

CHAPITRE II

LUXATIONS.

I

LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

Sans atteindre la grande fréquence des luxations de l'humérus, les luxations de la clavicule sont très loin d'être rares; Hamilton a pu en observer 57 cas.

Elles ont été particulièrement étudiées par Morel-Lavallée (*Annales de la chirurgie*, 1845).

Classification. — On distingue ces luxations en luxations de l'extrémité interne ou *sterno-claviculaires* et en luxations de l'extrémité externe ou *acromio-claviculaires*. Les premières comprennent elles-mêmes les variétés : en avant, en arrière, en haut; les acromio-claviculaires peuvent être : *sus-acromiale*, *sous-acromiale*, *sous-coracoïdienne*.

Enfin les deux extrémités de la clavicule peuvent se luxer simultanément.

1° LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES.

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes (44 cas sur 57 observations, Hamilton), et parmi elle la variété *sus-acromiale* est observée dans l'immense majorité des cas; les deux autres variétés constituent des exceptions.

a. *Luxation sus-acromiale.* — Elle se produit à la suite d'une chute sur le sommet ou la partie postérieure de l'épaule; l'histoire raconte que Galien en fut atteint après une chute au gymnase. Il est établi aussi que l'action musculaire peut la produire, ainsi que le démontre le fait de Dolbeau d'une femme qui se fit une luxation de ce genre en donnant un soufflet à un enfant.

Anatomie pathologique. — L'extrémité de la clavicule repose

sur le bord supérieur de l'acromion, au-dessus et en arrière de sa position normale. L'étendue du déplacement a fait admettre une luxation *incomplète* et une luxation *complète*; dans la première les ligaments acromio-claviculaires seuls sont rompus; dans la seconde on note de plus la déchirure des ligaments coraco-claviculaires (Bouisson).

Signes et diagnostic. — Une douleur locale, une impotence variable, parfois une ecchymose, un léger abaissement de l'épaule, tels sont les phénomènes, sans grande valeur diagnostique, que l'on observe. La déformation consiste dans la saillie de l'extrémité externe de la clavicule au-dessus de l'acromion, saillie reconnaissable à sa forme, mobile avec les mouvements imprimés au membre inférieur correspondant. Lorsque le déplacement n'est pas très étendu, cette saillie se réduit très facilement sous la pression du doigt, mais se reproduit avec la même facilité quand la pression a cessé.

La clavicule présente quelquefois une mobilité anormale étendue qui permet de la porter à volonté en avant, en arrière, en bas.

Pronostic. — Il ne présente aucune gravité au point de vue de l'impotence consécutive qui est très rare, mais il faut savoir que la guérison sans traces est exceptionnelle; Nélaton sur 20 cas n'en a pas vu un seul guérir sans déformation; il y a donc là menace d'une certaine difformité analogue à celle que crée la fracture de la clavicule.

Traitement. — La réduction doit être obtenue et maintenue : 1° par une pression directe exercée sur l'extrémité luxée de la clavicule; 2° par la propulsion de l'épaule en haut, en dehors et en arrière; 3° par l'immobilisation de l'omoplate. Ces indications sont fort difficiles à réaliser dans la pratique.

Tous les appareils sont ou bien identiques ou du moins très analogues à ceux qu'on emploie pour immobiliser les fractures de la clavicule; tels sont les appareils classiques de Desault et de Boyer; tels encore l'écharpe de Mayor avec une courroie appuyant sur l'extrémité luxée de la clavicule, et tous les bandages plus ou moins perfectionnés et compliqués dont on trouvera la description dans la thèse récente de Floreny (1885). Ils présentent tous les mêmes causes d'échec; ils exercent une pression douloureuse et ne peuvent être

supportés, ou bien ils se relâchent et ne remplissent plus leur rôle; enfin ils n'immobilisent pas l'omoplate.

On peut essayer d'un appareil qui répond à peu près aux indications, composé : 1° d'un bandage silicaté appliqué autour du tronc et contenant des agrafes entre ses tours de bande; 2° d'une bande de caoutchouc pressant sur la clavicule et venant s'attacher à ces agrafes; 3° d'une écharpe solide repoussant le coude en haut et en arrière.

Dans trois cas de luxations anciennes, S. Cooper, de San-Francisco, a pratiqué avec succès la suture osseuse après mise à nu des surfaces articulaires.

b. *Luxation sous-acromiale.* — Cette luxation se produit par le fait de chocs ou pressions portant directement sur l'extrémité externe de la clavicule (Morel-Lavallée). Au moment où se produit le choc, l'apophyse coracoïde doit être un peu abaissée par la position de l'omoplate, dont l'angle inférieur est porté en dehors, sans quoi il se produirait une fracture de l'apophyse coracoïde avant le déplacement en bas de l'extrémité claviculaire (Hamilton).

Cette extrémité se trouve placée entre la face inférieure de l'acromion et la capsule de l'articulation scapulo-humérale. Les ligaments acromio et coraco-claviculaires sont rompus.

Le diagnostic est tiré des signes suivants : l'épaule est abaissée et fortement inclinée; l'acromion fait une saillie considérable qui rend plus appréciable la dépression qui répond à l'extrémité externe déplacée de la clavicule; enfin l'extrémité interne par un mouvement de bascule, tend à se luxer en haut et en avant et la saillie qu'elle fait dans ce sens est un bon signe de la luxation sous-acromiale.

La réduction se fait en portant les épaules en arrière et en dehors. La contention doit être réalisée en se guidant sur le mécanisme même de la production de la luxation, c'est-à-dire en fixant l'omoplate contre le tronc de manière à ce que l'angle inférieur ne s'écarte pas en dehors; dans cette nouvelle attitude l'apophyse coracoïde s'oppose à la reproduction du déplacement (Hamilton).

c. *Luxation sous-coracoïdienne.* — Décrite par Godemer et Pinjon, admise par Polaillon (art. CLAVICULE, *Dict. encyclop.*) d'après la foi de ces auteurs, cette variété est mise en doute par Nélaton, Follin et Duplay, Hamilton. On comprend d'ailleurs très peu la possibilité de sa production; d'après les auteurs en question, le relâchement des

ligaments sous l'influence de l'âge jouerait un rôle important; la tête claviculaire viendrait faire saillie dans l'aisselle.

La clavicule doit être dégagée de dessous l'apophyse coracoïde pendant qu'un aide lève le bras en arrière et en dehors. La contention est difficile.

2° LUXATIONS STERNO-CLAVICULAIRES.

a. *Luxation en avant ou présternale.* — C'est de beaucoup la plus fréquente des trois variétés, puisque sur treize cas de luxations de l'extrémité interne Hamilton en attribue onze à la variété antérieure.

Étiologie. — La cause ordinaire est une chute sur la partie antérieure ou antéro-externe du moignon de l'épaule. On l'a observé aussi à la suite de violentes contractions musculaires ayant pour but de ramener les épaules en arrière; la luxation a toujours lieu par cause indirecte. On a signalé, comme cause de cette luxation, l'anévrysme du tronc brachio-céphalique. Enfin dans des traumatismes complexes on a pu voir les deux extrémités internes des deux clavicules luxées en avant; tel le fait cité par Hamilton consécutif à un accident de chemin de fer.

Anatomie pathologique. — La production de la luxation complète nécessite la déchirure de tous les ligaments périphériques de l'articulation sterno-claviculaire; le fibro-cartilage interarticulaire est habituellement détaché de son insertion sternale et suit la clavicule. Le plus souvent l'extrémité déplacée ne se porte pas directement en avant, mais en avant et en bas; ce déplacement présente même parfois une très grande étendue : le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien est entraîné en avant par la clavicule.

Signes et diagnostic. — La douleur et la gêne des mouvements, l'inclinaison de la tête du côté malade, sont des symptômes à peu près constants de cette luxation; mais il n'y a en réalité que deux signes sur lesquels il y ait lieu d'insister et qui sont fournis : le premier par la mensuration, le second par la déformation. La mensuration fait voir qu'il existe entre l'extrémité externe de la clavicule et la ligne médiane du sternum une distance moindre que du côté opposé. La déformation est facile à apprécier, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels où il existe un gonflement énorme des parties

molles. Cette déformation consiste dans la présence en avant du sternum de la saillie plus ou moins arrondie de la tête de la clavicule, saillie qui suit les mouvements du membre correspondant, qui descend quand l'épaule est portée en haut, qui remonte au contraire lorsque l'épaule est abaissée.

On a pu confondre cette luxation avec une exostose, erreur grossière qu'il suffit de signaler, et surtout avec une fracture de l'extrémité interne de la clavicule. On a vu à propos de la fracture les éléments de ce diagnostic; il repose sur la constatation du siège précis de la déformation, qui reste à une distance notable de la ligne médiane du sternum, et accessoirement sur la mensuration comparative de la clavicule saine et de la clavicule luxée ou fracturée; cette exploration démontre l'existence d'un raccourcissement de 1 centimètre au moins dans la fracture.

Pronostic et traitement. — La réduction n'est pas toujours possible à obtenir; parfois aussi le déplacement corrigé se reproduit sous l'appareil. En revanche, il semble que les luxations non réduites ne soient pas suivies de troubles fonctionnels sérieux; à cet égard il n'y a pas de règle absolue.

Deux moyens principaux existent pour opérer la réduction. On peut réussir en faisant ramener les épaules en arrière par un aide dont le genou est placé au milieu du dos du blessé, tandis qu'on vérifie le retrait en dehors de la tête claviculaire et qu'on l'aide par des pressions exercées directement; on peut aussi exercer des tractions sur le membre supérieur.

Nélaton et Demarquay ont employé des appareils à pression fondés sur le principe du bandage herniaire.

On pourrait avec avantage se servir d'un appareil analogue à celui que nous avons décrit pour la luxation sus-acromiale de la clavicule.

b. *Luxation en haut.* — D'après Morel-Lavallée, cette luxation ne serait que le deuxième temps de la luxation en arrière. Bien que beaucoup moins fréquente que la précédente, cette variété n'est pas exceptionnelle, puisque Hamilton a pu en recueillir 14 ou 16 cas.

Elle se montre à la suite d'un choc, d'une pression violente qui agit sur le sommet de l'épaule et l'abaisse fortement en le portant en arrière.

Outre la déchirure des ligaments périphériques, il faut ici noter celle du ligament costo-claviculaire; la tête de la clavicule répond à

la fourchette sternale et dépasse habituellement la ligne médiane; dans le seul cas où l'autopsie a été faite on a vu que le cartilage inter-articulaire avait suivi la clavicule dans son déplacement.

Le diagnostic se base sur la déformation: abaissement de l'épaule, élévation de l'extrémité sternale, saillie de cette extrémité dans la fosse sus-sternale.

Le pronostic n'offre rien de spécial; la réduction est ordinairement facile, la contention au contraire difficile à réaliser. Quel que soit l'appareil employé, il doit remplir comme condition fondamentale d'élever légèrement l'épaule.

c. *Luxation en arrière.* — Cette variété est très rare; Hamilton n'a pu en découvrir d'observations depuis Malgaigne qui en a signalé 11 cas.

Dans la plupart des cas, elle semble se produire à la suite de chocs directs portés d'avant en arrière; mais parfois aussi la cause peut être indirecte, comme dans le cas cité par Hamilton d'un individu qui fut fortement serré contre un mur par une voiture.

Dans la luxation *complète*, la tête de la clavicule est placée en arrière du sternum, un peu au-dessous du plan de la fourchette sternale, quelquefois sur le même niveau; dans cette position, elle confine à la trachée, d'où la gêne de la respiration souvent observée dans cette variété de luxation.

Outre cette gêne de la respiration et parfois de la déglutition, on a noté aussi l'arrêt plus ou moins complet de la circulation artérielle dans le membre supérieur correspondant par le fait de la compression du tronc brachio-céphalique ou de l'artère sous-clavière. Enfin la déformation, facile à comprendre, consiste dans la présence d'une dépression profonde à la place de la saillie que forme normalement la tête de la clavicule; d'autre part, l'extrémité acromiale fait une saillie plus notable en haut.

Cette variété de luxation est ordinairement assez facile à réduire en portant l'épaule en arrière et en dehors; elle est en même temps plus facile à maintenir que les autres luxations de la clavicule.

L'appareil de contention devra maintenir l'épaule en arrière; on pourra aussi se servir de la position comme auxiliaire en plaçant sous le malade un coussin élevé de manière à faire porter l'épaule à faux.

5° LUXATION SIMULTANÉE DES DEUX EXTRÉMITÉS DE LA CLAVICULE
OU LUXATION TOTALE.

Les faits sont trop rares pour que l'on puisse fixer le mécanisme de cette luxation : elle semble cependant succéder à des chocs portant sur la partie postérieure et externe de l'épaule ; l'extrémité interne se déplace en arrière, l'extrémité acromiale en haut.

Le diagnostic est établi par l'existence des déformations propres à chacune de ces variétés de luxation.

La réduction s'opère en exerçant des tractions sur le membre supérieur. Une écharpe ou un bandage qui maintient l'omoplate fixé contre le tronc suffit à assurer la contention.

II

LUXATIONS DE L'ÉPAULE OU LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

Classification. — Velpeau, Malgaigne, Nélaton, se sont surtout efforcés de simplifier la description de ces luxations en établissant les groupes fondamentaux autour desquels gravitent les variétés ramenées elles-mêmes à un nombre minimum.

Follin et Duplay ont adopté la classification suivante, qui est devenue classique en France ; ces auteurs reconnaissent quatre groupes de luxations :

- 1° Luxations en avant et en dedans (antéro-internes) ;
- 2° Luxations en bas ;
- 3° Luxations en arrière et en dehors (postéro-externes) ;
- 4° Luxations en haut.

1° LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES.

Anatomie pathologique. — Ce groupe, désigné par Panas (*Dict. méd. et chir. prat.*, art. ÉPAULE) sous le nom de luxations *médio-glénôïdiennes*, comporte lui-même les trois variétés : *sous-coracoïdienne*, *intra-coracoïdienne*, *sous-claviculaire*, suivant la position que prend la tête déplacée.

a. *Luxation sous-coracoïdienne.* — Quelques auteurs admettent que cette luxation peut être *incomplète*, la tête humérale restant encore en rapport étendu avec la cavité glénoïde, sans déchirure notable de la capsule. Hamilton met en doute l'existence de ces luxations incomplètes de l'épaule, et Panas donne à la luxation sous-coracoïdienne incomplète des auteurs le nom de luxation *extra-coracoïdienne* ; elle s'accompagnerait constamment d'une déchirure de la capsule.

Dans la luxation sous-coracoïdienne proprement dite, la tête humérale est placée au-dessous de la coracoïde ; les deux tubérosités restent seules en rapport avec la portion interne de la cavité glénoïde. La capsule est toujours rompue en bas et en dedans sur une étendue de plusieurs centimètres. Les vaisseaux et nerfs non comprimés restent en dedans et non en avant de la tête humérale (Panas).

b. *Luxation intra-coracoïdienne.* — La tête humérale ne répond plus à la coracoïde que dans une petite partie de sa surface ; elle est située en dedans de cette apophyse. Très souvent la grosse tubérosité est arrachée ; la capsule est déchirée dans une grande étendue ; le paquet vasculo-nerveux reste en dedans de la tête, mais peut être comprimé entre cette dernière et les côtes (Panas).

c. *Luxation sous-claviculaire.* — La capsule est presque totalement détruite ; la tête humérale a cheminé soit entre le sous-scapulaire et l'omoplate, soit dans l'interstice du deltoïde et du grand pectoral ; elle est tout à fait superficiellement placée dans ce dernier cas.

Étiologie, mécanisme. — L'âge adulte et la vieillesse, une luxation antérieure, sont les causes prédisposantes de ces luxations. Le mécanisme est souvent difficile à établir, parce que les malades savent rarement expliquer la manière exacte dont l'accident s'est produit ; mais les expériences cadavériques faites par plusieurs chirurgiens ont comblé cette lacune. Le mécanisme général des luxations de l'épaule reconnaît deux modes distincts : tantôt, à la suite d'un choc direct, d'une chute sur l'épaule, choc habituellement porté d'arrière en avant et de dehors en dedans, la tête humérale est projetée hors de sa cavité de réception ; tantôt la cause est indirecte ; la luxation se produit à la suite d'une chute sur la paume de la main ou sur le coude, le bras étant plus ou moins écarté du tronc ; parfois encore la tête se luxe dans un mouvement