

mettent pas les plus légers mouvements de l'épaule sans que les os se déplacent de nouveau.

Les moyens propres à maintenir cette luxation réduite doivent agir de la même manière que la puissance qui en a opéré la réduction; c'est-à-dire qu'ils doivent abaisser l'extrémité humérale de la clavicule, élever l'omoplate, la porter en dehors, et tenir le bras fixé contre le tronc. Le bandage de Desault, pour la fracture de la clavicule, modifié de manière qu'après avoir placé des compresses longuettes et épaisses sur l'extrémité humérale de la clavicule, les jets de bandes qui passent sous le coude sont conduits alternativement sur l'épaule malade et sur celle du côté opposé, est de tous les appareils connus le plus propre à remplir les indications que cette luxation présente. Cependant ce bandage, ainsi que tous ceux qui sont faits avec des bandes de toile, a l'inconvénient de se relâcher très-promptement; dès lors l'épaule et le bras n'étant plus assez bien soutenus, l'omoplate descend, et les surfaces articulaires perdent leurs rapports naturels. Aussi est-il douteux qu'on soit jamais parvenu, par aucun moyen, à guérir cette luxation sans difformité, malgré les soins les plus assidus. On pourrait obvier, du moins en partie, aux inconvénients des bandages faits avec de la toile par le moyen suivant. Après avoir placé sous l'aisselle un coussin de crin ou de balle d'avoine, on emploierait une fronde de cuir, dont le plein embrasserait le coude, et dont deux chefs seraient arrêtés sur l'épaule saine. Des boucles qui seraient placées un peu en devant serviraient à fixer le bandage, et donneraient la facilité de le resserrer au besoin, sans le déplacer et sans agiter le membre. Un bandage de corps, assujéti avec un scapulaire, en couvrant la première pièce de cet appareil, rapprocherait en même temps le bras du tronc, et porterait l'épaule en dehors. Ce bandage devrait être laissé en place pendant six semaines, et même plus, si cela paraissait nécessaire.

Au reste, il est bon de rappeler que, quel que soit le bandage qu'on emploie pour contenir cette luxation, et quelque soin qu'on ait de le resserrer, lorsqu'il se relâche, il reste toujours une difformité plus ou moins grande, mais qui ne nuit point aux fonctions de la partie (a).

(a) — Boyer doutant, comme on l'a vu, de la possibilité de la luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule, je crois devoir en rapporter succinctement deux exemples: l'un, de luxation par violence extérieure; l'autre, de luxation par déformation des os suite de rachitisme.

Le premier exemple est rapporté par M. Pellicux, dans la *Revue médicale*. Un homme, âgé de quarante-deux ans, fut renversé sous son cheval qui s'abattit, et il fut pris de telle façon que ses deux épaules furent portées en avant. Il ne put expliquer ce qui s'était passé dans cette chute; mais il présenta les symptômes suivants. L'extrémité sternale de la clavicule gauche était repoussée en arrière et abaissée; une dépression manifeste existait au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; on avait beaucoup de peine, même en pressant avec force, à reconnaître dans cette dépression l'extrémité interne de la clavicule, et cet os présentait une direction oblique opposée à celle qui lui est naturelle. La tête et le cou n'offraient aucune inclinaison sensible. Dans l'immobilité et dans l'absence de toute pression, aucune douleur ne se faisait sentir, tandis que la plus légère pression sur la moitié latérale gauche du cou en déterminait une excessivement vive. Cette même pression était tout à fait insupportable à l'endroit de la dépression sterno-claviculaire, tandis qu'au-dessous elle ne causait aucune douleur. Les mouvements de rotation de la tête, soit à gauche, soit à droite, ne s'opéraient qu'avec gêne et un peu de souffrance: le malade les évitait et ne les exécutait qu'avec lenteur et en tournant un peu le tronc, ce qui lui donnait l'aspect particulier de roideur qu'on remarque toutes les fois que les mouvements du cou sont douloureux. Les mouvements du bras gauche étaient faciles; la main s'élevait jusqu'au niveau de la tête; mais le malade n'exécutait ce mouvement qu'avec précaution. Si, au contraire, ce mouvement était fait avec précipitation, s'il était poussé trop loin, et s'il avait pour objet de fournir un point d'appui, une vive douleur se faisait sentir dans la partie latérale gauche du cou, et principalement dans le lieu du déplacement. Le malade ne pouvait quitter la position horizontale sans le secours d'un aide: ses essais pour s'asseoir sur son lit étaient brusquement interrompus par la douleur vive qu'ils faisaient éprouver, et il ne pouvait se mettre sur son séant qu'en saisissant les mains d'une personne placée au pied de son lit. Lorsqu'il remuait, il croyait quelquefois entendre un bruit sourd comme celui qui aurait

résulté du frottement de deux surfaces osseuses. La déglutition était peu difficile et déterminait une légère douleur qui se propageait jusqu'à l'oreille.

Il existait une fracture de la sixième côte, qui occasionna quelques douleurs pendant la réduction.

Pour faire celle-ci, M. Pellieux porta une main dans l'aisselle, et il tira très-fortement en dehors la partie supérieure du bras; en même temps il poussa violemment le coude en avant. Mais ces tentatives pour abaisser le bras, dégager l'extrémité interne de la clavicule et la replacer, n'ayant amené aucun résultat satisfaisant, il mit un lacs dans l'aisselle et en confia les extrémités à un aide; il en appliqua un autre sur le côté externe du coude, fit passer ses extrémités devant et derrière la poitrine, et fit maintenir ainsi le coude appliqué sur cette cavité. Les deux aides tirèrent en sens contraire pendant qu'un troisième aide empêchait le corps de suivre l'une ou l'autre traction. La clavicule recouvra, par ce moyen, assez exactement sa place pour que l'articulation sternale reprit totalement l'aspect qui lui est propre. M. Pellieux mit ensuite un coussin dans l'aisselle et la fronde de cuir conseillée par Boyer pour les luxations de l'extrémité externe de la clavicule, puis une serviette en ceinture pour maintenir le coude fixé contre la poitrine, et une écharpe pour soutenir l'avant-bras et la main.

Dès que les aides eurent cessé leurs tractions, la clavicule parut se reporter un peu en arrière; cependant, six mois après l'accident il restait à peine quelques faibles traces de la luxation. En regardant et en touchant attentivement la région de la clavicule, on reconnaissait aisément que l'os faisait un peu moins de saillie. La clavicule offrait une courbure moins prononcée, parce que son extrémité interne n'avait pas repris sa place accoutumée; un vide très-peu apparent senti à la partie antérieure de l'articulation et une légère saillie au-dessus indiquaient que l'extrémité interne de la clavicule, après avoir quitté l'endroit où elle avait été poussée dans la luxation, était restée un peu en arrière et s'était portée un peu en haut. Une pression un peu forte y causait une sensation désagréable qu'elle ne provoquait pas de l'autre côté. Les fonctions du bras étaient parfaitement libres; mais une légère douleur se faisait sentir au côté correspondant du cou, quand le malade, dans une position horizontale, soulevait la tête.

Le second exemple est rapporté par Astley Cooper, d'après MM. Davie et Henchman Crowfoot. Miss Loffly était atteinte d'une déformation du rachis. Par suite des progrès de cette difformité, le scapulum fut porté peu à peu en avant et fit chevaucher l'extrémité interne de la clavicule derrière la partie supérieure du sternum, de manière à comprimer l'œsophage et à rendre la déglutition très-difficile. La difformité et l'émaciation étaient poussées à un très-haut degré, lorsque M. Davie conçut l'idée d'enlever l'extrémité interne de la clavicule et de soustraire ainsi la malade à une mort imminente. Il fit sur l'extrémité interne de la clavicule, et parallèlement à son axe, une incision de deux à trois pouces; il divisa toutes les connexions ligamenteuses environnantes aussi loin qu'il put les atteindre, puis il réséqua l'extrémité de l'os à un pouce de sa surface articulaire, et pour éviter toute lésion des parties voisines, il plaça une lame de cuir battu au-dessous de l'os pendant qu'il en faisait la section. Il eut recours pendant cette opération à la scie de Scultet, appelée souvent scie de Hey. Quand la section de l'os fut complète, il essaya de détacher le fragment interne; mais celui-ci étant encore fortement retenu par le ligament interclaviculaire, il fut obligé de rompre ce ligament en se servant du manche d'un scalpel à la manière d'un levier. La plaie se cicatrisa sans accident, et la déglutition redevint facile. La malade vécut encore six ans après l'opération et recouvra de l'embonpoint.

La difficulté de maintenir réduite avec les bandages, même avec celui de Desault, la luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule, a suggéré à M. le docteur Mélier l'idée de se servir d'un bandage compressif chez une petite fille âgée de quatre ans, conjointement avec le bandage de Desault. Ce médecin dit que, quoique l'appareil n'eût été appliqué que trois semaines après l'accident, la saillie de l'extrémité interne de la clavicule fut complètement effacée au bout de trois mois de l'usage continu, jour et nuit, de cet appareil, qui n'incommoda nullement l'enfant.

Je ne ferai qu'une remarque relativement à ce que dit Boyer sur les luxations de l'extrémité humérale de la clavicule. Il dit que l'observation apprend qu'elles sont très-rares. Il est probable que cette opinion de Boyer tient aux circonstances dans lesquelles il s'est trouvé. En effet, dans un espace de douze années que j'ai constam-

ment suivi sa pratique à l'hôpital de la Charité, je n'ai vu que quatre luxations de cette extrémité de la clavicule; tandis que dans les six années que je suis resté à l'hôpital Saint-Louis, j'en ai observé huit cas; cependant le nombre des malades confiés à mes soins était moindre de moitié de ceux qui se trouvaient dans les salles de Boyer, et j'avais un collègue dont les salles renfermaient un nombre de malades égal au mien et dont quelques-uns ont probablement présenté des luxations de cette espèce. Ces différences tiennent à la nature des travaux auxquels se livrent les ouvriers des divers quartiers de Paris.

ARTICLE IX.

Des luxations du bras.

De tous les os du corps humain, l'humérus est celui qui se luxé le plus facilement et le plus souvent. On en concevra aisément la raison si l'on réfléchit sur la manière dont il s'articule avec l'omoplate : une éminence formant à peu près le tiers d'une sphère, située à l'extrémité supérieure de l'humérus, et dirigée en arrière et en dedans, est reçue dans une cavité superficielle de forme ovalaire, pratiquée sur l'angle antérieur de l'omoplate. L'étendue de cette cavité, quoique augmentée par un bourrelet fibreux qui règne dans son contour, est bien inférieure à celle de la tête de l'humérus; en sorte que, dans quelque attitude que se trouve le bras, la plus grande partie de cette éminence est hors de sa cavité et embrassée par le ligament capsulaire. Ce ligament, mince et lâche dans toute son étendue, et surtout dans sa partie inférieure, ne doit la consistance et l'épaisseur dont il jouit dans sa partie supérieure qu'à un ligament accessoire qui vient de l'apophyse coracoïde. Cette disposition de l'articulation du bras procure à l'humérus la facilité d'exécuter des mouvements très-variés et fort étendus, mais elle le rend aussi moins ferme et plus sujet à se luxer. Aussi la nature a-t-elle tâché d'obvier à cet inconvénient par plusieurs moyens. 1° L'apophyse coracoïde, l'acromion et le ligament triangulaire qui s'étend de l'un à l'autre, forment au-dessus de la cavité glénoïde une espèce de voûte qui loge une partie de la tête de l'humérus et qui la re-

tient lorsque le bras est poussé de bas en haut. 2° La cavité glénoïde de l'omoplate ayant la forme d'un ovale dont le grand diamètre est vertical, l'élevation du bras, mouvement dans lequel le déplacement de l'humérus a lieu, peut être portée très-loin, sans que la tête de cet os, qui glisse alors de haut en bas dans la cavité glénoïde, cesse d'être appuyée sur cette cavité. 3° Le tendon du muscle sous-scapulaire en dedans ou en devant, celui du sus-épineux en haut, et ceux des sous-épineux et petit rond en dehors ou en arrière, adhèrent fortement au ligament capsulaire, sont véritablement confondus avec lui, et réunis d'ailleurs entre eux par un tissu cellulaire dense; ils forment une enveloppe très-solide et propre à s'opposer jusqu'à un certain point aux déplacements de l'humérus dans les endroits auxquels ils correspondent. Enfin les mouvements du bras ne se passent pas uniquement dans l'articulation de l'humérus avec l'omoplate; ils dépendent en grande partie de la mobilité de ce dernier os, lequel se meut toujours en même temps que l'humérus, et dans le même sens que lui, en sorte que, dans les plus grands mouvements du bras, l'humérus est rarement incliné sur l'omoplate au degré convenable pour déterminer le déplacement. Malgré toutes ces dispositions, propres à donner de la solidité à l'articulation de l'humérus et à mettre cet os dans le cas de soutenir, sans se déplacer, les efforts auxquels il est exposé, ses luxations sont très-fréquentes, et en les comparant à celles des autres os pris ensemble, on peut assurer sans exagération qu'elles en égalent le nombre.

Rien n'est plus vague que ce qui a été dit par presque tous les auteurs sur les différentes espèces de luxations dont l'humérus est susceptible. Non-seulement l'inexactitude, l'ambiguïté et la diversité de leur langage, rendent leurs descriptions presque inintelligibles, mais encore il est évident que la plupart d'entre eux n'ont point pris la nature pour modèle, et qu'ils parlent d'objets qu'ils n'ont pas vus. Il serait facile de démontrer la vérité de cette proposition par l'analyse critique de la doctrine des anciens et des modernes sur ce point de pathologie; mais les détails dans lesquels il faudrait entrer nous entraîneraient trop loin, et n'ajouteraient rien à ce qu'il est essentiel de connaître sur cet objet. Nous nous contenterons de remarquer que Hippocrate s'est beaucoup plus rapproché de la vérité que ceux qui l'ont suivi. Il ne nie point la possibilité de toute autre espèce de luxation du bras que celle dans laquelle la tête de l'humérus se porte en bas dans