aux téguments. C'est donc à tort, comme nous l'avons déjà dit, que A. Cooper ne comprenait sous le nom de luxations compliquées que les luxations compliquées de plaies. Une solution de continuité de la peau, quelque peu étendue qu'elle soit, communiquant avec la cavité d'une articulation luxée est toujours une complication grave. On doit redouter le développement d'une arthrite extrêmement intense, une inflammation de tous les tissus qui ont été déchirés par les extrémités osseuses déplacées, et dans lesquels s'est opérée une infiltration de sang. La conduite à tenir dans ces circonstances graves consiste : 1° à réduire la luxation ; 2° à obturer la plaie extérieure ; 3° à prévenir l'inflammation consécutive. Les saignées générales et locales, les applications réfrigérantes et surtout les irrigations continues d'eau froide, sont les moyens sur lesquels on peut le plus compter. J'ai vu guérir par l'emploi de ces moyens, dans le service de Sanson, un malade qui avait une luxation du coude, avec une large plaie qui laissait voir à nu l'extrémité inférieure de l'humérus. Si la tête de l'os luxé faisait saillie à travers la solution de continuité des téguments, on devrait encore, contrairement à l'opinion d'Hippocrate, pratiquer la réduction, il pourrait alors être nécessaire de faire des débridements. Ceux-ci seraient faits d'après les règles généralement connues. Si la réduction présentait de grandes difficultés, si l'os avait été longtemps exposé à l'air, ce serait alors l'occasion de recourir, soit à une résection, soit à l'amputation. Si l'extrémité osseuse déplacée faisait partie d'un fragment peu volumineux, mobile, on l'extrairait, en entier, et l'on placerait le membre dans une position qui le rapprocherait autant que possible de la conformation normale.

Plusieurs des complications que je viens de présenter isolément se trouvent ordinairement réunies. Ainsi, la sortie de l'extrémité osseuse à travers une plaie des téguments entraîne nécessairement une déchirure étendue des ligaments et des muscles ; les vaisseaux principaux du membre peuvent avoir été déchirés et produire une hémorrhagie ; quelques-uns des nerfs peuvent avoir été dilacérés. Dans ces circonstances graves, l'amputation est presque toujours indiquée et doit être pratiquée immédiatement.

2° *Complications consécutives.* — A. *Inflammation.* — Lorsqu'une luxation n'est point compliquée de contusion violente de l'articulation et des parties voisines, lorsqu'il n'existe point de plaie, il est rare, surtout lorsque la luxation a été réduite, qu'il se développe une inflammation assez intense pour constituer une véritable complication ; mais, dans les circonstances contraires, il n'en est plus de même. Une inflammation suppurative s'empare quelquefois de l'articulation et des parties molles voisines. Le pus fuse profondément dans le membre, et vient se faire jour à une distance plus ou moins grande, après avoir cheminé dans les interstices musculaires ; d'autres fois, l'inflammation semble procéder des parties superficielles vers les parties profondes : c'est ce que l'on voit lorsque, pendant les tentatives de réduction, la peau qui recouvre certaines saillies osseuses a été soumise à une pression très-forte, qu'elle a été froissée, excoriée à sa surface.

On comprend aisément combien est grave une semblable complication. On doit donc tout faire pour la prévenir. Deux cas peuvent se présenter. En effet, les accidents dont nous avons parlé peuvent se montrer lorsque la luxation a été réduite ou avant la réduction. Dans ce dernier cas, faut-il tenter de replacer les os dans leurs rapports normaux avant de combattre la phlegmasie ? Les auteurs n'ont point toujours été d'accord sur ce point. En effet, tandis que nous voyons Chopart proscrire la réduction dans ces circonstances, cette manœuvre est recommandée par Desault et Dupuytren comme le moyen le plus efficace de combattre l'inflammation qui complique la maladie. Nous devons dire que les observations rapportées par ces derniers auteurs à l'appui de leur doctrine paraissent tout à fait concluantes.

Cependant on ne peut, dans ce cas, adopter une règle de conduite invariable, car, si la réduction est un moyen propre à faire cesser l'irritation entretenue par le déplacement des os, on ne peut nier que des tractions violentes exercées sur une articulation enflammée ne soient capables de produire une recrudescence et une aggravation telle de la phlegmasie, que la suppuration, accident le plus redoutable dans cette circonstance, en soit la conséquence. Nous pensons donc que si l'on a tout lieu de présumer, d'après l'espèce de luxation, sa date récente, la mobilité qu'ont conservée les extrémités articulaires, que la réduction offrira peu de difficultés, il faut la tenter. Si, au contraire, la luxation est déjà ancienne, la phlegmasie très-intense, les surfaces osseuses presque fixes, il faut renoncer, provisoirement du moins, à rendre aux os leurs rapports normaux. Dans l'un et l'autre cas, on aura recours aux émissions sanguines générales et locales employées avec abondance ; on condamnera l'articulation à une immobilité absolue. On ouvrira les abcès dès qu'ils seront reconnus. L'amputation devient souvent nécessaire dans cette circonstance.

Lorsqu'un os sort par les téguments, il est habituellement décollé du côté opposé à la plaie; or, dans le point où a lieu ce décollement une cavité se forme où vont s'accumuler le sang épanché et le pus qui se forme consécutivement. C'est ce qui explique pourquoi ces collections purulentes se font habituellement jour du côté opposé à celui par où l'os a fait issue, et c'est pourquoi M. Laugier a conseillé de pratiquer de ce côté les contre-ouvertures préventives, et les incisions nécessaires pour donner issue à l'écoulement.

B. *Gangrène.* — La rupture des vaisseaux principaux d'un membre, une contusion des parties molles qui entourent une articulation luxée, peuvent donner lieu à la gangrène, qui souvent alors se montre promptement et occupe une étendue considérable, le pied et la jambe, par exemple, si c'est l'articulation fémoro-tibiale qui est luxée. Ici la gangrène est le produit d'une double cause : la contusion et l'interruption de la circulation dans les troncs vasculaires qui servent à alimenter le membre. D'autres fois, la gangrène reconnaît une autre cause, elle résulte de la pression que les os déplacés exercent à la face interne de la peau. On comprend, en effet, que cette membrane, fortement distendue par une saillie osseuse anormale, puisse se mortifier, comme cela se voit lorsqu'elle est soumise à la pression exercée par un corps extérieur. La mortification est surtout à redouter lorsque, pour obtenir la réduction, on a été obligé d'exercer une pression directe et très-énergique sur les os déplacés, comme cela est souvent nécessaire lorsque l'on cherche à réduire un os court. La peau est alors pour ainsi dire écrasée; elle s'enflamme, s'ulcère ou cesse de vivre.

Dans ce dernier cas, il n'est pas rare qu'après la chute de l'eschare, l'articulation sous-jacente se trouve ouverte et baignée de pus. On comprend combien est grave cette complication, dont on ne parvient le plus souvent à conjurer le danger qu'en pratiquant l'amputation. (Voy. *Gangrène*, t. I.)

C. Le *tétanos* est un accident qui se présente assez rarement à la suite des luxations. Il est assez remarquable que c'est spécialement à l'occasion des luxations des doigts et particulièrement du cinquième que cette complication a été le plus souvent observée.

D. *Ankylose.* — Il est facile de comprendre que plusieurs des complications que nous venons de passer en revue peuvent laisser à leur suite une rigidité plus ou moins prononcée dans l'articulation, soit que les surfaces articulées se trouvent soudées ou seulement unies par des brides fibreuses, soit que certains muscles restent dans un état de rétraction. (Voy. *Ankylose*, t. II.)

E. Enfin, quelques luxations présentent quelquefois certains symptômes plus ou moins pénibles, et que l'on peut, à ce titre, considérer comme des complications : telles sont l'apparition presque subite d'une tumeur emphysémateuse observée par Desault dans une luxation de l'humérus ; une douleur névralgique ressentie par plusieurs malades atteints de luxation de la mâchoire, et la rétention d'urine dans les luxations du fémur, rare à la vérité, mais nous en avons cependant observé plusieurs exemples.

ARTICLE XXII

LUXATION DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

L'os maxillaire inférieur est le seul des os de la face qui offre une articulation capable d'éprouver une véritable luxation, et encore cette luxation est-elle fort rare, car, comme nous le ferons remarquer plus loin, elle ne peut se produire que dans certaines conditions anatomiques, que l'on ne rencontre pas chez tous les sujets.

La luxation peut exister des deux côtés, ou bien il peut n'y avoir qu'un seul condyle sorti de sa cavité. Ces luxations ont été désignées par Astley Cooper sous les noms de complète et incomplète ; mais ces dénominations pouvant induire en erreur sur la nature de la maladie, il est bien préférable d'adopter la nomenclature des chirurgiens français, qui désignent ces deux affections sous les noms de *luxation bilatérale ou des deux condyles, luxation d'un seul condyle ou unilatérale.*

Les seules luxations admises jusque dans ces derniers temps étaient les luxations en avant. Il est inutile de nous arrêter à réfuter l'existence