

en avant, celle du côté opposé subit une sorte de luxation qui la porte en arrière. Les capsules fibreuses des apophyses articulaires sont rompues des deux côtés, le disque intervertébral est déchiré ou décollé, le grand ligament antérieur est décollé, quelquefois rompu; le postérieur décollé. Les ligaments jaunes sont quelquefois complètement rompus. On observe, dans certains cas, une fracture concomitante de l'apophyse articulaire luxée.

Causes. Ce sont des violences extérieures qui agissent sur la partie postérieure du cou, des chutes sur la tête d'une hauteur variable, un mouvement de rotation exagéré de la tête en arrière.

Symptômes. La tête est le plus souvent inclinée du côté opposé et la face tournée du côté correspondant au déplacement de l'apophyse articulaire en avant. Il est impossible de ramener le cou à sa rectitude normale. Les apophyses épineuses sont déjetées du côté de la luxation. Au moment où cette dernière se produit, les malades éprouvent une sensation de déchirure et sentent quelquefois un bruit de craquement; ils accusent toujours une douleur locale; la déglutition est quelquefois gênée. Les membres inférieurs, le tronc, les membres supérieurs sont atteints de paralysie, soit immédiatement après l'accident, soit plus tard.

Le diagnostic de cette luxation est fondé principalement sur le déjettement latéral d'une apophyse épineuse et sur la sensation de craquement perçue par le blessé au moment de l'accident.

Traitement. La réduction a été faite plusieurs fois avec succès. Pour l'obtenir, on peut appuyer les deux genoux sur les épaules du blessé pour faire la contre-extension; embrasser le menton avec les deux mains afin d'attirer la tête en haut d'abord, puis du côté opposé à la luxation. Une fois l'apophyse articulaire dégagée, on reporte la tête à sa place par un mouvement de rotation.

4° LUXATIONS EN ARRIÈRE. Ces luxations sont beaucoup plus rares que les espèces précédentes.

Anatomie pathologique. Tantôt la luxation est complète, et alors le corps de la vertèbre supérieure appuie sur les lames et sur l'apophyse épineuse de la vertèbre inférieure; dans ce cas, tous les ligaments sont rompus. Tantôt il n'existe qu'une *subluxation*; les corps vertébraux sont simplement écartés, les ligaments déchirés dans une étendue plus ou moins considérable.

Causes. Ce sont des chutes sur la tête, la pendaison, des chutes en arrière sur la tête et sur le dos.

Symptômes. Ils sont obscurs: dans un cas observé par Malgaigne, la tête offrait une tendance à se renverser en arrière; il existait une mobilité extraordinaire de la partie inférieure du cou; la pression était douloureuse au niveau des apophyses épineuses; les membres inférieurs étaient complètement paralysés, les supérieurs engourdis. La mort survint promptement.

Le diagnostic est fondé sur la douleur locale, le renversement de la tête en arrière, la mobilité anormale de la tête. L'exploration à travers le

pharynx peut être également utile pour apprécier l'existence d'une saillie anormale.

Traitement. La réduction a été faite deux fois par Sellin et par Walther, en pratiquant l'extension sur la tête et en repoussant avec les mains les vertèbres luxées. Le blessé de Sellin put marcher au bout de trois jours et reprendre son service de cuirassier après huit autres jours.

IV. LUXATIONS DES VERTÈBRES DORSO-LOMBAIRES.

Il en existe trois variétés: des luxations en avant, en arrière et latérales.

1° Les luxations en avant se produisent dans des chutes sur le dos d'un lieu élevé, par des chocs qu'exercent sur les lombes des corps tombés d'une certaine hauteur, par une chute sur les fesses.

Les apophyses articulaires inférieures de la vertèbre luxée se mettent en contact avec la face postérieure du corps de la vertèbre inférieure ou dépassent seulement en avant les apophyses articulaires de cette dernière vertèbre. La moelle épinière est complètement interrompue ou seulement infléchie et comprimée. La luxation peut exister sans fracture, ou bien elle est accompagnée de l'arrachement d'une portion du corps de la vertèbre, d'une fracture du bord antérieur de cette dernière, ou des masses apophysaires. Lorsque la luxation existe au niveau de la région dorsale, il y a quelquefois fracture concomitante de plusieurs côtes.

Les symptômes attribués à cette luxation sont: une saillie de la vertèbre inférieure en arrière; une dépression à la place occupée par la vertèbre supérieure portée en avant; une inclinaison du haut du rachis dans ce dernier sens, une paralysie des nerfs qui naissent au-dessous du point comprimé, le défaut de crépitation et la persistance de la déformation dans les mouvements d'extension et de flexion de la colonne vertébrale. Il est très-difficile de distinguer la luxation de la fracture. Si on était assez heureux pour reconnaître la première, il faudrait procéder à une réduction immédiate; c'est le seul moyen de prévenir une terminaison fatale.

2° Les luxations en arrière sont tellement rares qu'au rapport de Malgaigne, il n'existe qu'un seul fait de luxation sans fracture, observé par Melchiori. Une luxation en arrière avec écrasement du corps de la vertèbre inférieure a été vue par Alph. Robert.

3° Les luxations latérales sont aussi rares que les précédentes. Ch. Bell et J. Cloquet ont observé une luxation de ce genre dans laquelle la vertèbre était déplacée à la fois en dehors et en arrière.

V. LUXATIONS DES CÔTES ET DE LEURS CARTILAGES.

Les côtes sont très-solidement articulées en arrière avec les parties latérales de la colonne vertébrale; en avant elles sont unies à leurs cartilages

qui, à leur tour, s'articulent avec le sternum. Ajoutez encore que les cartilages des dernières vraies côtes sont unis ensemble par leurs bords correspondants. Il est possible cependant qu'une de ces différentes pièces osseuses ou cartilagineuses se déplace sur celle avec laquelle elle s'articule. De là quatre espèces de luxations admises par quelques pathologistes : des luxations *vertébro-costales*, les luxations des côtes sur leur *cartilage*, les luxations des *cartilages* l'un sur l'autre et les luxations des *cartilages* sur le *sternum*.

1° Les luxations *vertébro-costales*, admises par A. Paré et rejetées par Boyer, ne sauraient être révoquées en doute. Il en existe des exemples rapportés par Henkel, Boudet, Alcock, etc. Elles se font le plus souvent au niveau des dernières fausses côtes ; elles se produisent par des causes directes, notamment par des chutes ou par des chocs extérieurs. Elles sont caractérisées par l'existence d'une dépression au niveau de l'articulation luxée ; la possibilité dans quelques cas, en agissant sur l'extrémité antérieure de la côte, d'imprimer à la tête de l'os un mouvement en dedans. Le diagnostic en est du reste très-obscur.

2° Les luxations des côtes sur leurs *cartilages* sont tellement rares, que Malgaigne n'a pu en réunir que quatre exemples. Ce chirurgien croit qu'on les a quelquefois confondues avec les fractures des cartilages costaux (p. 357).

3° Les luxations des *cartilages costaux* les uns sur les autres consistent dans un enfoncement d'un ou de plusieurs cartilages qui se portent derrière les cartilages limitrophes.

4° Enfin les *cartilages* des vraies côtes peuvent se luxer en avant sur le *sternum*, ainsi que le prouvent les observations de Ravaton, Manzotti, Monteggia, Ch. Bell.

VI. LUXATIONS DU STERNUM.

Le sternum est composé de trois pièces qui se soudent à un âge avancé de la vie. La seconde pièce se déplace quelquefois sur la première ; s'il faut même s'en rapporter au témoignage de Martin et de Billard, chirurgien en chef de la marine, l'appendice xiphoïde pourrait lui-même se luxer sur la seconde pièce. Nous nous contentons de signaler ce dernier fait, et nous n'étudierons que les luxations de la seconde pièce du sternum sur la première.

Anatomie pathologique. La seconde pièce du sternum (DP, fig. 94) se porte en avant et remonte sur la première (PP). Dans un seul cas, les deux pièces étaient simplement écartées l'une de l'autre. Les cartilages des deux premières côtes (1, 1, 2, 2) restent articulés avec la première pièce. Le ligament antérieur est déchiré au niveau de la luxation, le postérieur décollé

(voir sur la figure représentée de profil). Il y a quelquefois une fracture concomitante des cartilages costaux ou même d'os plus éloignés, tels que la clavicule, la colonne vertébrale. Quand la luxation est produite par une violence extérieure très-énergique, il existe des désordres viscéraux qui augmentent la gravité de la blessure.

Causes. Ces luxations s'observent particulièrement chez les jeunes gens et chez les adultes. Les enfants et les vieillards en sont préservés, les premiers par la flexibilité du sternum, les seconds par la soudure des deux premières pièces de l'os ; elles se produisent par des causes directes, des chocs violents ou de fortes pressions exercées sur le sternum ; ou par des causes indirectes, telles que des chocs exercés sur la partie latérale de la poitrine, des chutes sur le dos, sur la tête, sur le bassin, et même sur les pieds.

Symptômes. Les malades accusent une vive douleur au niveau de la luxation, plus intense lorsqu'on exerce dans ce point une pression ou lorsque le patient fait un effort respiratoire. Au moment où la lésion se produit, quelques sujets entendent un craquement. La respiration, d'abord gênée, reprend ensuite son rythme normal. Sur le trajet du sternum on constate par la vue et par le toucher l'existence d'une tumeur formée par la seconde pièce du sternum ; au-dessus se trouve une dépression transversale au fond de laquelle on trouve un corps dur et résistant répondant à la première pièce de l'os. Le sternum est raccourci ; les deux premières côtes et leurs cartilages paraissent enfoncés ; les autres côtes (3, 3, 3, fig. 94), au contraire, soulevées ; la troisième plus ou moins rapprochée de la deuxième. La tête du malade est inclinée en avant, le tronc courbé en avant, et le rachis est voûté ; les apophyses épineuses saillantes.

Diagnostic. On distingue la luxation d'une contusion, en ce que dans cette dernière il n'existe aucun déplacement. La fracture avec déplacement du fragment inférieur en avant ressemble à la luxation ; mais dans la première, le bord libre du fragment inférieur est rugueux au toucher ; dans la seconde, ce bord est lisse, et l'on y distingue à travers la peau trois facettes : l'une répondant à l'articulation avec la première pièce du sternum ; les deux autres latérales, répondant à l'articulation du sternum avec les cartilages des deuxièmes côtes.

Pronostic. Traitement. Les luxations du sternum ne sont graves que lorsqu'elles sont compliquées d'autres lésions étrangères à la luxation elle-

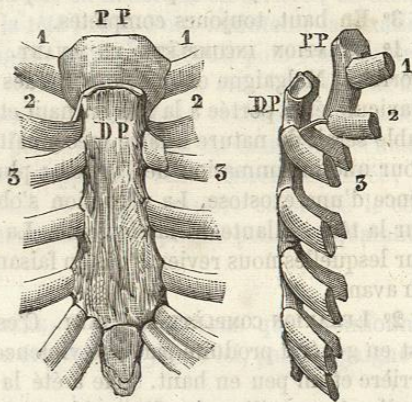


Fig. 94. Luxation de la seconde pièce du sternum sur la première, vue de face et de profil.

même et produites par les mêmes causes. La réduction s'opère en pressant d'une part sur le menton et de l'autre sur le pubis, afin de porter le tronc dans l'extension en arrière. On écarte ainsi les surfaces articulaires l'une de l'autre, et pour en obtenir la coaptation on peut exercer une pression directe de haut en bas sur le sommet de la pièce inférieure. La contention se fait à l'aide de compresses graduées placées sur le fragment inférieur et maintenues par un bandage roulé fortement serré.

VII. LUXATIONS STERNO-CLAVICULAIRES.

Espèces. L'extrémité interne ou sternale de la clavicule peut se déplacer en avant, en arrière ou en haut, à un degré plus ou moins marqué. Il existe donc des luxations :

- 1° En avant, incomplètes et complètes ;
- 2° En arrière, incomplètes et complètes ;
- 3° En haut, toujours complètes.

1° LUXATION INCOMPLÈTE EN AVANT. Cette variété est rare ; Sédillot, Porral et Malgaigne en ont rapporté des observations. Dans les trois cas, la clavicule était portée à la fois en haut et en avant. Un gonflement considérable serait de nature à faire méconnaître la luxation ou à la faire prendre pour une inflammation de l'article ; plus tard, on pourrait croire à l'existence d'une exostose. La réduction s'obtient par la seule pression exercée sur la tête saillante de la clavicule. La contention présente des difficultés sur lesquelles nous reviendrons en faisant l'histoire des luxations complètes en avant.

2° LUXATION COMPLÈTE EN AVANT. C'est la plus commune de toutes. Elle est en général produite par une violence extérieure qui pousse l'épaule en arrière et un peu en haut. Elle a été la conséquence d'un coup de genou appliqué au milieu du dos pendant que les épaules étaient ramenées en arrière, d'une traction exercée sur le bras, d'une chute sur l'épaule, d'un éboulement de maçonnerie sur le moignon de l'épaule.

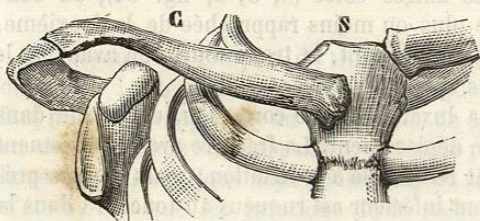


Fig. 95.

Dans cette luxation (fig. 95) la grosse extrémité de la clavicule n'est recouverte que par la peau. Elle est caractérisée par une douleur locale, de la difficulté pour mouvoir le bras, quelquefois l'inclinaison de la tête du patient du côté luxé. L'épaule est plus ou moins portée en arrière, et la clavicule plus saillante que de coutume. La grosse extrémité de l'os est en avant du sternum (fig. 95), sur lequel elle chevauche plus ou moins ; en même temps elle est toujours portée en bas, de telle façon qu'au-dessus d'elle on sent le vide de la cavité sternale.

Dans cette luxation (fig. 95) la grosse extrémité de la clavicule n'est recouverte que par la peau.

Elle est caractérisée par une douleur locale, de la difficulté pour mouvoir le bras, quelquefois l'inclinaison de la tête du patient du côté luxé. L'épaule est plus ou

Le faisceau cléido-mastôidien est entraîné avec l'extrémité interne de la clavicule en bas et en dedans.

Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, la douleur disparaît rapidement, les mouvements du bras reviennent ; la région sterno-claviculaire reste quelquefois tuméfiée.

Le **diagnostic** est généralement facile ; un gonflement considérable pourrait néanmoins faire prendre la luxation pour une tumeur de l'extrémité interne de la clavicule. La distinction de la luxation complète et de l'incomplète repose sur la saillie plus ou moins prononcée en avant de la tête de l'os.

Le **pronostic** n'est point grave au point de vue du retour des mouvements, qui a lieu alors même que la luxation est abandonnée à elle-même ; mais si la réduction est facile, la contention présente de grands obstacles, et dès lors la luxation guérit avec persistance d'une difformité.

Pour ramener les surfaces articulaires en rapport l'une avec l'autre, il faut tirer l'épaule en dehors, ou à la fois en dehors et en arrière ; en même temps on presse avec le pouce sur la tête luxée. Pour maintenir la luxation réduite, on a proposé divers bandages : celui de Desault pour les fractures de la clavicule (fig. 63, p. 362), le corset de Brasdor, etc. Le meilleur appareil est celui qui exerce une pression permanente et directe sur la tête claviculaire ; en conséquence, on peut se servir d'un bandage herniaire anglais, dont la pelote antérieure s'applique sur l'extrémité luxée, la pelote postérieure sur l'épine dorsale, et dont le ressort embrasse le côté sain sous l'aisselle. Cet appareil est maintenu appliqué pendant quarante-cinq à soixante jours.

3° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE. Nous ne ferons que mentionner cette variété, dont un seul exemple a été observé jusqu'ici, par Malgaigne et Morel-Lavallée simultanément.

4° LUXATION COMPLÈTE EN ARRIÈRE. Dans cette luxation, la tête claviculaire est portée à la fois en dedans et en bas, en arrière des muscles sterno-hyoidiens et sterno-thyroidiens ainsi, qu'on le voit dans la figure 96 où la portion ponctuée de la clavicule représente la partie de cet os située derrière le sternum.

Les causes qui la produisent sont ou bien indirectes, et alors elles agissent en poussant l'épaule en avant, ce qui arrive dans des chutes en arrière sur le bord postérieur de l'épaule ou par des chocs exercés dans le même sens ; ou bien directes, lorsque des chocs ou des pressions sont exercées sur l'extrémité interne de la clavicule.

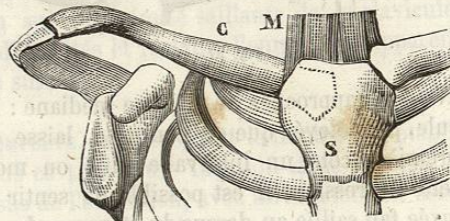


Fig. 96.

Elle est caractérisée par une douleur locale diminuant rapidement d'intensité, l'inclinaison de la tête du blessé du côté de la luxation. L'épaule est portée en avant et en dedans et relevée. La clavicule présente un trajet tantôt horizontal, tantôt oblique en bas, en dedans et en arrière; elle paraît enfoncée derrière le sternum. Le creux sus-claviculaire est effacé, l'épaule rapprochée de la ligne médiane. On trouve sous la peau de la région sterno-claviculaire une saillie formée par le rebord antérieur de la cavité sternale, et au côté externe de la saillie une dépression. Le bout acromial de la clavicule est saillant en dehors. Les mouvements de l'épaule sont gênés. Quelquefois il existe de la dyspnée ou une gêne de la déglutition. A. Cooper a noté, dans un cas, la disparition du pouls radial du côté correspondant à la luxation, ce qu'il attribue à une compression de l'artère sous-clavière.

Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, les mouvements sont recouverts; la difformité persiste.

Le diagnostic est facile; il est moins aisé de distinguer la luxation complète en arrière de l'incomplète dans le même sens.

Pour faire la réduction, il faut tirer l'épaule en dehors et en arrière, et pour maintenir la luxation réduite, il est nécessaire que l'épaule soit maintenue en arrière. On a proposé dans ce but l'emploi de divers appareils; celui de Desault pour les fractures de la clavicule; un coussin épais placé entre les épaules et maintenu à l'aide d'un bandage en 8 de chiffre, etc.

5° LUXATION EN HAUT. Dans cette variété, la tête de la clavicule est placée au-dessus du bord supérieur du sternum; elle soulève et projette en avant le tendon du sterno-mastoïdien (sm), et derrière elle se trouve le sterno-hyoidien.

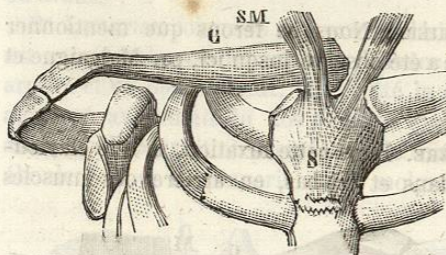


Fig. 97.

Pour que cette luxation se produise, il faut qu'une violence extérieure porte l'épaule en bas, en dedans et un peu en avant.

Les symptômes qui la caractérisent sont: l'abaissement de l'épaule, qui est portée en avant et rapprochée de la ligne médiane: l'extrémité interne de la clavicule, plus élevée que de coutume, laisse entre elle et le cartilage de la première côte un intervalle plus ou moins considérable. Au fond de cette dépression, il est possible de sentir la cavité sternale vide. La tête luxée fait saillie au-dessus du sternum. Les malades accusent de la douleur et les mouvements sont gênés.

La réduction se fait en portant l'épaule à la fois en dehors, en haut et en arrière, et en pressant directement sur la clavicule. La contention est très-difficile; elle exigerait l'emploi d'un bandage qui exerçât une pression directe de haut en bas sur la tête de la clavicule.

VIII. LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES.

L'extrémité externe ou acromiale de la clavicule peut se porter au-dessus de l'acromion, ou bien en bas et en arrière de cette apophyse, ou bien encore en bas et en avant sous l'apophyse coracoïde. Les déplacements dans le premier sens sont plus ou moins étendus. Il y a donc des luxations:

- 1° Sus-acromiales, incomplètes et complètes;
- 2° Sous-acromiales;
- 3° Sous-coracoïdiennes.

1° LUXATIONS SUS-ACROMIALES INCOMPLÈTES. Cette luxation n'a pas été envisagée de la même manière par tous les chirurgiens. J.-L. Petit considère comme incomplète toute luxation dans laquelle la *facette articulaire* de la clavicule a conservé une partie de ses rapports avec la *facette articulaire* de l'acromion. Malgaigne comprend, au contraire, sous ce chef toute luxation dans laquelle l'extrémité externe de la clavicule conserve encore des rapports avec l'acromion, soit par une partie des facettes articulaires, soit par sa face inférieure, qui reste en contact avec la face supérieure de l'acromion. Un léger déplacement de l'extrémité externe de la clavicule en haut mériterait mieux le nom de *subluxation*.

Quoi qu'il en soit, la luxation sus-acromiale incomplète est le plus souvent la conséquence d'une chute sur le moignon de l'épaule, rarement d'une chute sur le coude. Elle est caractérisée par une douleur locale et par une saillie anormale de l'extrémité externe de la clavicule. On la distingue de la fracture de l'extrémité acromiale de la clavicule par l'examen attentif de l'articulation et par la mensuration comparative des deux clavicules (Voy. *Luxation sus-acromiale complète*).

Les expériences sur le cadavre démontrent que la luxation exige, pour être produite, une rupture de la capsule articulaire et la déchirure partielle des ligaments coraco-claviculaires.

La réduction se fait en portant l'épaule en haut et en dehors, en même temps qu'on exerce une pression sur l'extrémité saillante de la clavicule. La contention offre de grandes difficultés et réclame l'emploi des appareils que nous indiquerons à l'article suivant.

2° LUXATION SUS-ACROMIALE COMPLÈTE. En acceptant la distinction établie plus haut, nous comprenons sous ce titre toute luxation dans laquelle la clavicule fait une saillie au-dessus de l'acromion, avec un écartement assez grand pour que tout contact ait cessé entre les deux os (SAH, fig. 98).

Cette luxation est produite par une chute sur l'épaule ou par la chute d'un corps pesant sur l'épaule.

Anatomie pathologique. L'absence d'autopsie ne permet pas de donner des détails précis sur les désordres qui accompagnent la luxation. Il est cependant permis de supposer qu'un pareil déplacement ne peut s'effectuer

qu'à la condition que tous les ligaments acromiaux et coracoïdiens soient rompus.

Symptômes. Il existe une douleur locale accompagnée d'une légère ecchymose. L'extrémité externe de la clavicule fait une forte saillie au-dessus du moignon de l'épaule; une dépression située au-dessous de la saillie la

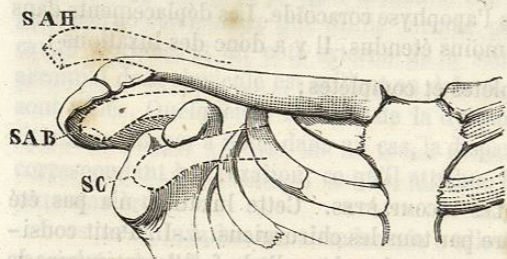


Fig. 98. Trois espèces de luxations de l'extrémité externe de la clavicule.

sépare de l'acromion. En même temps que la clavicule est portée en haut, elle peut être déviée soit en avant, soit en arrière de l'acromion; quelquefois même elle chevauche sur cette dernière apophyse. Malgaigne a noté en outre un déplacement de l'omoplate en totalité, en bas, en dedans ou en avant, d'après le sens de la luxation claviculaire et parfois un mouvement de bascule de l'omoplate qui a pour résultat d'en porter l'angle inférieur en dehors ou en dedans.

Le bras du côté correspondant à la luxation paraît allongé et est pendant près du tronc; la tête est inclinée du côté malade; les mouvements communiqués du membre supérieur sont possibles; les mouvements volontaires, surtout le mouvement d'élévation, sont empêchés par la douleur.

Marche. Terminaisons. Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, les mouvements du membre supérieur sont bientôt recouverts, mais ne reprennent jamais leur étendue primitive. La difformité persiste.

Diagnostic. Il est en général facile. On ne peut confondre la luxation sus-acromiale complète qu'avec la fracture de l'extrémité acromiale de la clavicule et avec une luxation de l'humérus. (Voy. *Luxations de l'humérus.*)

Pour distinguer la luxation de la fracture, on explore l'articulation acromio-claviculaire et on recherche si la saillie que l'on découvre sous la peau est située immédiatement en dedans ou à une certaine distance de l'article. Si ce premier examen laisse subsister des doutes, on a recours au moyen suivant: on mesure, à l'aide d'un ruban métrique, ou d'un compas, la distance qui sépare l'extrémité interne de la clavicule de la saillie de la région acromiale. On mesure également du côté sain la distance entre les articulations sterno-claviculaire et acromio-claviculaire. Si la distance est trouvée égale des deux côtés, c'est une luxation; si elle est plus petite du côté blessé, c'est une fracture. Notons toutefois que le gonflement de la région diminue la valeur de ce dernier signe.

La réduction s'obtient en portant l'épaule en haut, ou en dehors, ou à la fois en haut, en dehors et en arrière, en même temps qu'on abaisse la clavicule par une pression directe exercée sur cet os. La contention offre de très-grandes difficultés, et on a essayé de l'opérer à l'aide de la plupart des bandages employés pour la fracture de la clavicule, en y ajoutant une pression directe sur la clavicule au moyen de compresses ou même d'ap-

pareils spéciaux. On a essayé de prévenir le déplacement en appliquant sur la clavicule le tourniquet de J.-L. Petit (fig. 35, p. 246) assujéti par des courroies bouclées passant par-dessous le coude. Plus récemment, Malgaigne a proposé une sorte de fronde qui embrasse à la fois le coude rapproché de la poitrine et l'épaule du côté malade; on forme cette fronde avec un ruban solide, dont l'une des extrémités est armée d'une boucle par laquelle on engage l'autre extrémité. Il importe de savoir que cet appareil se déplace avec la plus grande facilité et qu'il faut l'empêcher de glisser en dehors par un système de lacs qui se rattachent à la fronde et qu'on noue sur le côté opposé de la poitrine. Il faut aussi, pour prévenir les escarres, conséquence presque inévitable d'une pression exercée sur des régions où la peau est immédiatement en rapport avec des saillies osseuses, garnir d'une couche épaisse de coton cardé le coude et la partie saillante de la clavicule. Le temps requis pour la consolidation est d'environ un mois.

3° LUXATION SOUS-ACROMIALE. Cette variété a été observée par Tournel, Fleury et Melle. Ce dernier chirurgien a constaté dans une autopsie que les ligaments acromiens et coracoïdiens sont rompus et que l'extrémité externe de la clavicule s'engage profondément sous l'acromion (SAB. fig. 98).

La luxation est produite par une violence extérieure qui agit sur la clavicule de haut en bas. Elle est caractérisée par les symptômes suivants: le bras est pendant le long du tronc, les mouvements volontaires, surtout ceux d'élévation, sont presque impossibles; les mouvements passifs peuvent être exécutés sans occasionner de douleur. L'épaule est aplatie; à son sommet, on rencontre une saillie formée par l'acromion, et en dedans une dépression prononcée répondant au retrait de la clavicule en bas. Le moignon de l'épaule est rapproché du sternum.

Le diagnostic est facile. La réduction l'est également et s'obtient en tirant l'épaule en dehors et en arrière. Pour maintenir la luxation réduite, il faut porter la base de l'omoplate en dehors et la pointe en dedans, ce que l'on obtient en fixant le coude contre la partie antérieure de la poitrine par un bandage approprié.

4° LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE. Cette variété n'a été connue qu'en 1843, époque à laquelle Godemer en a publié une série d'observations. Depuis, Pinjon en a vu un autre cas. Ainsi que le nom l'indique, l'extrémité externe de la clavicule est portée sous l'apophyse coracoïde du scapulum. (Voy. fig. 98, sc.)

Cette lésion se produit à la suite d'une chute sur l'épaule. Elle est caractérisée par de la douleur et une ecchymose de la région coraco-acromiale, par une dépression à la place occupée par la clavicule; l'extrémité-acromiale de cet os est sentie dans l'aisselle; l'apophyse coracoïde et l'acromion sont libres et saillants sous la peau. L'épaule est inclinée en avant et en bas. L'angle inférieur et le bord interne de l'omoplate font en arrière une saillie qui disparaît quand on porte l'épaule en haut et en arrière. Le bras