

ARTICLE II
DES LUXATIONS

I. — LUXATIONS DE LA CLAVICULE

1° LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE

L'extrémité externe de la clavicule abandonnant l'acromion, peut se luxer : 1° *en haut* (luxation sus-acromiale) ; 2° *en bas*, variété exceptionnelle (luxation sous-acromiale).

La luxation sus-acromiale (dite *luxation de Galien*, parce que GALIEN s'en fit une au gymnase) succède ordinairement à une chute sur le moignon de l'épaule, le traumatisme tendant à refouler l'acromion en bas, pendant que la clavicule est fixée ou que l'action du trapèze l'attire en haut. — La luxation est : *incomplète*, avec simple saillie de l'extrémité claviculaire sans chevauchement sur l'acromion, quand les ligaments coraco-claviculaires sont intacts ; *complète*, lorsque ces ligaments déchirés permettent à la clavicule de monter sur l'acromion et d'y faire un relief considérable.

La déformation varie donc selon le degré du déplacement. Dans la luxation incomplète, le symptôme caractéristique consiste dans le *signe de la touche de clavier* : le doigt, pressant sur la saillie légère de la clavicule au-dessus du plan de l'acromion, la refoule aisément en bas ; mais elle remonte dès que la pression cesse. Dans la luxation complète, avec chevauchement, l'espace qui sépare la pointe de l'acromion de l'articulation sterno-claviculaire est diminué ; la clavicule pincée entre deux doigts est mobile d'avant en arrière ; la réduction est moins aisée et tout aussi instable. La réduction s'obtient en portant l'épaule en arrière, tandis qu'on refoule la clavicule en bas et en avant. Mais le maintien est difficile, impossible même ordinairement, malgré les bandages ayant pour but d'appuyer sur l'extrémité externe de la clavicule. Actuellement, il est indiqué de recourir à la suture métallique des extrémités articulaires.

2° LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE

L'extrémité interne de la clavicule, abandonnant la double facette sterno-costale, peut se porter : 1° *en avant* (luxation pré-sternale) ; 2° *en haut* (luxation sus-sternale) ; 3° *en arrière* (luxation rétro-sternale).

La *luxation pré-sternale* est la plus fréquente ; mais reste elle-même une lésion rare. Elle succède à des violences tendant à porter fortement l'épaule en arrière (choc ou chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule) : la clavicule se comporte comme un levier, dont le point d'appui est sur la première côte ; la puissance s'exerce sur la partie externe de l'os et le fait basculer en arrière ; la résistance se trouve à l'extrémité sternale qui tend à basculer, en sens inverse, tire les ligaments antérieurs et, accompagnée par le fibro-cartilage, se déplace en avant et en bas de l'articulation sterno-claviculaire, où elle fait une saillie anormale. — Dans la luxation *sus-sternale*, l'extrémité interne se trouve sur un plan plus élevé que l'extrémité symétrique, au-dessus de la fourchette sternale. — Dans la *luxation rétro-sternale*, variété très rare, qui succède ordinairement à un choc direct sur le bord antérieur de la clavicule, l'extrémité interne de l'os s'enfonçe derrière le sternum, donnant lieu à des symptômes de dyspnée ou de dysphagie, par compression de la trachée ou de l'œsophage.

La réduction de ces divers déplacements est ordinairement aisée ; mais la contention est difficile : nous avons été le premier à employer en pareil cas la *suture osseuse*.

II. — LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Classification. — La tête humérale, abandonnant la cavité glénoïde, peut se porter :

1° *En avant*, ce qui est le cas presque constant. Et, dans les étapes successives de ce déplacement antéro-interne, elle occupe, par rapport à l'apophyse coracoïde prise comme point de repère, les positions suivantes : *extra-coracoïdienne* ; *sous-cora-*

coïdienne; intra-coracoïdienne; sous-claviculaire, selon qu'elle reste en avant de la glène et en dehors de la coracoïde, ou qu'elle vient sous cette apophyse, ou qu'elle passe en dedans d'elle, ou qu'elle s'élève vers la clavicule;

2° En bas, au-dessous de la cavité glénoïde (*luxation sous-glénoïdienne*), ce qui est une variété rare en tant que déplacement fixe

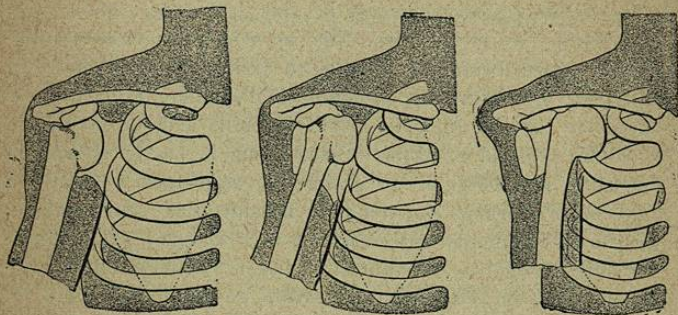


Fig. 209.

Luxation sous-coracoïdienne.

Luxation intra-coracoïdienne.

Luxation sous-claviculaire.

et permanent, mais ce qui est une position initiale constante dans les luxations de l'épaule, de cause indirecte, toute luxation par élévation et abduction étant primitivement une luxation en bas;

3° En arrière, déplacement exceptionnel: soit que la tête, glissant sur la glène et déchirant la partie postérieure distendue de la capsule, mais arrêtée par les fibres capsulaires antérieures intactes, vienne s'engrener sur le bord postérieur du bourrelet glénoïdien (*variété sous-acromiale*); soit que, grâce à des délabrements musculaire et ligamenteux causés par un traumatisme considérable, elle puisse passer sous l'épine de l'omoplate (*variété sous-épineuse*);

4° En haut (*luxation supra-glénoïdienne*), variété dont l'authenticité n'est établie que par un petit nombre de faits et qui suppose une large ouverture du dôme de la capsule, un arrachement des muscles trochantériens, une fracture partielle de la coracoïde.

Étiologie et mécanisme. — Une luxation de l'épaule peut se produire: 1° par cause directe; 2° par cause indirecte.

1° LUXATION DE CAUSE DIRECTE. — Dans la *luxation directe*, une violence intense (chute ou choc sur le moignon de l'épaule), portant immédiatement sur la tête humérale, selon une direction oblique en avant ou en arrière, triomphe de la résistance des ligaments brusquement distendus ou de leur point osseux d'insertion: la brèche est faite et la tête se déplace. — Les luxations réalisées selon ce mécanisme se produisent parfois dans une capsule en apparence intacte (*luxations intra-capsulaires* de MALGAIGNE); mais, en fait, comme BROCA et HARTMANN l'ont bien expliqué, la tête est hors de la capsule: au lieu de sortir par une boutonnière fibreuse, elle fait irruption par une boutonnière ostéo-fibreuse, entre le bourrelet glénoïdien et le rebord osseux de la glène; au lieu d'être à découvert sous les muscles, la tête est sous-jacente au périoste décollé. Voici ce qui se passe en pareil cas: le choc, directement reçu sur la tête, fait d'abord éclater le rebord osseux de la glène, et décolle le bourrelet glénoïdien; si la violence continue, le bourrelet se rompt, le périoste se décolle, et la tête luxée se loge sous lui ou le déchire. Il y a donc ici propulsion directe de la tête contre la partie qui cède.

2° LUXATIONS DE CAUSE INDIRECTE. — Les *luxations indirectes* de l'épaule — qui sont la très grande majorité — résultent d'un mouvement forcé d'abduction ou d'élévation du bras, auquel se combine souvent une propulsion sur la tête dans le sens du déplacement. Cela se produit, par exemple, dans une chute sur le coude ou sur la main.

Soit donc une abduction exagérée du bras. La capsule se tend du côté opposé au mouvement forcé: c'est donc contre la portion capsulaire inférieure que la tête vient faire effort, jusqu'à la rupture inclusivement. Voilà la capsule ouverte un bas: donc, la position sous-glénoïdienne est ordinairement la première étape d'une luxation indirecte de l'épaule, de même que le déplacement sous-cotyloïdien est la phase initiale d'une luxation coxo-fémorale (fig. 210).

Que maintenant l'abduction accidentelle cesse d'agir: le

bras, entraîné par le poids du membre, par l'effort du blessé

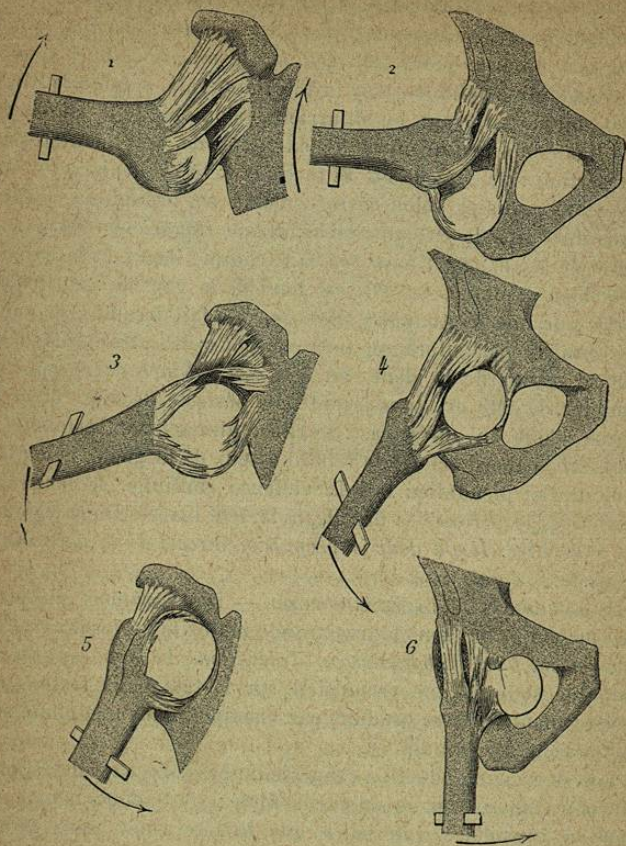


Fig. 210.

Schéma montrant l'identité du mécanisme de la luxation, à l'épaule et à la hanche, capsule ouverte en bas ; position initiale sous-glénoïdienne (épaule) et sous-cotyloïdienne (hanche) ; puis, mouvement de levier agrandissant la brèche capsulaire et permettant à la tête de se porter en luxation antérieure ou postérieure.

ou par les premières tentatives de secours, tend à s'abaisser ;

et, comme dans tout levier du premier genre, la tête, se déplaçant en sens inverse du coude, remonte vers sa position normale. Supposons que le rebord glénoïdien s'engrène dans la rainure du col anatomique de l'humérus : voilà une position de luxation sous-glénoïdienne, mais cette fixité de position est rare. Ordinairement, le bras n'a point été porté en abduction pure : à l'abduction se joint un mouvement de rotation ; et, presque toujours, cette rotation est externe.

Il s'ensuit que la tête, au lieu d'appuyer directement en bas, presse en avant et en bas, et que c'est dans ce sens que la brèche capsulaire s'ouvre. L'humérus a passé sa tête dans cette déchirure antéro-interne et va l'agrandir par un mouvement de levier, résultant de l'abaissement du bras. En effet, la partie supérieure de la capsule avec ses renforcements sus-gléno-sus-huméral et sus-gléno-pré-huméral, va jouer, selon FARABEUF qui a élucidé ce mécanisme, un rôle de *bande d'arrêt*, comparable à l'action attribuée par BIGELOW au ligament de BERTIN dans les luxations de la hanche. Cette bande ligamenteuse de suspension constitue la résistance ; le poids du membre est la force ; la partie mobile est la tête engagée dans la brèche capsulaire. Le membre s'abaissant, la tête se relève autour du point fixe constitué par les insertions de la partie haute de la capsule, et agrandit dans ce mouvement en haut et en dedans la déchirure de la capsule.

Ainsi devient possible la luxation sous-coracoïdienne, la tête s'engageant sous la coracoïde. Pour que la luxation intra-coracoïdienne se réalise, il faut que la tête s'éloigne davantage de la glène : il faut donc la déchirure des insertions postéro-externes de la capsule et des muscles sous-épineux et petit rond. Enfin, pour que la tête se mette en position sous-claviculaire, il faut que les tubérosités humérales soient arrachées.

3° LUXATIONS RÉCIDIVANTES DE L'ÉPAULE. — Leur mécanisme a été diversement expliqué. Pour MALGAIGNE, les récurrences sont dues à ce que « les bords de la déchirure capsulaire se cicatrisent isolément et laissent une ouverture béante par laquelle l'os se luxe facilement ». Pour JOËSSEL, il faut incriminer une exagération anormale et permanente de l'ampleur de la capsule,

consécutives à la désinsertion des muscles de la grosse tubérosité. Cet agrandissement capsulaire paraît la lésion vraisemblable, que l'on combat par le rétrécissement artificiel, en excisant, à l'instar de GERSTER et de RICARD, un morceau de la capsule.

Symptômes. — I. LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES. — 1° *Signes communs.* — Les signes fondamentaux se retrouvent dans les diverses variétés de ce déplacement (*extra, sous et intra-coracoïdiennes, sous-claviculaires*) ; et ils sont d'autant plus accentués que la tête s'éloigne davantage de la cavité glénoïde. Ce sont : 1° *l'aplatissement du moignon de l'épaule* ; 2° *la dépressibilité sous-acromiale* ; 3° *la saillie de la tête vers la paroi antérieure de l'aisselle* ; 4° *l'abduction du bras.*

Ces signes se rattachent tous, en somme, à ce fait : *la tête a quitté la cavité glénoïde pour se porter en avant et en dedans.*

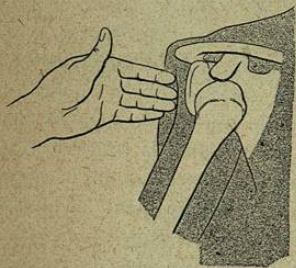


Fig. 211.

Signe de la dépression sous-acromiale.

Donc, il s'ensuit d'abord que la glène est vide : ce qui aplatit le moignon (puisque la tête n'est plus là pour soulever le deltoïde et que ce muscle tombe droit de l'acromion, dont la saillie s'exagère, vers l'empreinte deltoïdienne, ainsi qu'une manche dont la carrure est accentuée par la saillie d'une épaulette) et ce qui permet à la main de s'enfoncer, sans rencontrer la résistance normale de la tête, au-dessous de l'acromion, signe dont nous avons montré la valeur pratique.

Puisque la tête n'habite plus la cavité glénoïde, on la trouvera au point où elle se porte, c'est-à-dire vers la paroi antérieure de l'aisselle, en dehors, au-dessous ou en dedans de la coracoïde ou même sous la clavicule selon le degré du déplacement. En effet : à la vue, on constate un soulèvement de la paroi antérieure de l'aisselle ; la palpation permet de sentir, soit dans le creux axillaire pour les luxations extra et sous-

coracoïdienne, soit au-dessous ou en dedans de la coracoïde pour les sous et intra-coracoïdiennes, une surface arrondie et lisse que l'on reconnaît pour la tête humérale parce qu'elle participe aux mouvements de rotation imprimés au bras.

Enfin, la tête ayant subi, par rapport à son siège normal, un déplacement en dedans et en avant, il s'ensuit un changement de direction de l'axe huméral qui, prolongé, se porterait vers la coracoïde et non vers l'acromion comme à l'état normal. De cette position oblique permanente, résulte l'abduction du bras, qui ne peut être porté vers le tronc sans effort ni sans douleurs, et qui se remet en abduction dès que l'effort de correction cesse, comme mu par un ressort, symptôme qui ne manque que dans la variété sous-claviculaire où la tête, folle et libérée de toute attache ligamenteuse, permet facilement le rapprochement du bras. Cette obliquité de l'humérus donne lieu encore à la production d'une encoche, d'une *dépression angulaire*, qui s'observe sur la face externe du membre, à la hauteur de l'empreinte deltoïdienne, et qui est due à ce que les faisceaux acromiaux du deltoïde, descendant à pic de l'acromion vers le V huméral, forment, avec l'axe de la diaphyse portée en abduction, un angle ouvert en dehors.

2° *Diagnostic de la variété.* — Dans l'*extra-coracoïdienne*, le coude est peu écarté, la dépressibilité sous-acromiale moins accentuée, le bras est en rotation externe très marquée. — Dans la variété *sous-coracoïdienne*, la main introduite dans l'aisselle sent facilement la tête ; le coude est notablement écarté du tronc ; tout le membre est en rotation externe (rotation commandée par l'intégrité de la partie postérieure de la capsule qui maintient comme un frein d'arrêt la grosse tubérosité de l'humérus). — Dans l'*intra-coracoïdienne*, la tête n'est plus facilement accessible par l'aisselle et se palpe en dedans de la coracoïde ; l'abduction est moins prononcée que dans la sous-coracoïdienne ; le bras est en rotation interne, attitude possible, grâce à la déchirure de la partie postérieure de la capsule au niveau de la grosse tubérosité et à l'arrachement fréquent de la lamelle osseuse correspondante, d'où une crépitation osseuse constatée dans les mouvements de rota-

tion. — Enfin, dans la *sous-claviculaire* la voûte acromio-coracoïdienne est très saillante, le sillon pectoro-deltôïdien a disparu, le coude peu écarté du tronc est rejeté en arrière, le bras est raccourci.

3° *Diagnostic différentiel d'avec d'autres lésions de l'épaule.* — Le diagnostic d'une luxation antérieure est, en général, facile si l'on prend soin de s'exercer préalablement à la palpation d'une épaule normale, si l'on compare le côté blessé au côté sain, et si, s'asseyant bien en face du malade, on donne à ses deux épaules une position symétrique. — L'inspection, par laquelle l'examen doit débiter, suffit souvent à fixer le diagnostic : la suppression de la forme arrondie du moignon, la saillie anguleuse de l'acromion (épaule carrée), l'abduction du bras, l'encoche deltoïdienne sont caractéristiques. — La palpation vient fournir les deux signes de certitude : à savoir la *dépressibilité sous-acromiale* (qui révèle la vacuité de la cavité glénoïde) et la *saillie anormale de la tête* dans le creux ou sous la paroi axillaire antérieure. — Reste, comme dernier procédé d'exploration, la mensuration, obtenue en tendant un fil de la pointe acromiale à l'épicondyle : elle ne donne que des résultats variables ; cette distance est allongée dans une sous-glénoïdienne, diminuée dans une intra-coracoïdienne.

On peut confondre, une luxation antérieure de l'épaule, avec : 1° une *contusion*, soit qu'à l'état récent le gonflement des parties molles masque les reliefs osseux, soit que dans les jours suivants il se produise une atrophie rapide du deltoïde qui aplatit le moignon (mais alors la dépressibilité sous-acromiale n'existe pas) ; 2° une *luxation sus-acromiale de la clavicule* (mais le bras n'est pas en abduction, a gardé ses mouvements, et la saillie angulaire est formée par l'extrémité externe de la clavicule, surplombant l'acromion) ; 3° la *fracture du col huméral* (mais l'épaule conserve sa forme convexe et la région sous-acromiale n'est point dépressible). — Une luxation de l'épaule peut se compliquer de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : on reconnaît cette complication quand on constate les signes qui révèlent le déplacement de la tête humérale et qu'en même temps le bras peut être rapproché du tronc et rester dans

cette situation, ce qui est dû au mouvement de charnière qui se passe dans le foyer de fracture.

II. *LUXATION DE L'HUMÉRUS EN BAS.* — L'attitude du bras est caractéristique : l'abduction du bras est considérable, pouvant aller jusqu'à la position horizontale ; même dans la variété, dite *erecta*, le bras est élevé, presque verticalement coude en l'air. Le membre est allongé. L'engrènement du col anatomique dans l'axe vertical de la glène fixe cette position ; le bras devient ainsi une barre fixe, avec deux points d'appui : l'engagement du rebord glénoïdien dans la rainure du col ; la résistance ligamenteuse de la partie supérieure de la capsule. Forcer directement en bas pour rapprocher le bras du tronc, c'est écraser la tête sur le bord de la glène : il faut la dégager par une traction préalable, horizontalement ou en haut.

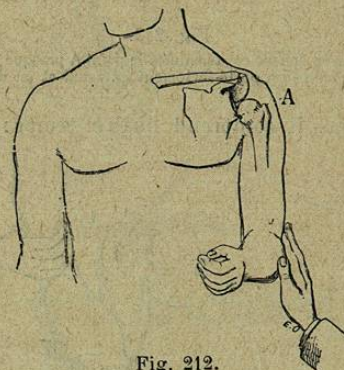


Fig. 212.

Procédé de Lacour modifié par Kocher, 1^{er} temps : l'humérus est appliqué contre le tronc.

III. *LUXATION EN ARRIÈRE.* — La tête fait, au-dessous et en arrière de l'acromion, un relief appréciable à la vue et surtout au toucher ; le membre pend le long du tronc, en rotation interne ; l'apophyse coracoïde est fortement saillante.

IV. *LUXATION EN HAUT.* — Le symptôme capital est la saillie de la tête au-devant de l'acromion ; la région de la coracoïde

est douloureuse et crépitante, en raison de la fracture ordinaire de cette apophyse.

Traitement. — Le procédé de choix, pour la réduction, est

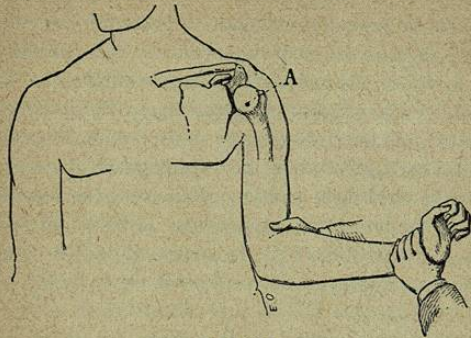


Fig. 213.

2^e temps : la rotation en dehors est terminée, le point A presque caché dans la figure précédente s'est porté fortement en avant et en dehors.

celui de Kocher. Il comprend quatre temps : 1^o on fléchit

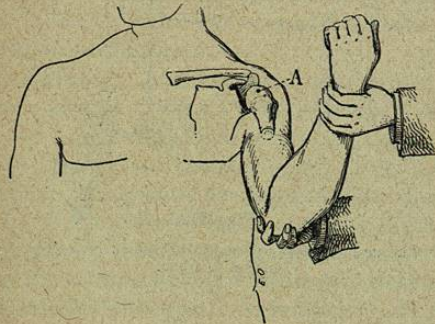


Fig. 214.

3^e temps : le bras est ramené fortement en avant, en haut et en dedans vers l'épaule du côté sain, la tête humérale est relevée. Le point A se rapproche de la coracoïde.

l'avant-bras à angle droit sur le bras, et on applique solidement le coude contre le tronc (fig. 212) ; 2^o tout en maintenant

le coude dans cette situation, on porte graduellement en dehors la main du patient, jusqu'à ce que l'avant-bras se trouve dans le plan transversal du tronc (fig. 213) ; 3^o on porte le coude en avant, en haut et en dedans (fig. 214) ; 4^o on porte la main du malade sur l'épaule saine. Il faut signaler encore : le procédé du

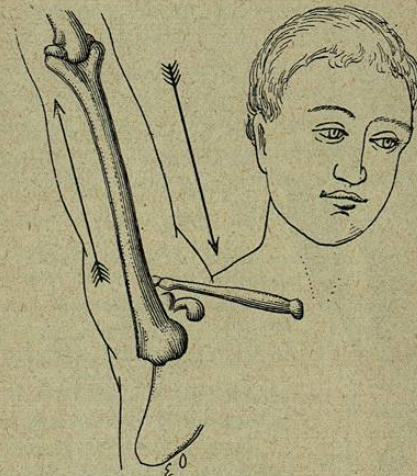


Fig. 215.

Procédé de Mothe (d'après ANGÈRE). La flèche de gauche indique l'extension, celle de droite la contre-extension.

talon, qui consiste à refouler la tête avec le talon placé dans l'aisselle ; le procédé de Mothe qui exerce une traction oblique en haut grâce à l'élévation du bras.

Dans les luxations compliquées de fracture à l'extrémité supérieure de l'humérus, la réduction immédiate doit être la règle. — Dans les luxations anciennes et irréductibles de l'épaule, on peut essayer les manœuvres de douceur, après rupture des adhérences, par mobilisation forcée de la tête. Dans le cas d'échec, on recourt à l'arthrotomie et à la réduction à ciel ouvert.

III. — LUXATIONS DU COUDE

Classification. — Les deux os — crochet cubital et tête radiale — qui composent l'extrémité articulaire de l'avant-bras peuvent abandonner *simultanément* la trochlée humérale pour se porter : *en arrière*, ce qui est le plus constant ; *en dehors*, *en dedans* ou *en avant*, ce qui constitue des variétés exceptionnelles. — Ou bien, l'un des deux os de l'avant-bras se luxent *isolément* : le déplacement solitaire du cubitus en arrière est exceptionnel ; il est plus fréquent de voir le radius seul se déplacer *en avant* ou *en bas*, plus rarement *en arrière* ou *en dehors*. Et il y a peu à changer au tableau synoptique par lequel DEBRUYER, dès 1843, résumait ces variétés :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| I. Luxations simultanées des deux os de l'avant-bras. | } | I. Luxations <i>en arrière</i> (type le plus fréquent). | |
| | | II. Luxations { <i>en dedans</i> } types plus | latérales { <i>en dehors</i> } rares. |
| | | III. Luxations <i>en avant</i> (type exceptionnel). | |
| II. Luxations isolées des deux os de l'avant-bras. | } | IV. Luxations du { <i>en avant</i> } variétés | communes. |
| | | radius seul. { <i>en bas</i> } | |
| | | { <i>en arrière</i> } variétés | |
| V. Luxations du cubitus seul, <i>en arrière</i> (exceptionnelles). | | | |
| III. Luxations divergentes (caractérisées par le déplacement croisé de chacun des deux os de l'avant-bras dans un sens opposé). | | | Variété exceptionnelle.
(Cubitus en avant, radius en arrière.) |

4° LUXATIONS EN ARRIÈRE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS

La luxation *en arrière* (avec ces variantes : *en arrière* et *en dehors* ; *en arrière* et *en dedans*) est de beaucoup le déplacement le plus fréquent : c'est le type prépondérant de la luxation du coude.

1° Étiologie et mécanisme. — On se luxé le coude, généralement, en tombant en avant, sur la paume de la main. Dans cette position de chute, le membre peut avoir deux attitudes : 1° l'*extension* forcée ; 2° la *flexion* plus ou moins marquée.

I. *Théorie de Desault.* — La production d'une luxation du coude en arrière, par le mécanisme de l'*hyperextension*, paraît être le mode le plus fréquemment observé en clinique et le plus facile à vérifier expérimentalement : c'est la théorie de DESAULT, que commenta son illustre élève BICHAT. « Supposons, disait BICHAT, une chute de côté, où la main appuyée sur le sol, l'avant-bras étant fortement étendu sur le bras qui supporte alors tout le poids du corps. Dans ce cas, l'humérus représente un levier du premier genre, dont la puissance est le poids du corps qui agit à son extrémité supérieure, le point d'appui est l'olécrâne, la résistance est la capsule et les tendons des muscles brachial antérieur et biceps. »

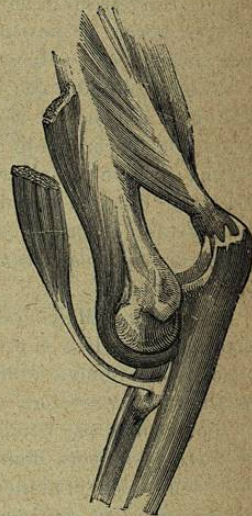


Fig. 216.
Luxations en arrière. Rapports des muscles.

Sur le cadavre, l'*hyperextension* permet facilement de reproduire la luxation postérieure, telle qu'on l'observe sur le vivant avec une légère inclinaison de l'olécrâne vers l'épitrachée. Maintenez l'avant-bras en supination et forcez son extension sur le bras : vous verrez, comme l'a décrit PINGAUD, le ligament épitrachéo-coronoïdien, distendu, céder à son insertion supérieure ou arracher le bord interne de la coronoïde. Puis, le bord interne de la trochlée, forçant la brèche, en dedans, agrandit la déchirure et la prolonge transversalement en dehors. Forcez encore : l'avant-bras s'incline *en dehors*.