

ONZIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Nous n'avons pas décrit les fractures, les luxations et les anévrysmes en particulier, dans les maladies des systèmes osseux, articulaire et vasculaire; nous avons mieux aimé traiter séparément ces questions dans chaque région. Nous croyons cette méthode avantageuse, parce qu'elle permet à l'élève d'embrasser d'un seul coup d'œil toutes les maladies qui peuvent affecter une région.

Nous décrirons dans autant d'articles les maladies de l'épaule, du bras, du coude, de l'avant-bras et de la main.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DE L'ÉPAULE

Nous étudierons les lésions traumatiques, les lésions inflammatoires et les lésions de nutrition de l'épaule.

Nous comprendrons dans cette région la clavicule, l'omoplate, l'extrémité supérieure de l'humérus, les articulations de ces os et les parties molles qui les recouvrent.

§ 1. — Lésions traumatiques.

I. — PLAIES DE L'AISELLE.

Les plaies de l'aisselle, en raison de la disposition anatomique de cette région, présentent des caractères qui n'appartiennent pas à toutes les plaies en général, et qu'il est bon de signaler.

L'abondance des vaisseaux, alors même qu'aucun tronc important n'a été lésé, explique comment on voit se former rapidement un *épanchement sanguin*, qui atteint quelquefois des proportions considérables, et qui est surtout remarquable en ce qu'il peut s'étendre très-loin, grâce à la laxité du tissu cellulaire de l'aisselle.

Un autre phénomène, qu'on a observé dans quelques cas, est l'*emphyseme*. L'entrée de l'air paraît produite par les mouvements du bras, qui, dilatant et resserrant alternativement le creux axillaire, aspirent pour ainsi dire ce fluide, qui se répand bientôt dans le tissu cellulaire.

Des complications plus graves se produisent lorsque l'instrument vulnérant a atteint l'articulation scapulo-humérale ou un gros cordon nerveux; une arthrite aiguë, une paralysie en est la conséquence. Mais l'accident le plus redoutable est l'hémorrhagie qui succède à la blessure de l'artère axillaire. Le sang s'échappe avec force et en grande quantité des vaisseaux divisés; il s'écoule librement au dehors, si la plaie des téguments est large; dans le cas contraire, il s'infiltré dans le tissu cellulaire, sous la peau, entre les muscles qu'il décolle et qu'il soulève, en formant une tumeur très-volumineuse.

Dans une telle circonstance, il faut immédiatement comprimer l'artère sous-clavière et chercher à lier les deux bouts de l'axillaire dans la plaie; cette opération est généralement praticable sans trop de difficulté. Lorsqu'elle est rendue impossible par des dégâts trop considérables, on pourra se décider à porter la ligature sur un point plus élevé.

Dans les plaies par arrachement, qui ne sont pas rares à l'aisselle, l'hémorrhagie est ordinairement peu abondante; nous avons vu, en parlant de ces plaies en général, par quel mécanisme se fait l'hémostose spontanée.

La veine axillaire peut aussi être ouverte; cela s'est vu quelquefois pendant des opérations, alors qu'elle est gonflée par le sang sous l'influence des efforts du malade. Il nous suffit de dire que l'entrée de l'air dans la veine divisée peut être le résultat de cette blessure, pour faire comprendre toute sa gravité.

Enfin, la veine et l'artère peuvent être atteintes simultanément: on a vu des anévrysmes artério-veineux succéder à une semblable lésion.

Le traitement des plaies de l'aisselle, exemptes de complications, n'offre aucune indication spéciale. Rappelons seulement que lorsqu'il existe dans cette région une perte de substance assez étendue, comme après la chute d'une eschare, une brûlure, etc., il faut surveiller attentivement la cicatrisation, et tenir autant que possible le bras écarté du tronc pendant la durée de ce travail, afin que le tissu inodulaire ne gêne pas plus tard les mouvements de bas en haut et en dehors.

II. — CONTUSION DE L'ÉPAULE.

La contusion de l'épaule est intéressante par les phénomènes auxquels elle peut donner naissance du côté des nerfs de la région, et par la difficulté qu'on éprouve quelquefois à la diagnostiquer.

La *paralysie du deltoïde* s'observe assez souvent à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule; elle peut se produire au moment de l'accident, ou ne se montrer qu'au bout de quelques jours. Elle est due à l'at-

trition du nerf circonflexe qui ne transmet plus l'influx nerveux au deltoïde.

Beaucoup d'autres opinions ont été émises pour expliquer cette paralysie : on a parlé de commotion et de compression nerveuses, de lésion des fibres musculaires elles-mêmes; mais ces théories ne sont pas exactes.

Le malade ne peut porter le bras en haut et en dehors; les mouvements sont plus ou moins complètement abolis; on peut observer différents degrés.

La paralysie a une marche variable : tantôt elle disparaît rapidement, tantôt elle persiste pendant un temps assez long, quelquefois même elle est définitive, et peu à peu le muscle inactif s'atrophie. Il est donc difficile de porter un pronostic exact, à moins qu'on n'emploie l'électricité. M. Duchenne (de Boulogne) a démontré, en effet, qu'on pouvait toujours espérer le retour des mouvements lorsque les muscles avaient conservé leur contractilité électro-musculaire, tandis que la maladie était incurable lorsque celle-ci était abolie.

Signalons encore une autre complication de la contusion de l'épaule : l'inflammation de l'articulation scapulo-humérale. Elle n'offre, d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, rien de particulier.

Nous avons dit que la contusion pouvait être une cause d'erreur de diagnostic. En effet, on peut supposer la lésion plus profonde qu'elle ne l'est en réalité. Lorsqu'un individu est tombé sur l'épaule, on peut croire qu'il existe une luxation ou une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, à cause de l'impuissance du membre et de la tuméfaction de l'articulation. Il faut être prévenu de cette possibilité, et bien examiner si toutes les saillies osseuses sont à leur place. Ce diagnostic est quelquefois difficile : il faut alors immobiliser le membre; au bout de quelques jours, si c'est une contusion, les mouvements normaux se rétabliront.

III. — FRACTURES DE LA CLAVICULE.

Causes. — Cet os se fracture par cause directe, par cause indirecte, et par contraction musculaire. Les *causes directes* sont des chocs et des chutes sur la partie antérieure de la clavicule. Les *causes indirectes* sont des chutes sur le moignon de l'épaule, et rarement sur la paume de la main, le bras étant écarté du tronc. Les fractures par *contraction musculaire* sont rares; cependant, dans son *Traité des fractures*, Malgaigne parle d'une femme qui s'est fracturé cet os, par contraction du muscle grand pectoral, en pressant son mari dans ses bras.

Les causes prédisposantes sont : la *situation* superficielle de l'os; ses *connexions* avec l'épaule qu'il tient écartée du tronc et dont il suit tous les mouvements; ses *courbures*, qui le rendent plus fragile qu'une tige droite.

Variétés. — Cette fracture peut être *simple* ou *compliquée*, *transversale*,

oblique, *comminutive*. Elle peut siéger sur le *corps* de l'os ou sur ses *extrémités*.

La variété la plus fréquente est celle qui siéger à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule, et dont la direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Les fractures qui sont situées loin du tiers moyen de l'os sont presque toujours dues à une cause directe. Telles sont les fractures extra-cora-coïdiennes; il est très-rare d'en observer en dedans du ligament costo-claviculaire.

Les fractures compliquées et comminutives ne s'observent guère que dans les plaies d'armes à feu.

Déplacement. — Lorsque la fracture siéger sur les extrémités de cet os, le déplacement est presque toujours nul : car, dans la fracture de l'extrémité interne, les deux fragments sont maintenus par les fibres du ligament costo-claviculaire, tandis que les fragments de la fracture de l'extrémité externe sont fixés par les fibres des ligaments coraco-claviculaires qui sont au-dessous, du trapèze qui est en arrière, et du deltoïde en avant. Dans la fracture du corps de l'os, le déplacement est le suivant : le fragment interne est à peine soulevé par le muscle *sterno-cléido-mastoïdien*, tandis que le fragment externe est porté en *bas*, en *dedans* et en *avant*. La clavicule étant le seul point du squelette qui unisse le membre supérieur au tronc, on comprend que l'abaissement du fragment externe soit déterminé par le poids du membre. Les muscles *grand pectoral*, *petit pectoral* et *grand dentelé* produisent le déplacement du fragment externe en dedans. Le déplacement en avant est déterminé par les mêmes muscles, le grand dorsal excepté.

Le fragment interne serait un obstacle au déplacement de l'autre fragment, si la fracture était oblique en sens inverse.

Lorsque la fracture est transversale, ce qui est fort rare, on voit quelquefois les deux fragments s'arc-bouter, et former un angle à sommet antérieur et supérieur.

Symptômes et diagnostic. — *Douleur* vive au niveau du point fracturé. Cette douleur est la seule cause de l'*impuissance* du membre. Elle détermine chez le malade une *attitude* particulière qui permet de porter un diagnostic à distance. Le malade, pour empêcher le déplacement des fragments, et par conséquent la douleur, incline la tête du côté de la fracture, pour relâcher le muscle sterno-cléido-mastoïdien. En même temps, pour éviter l'abaissement du fragment externe, il soutient l'avant-bras du côté fracturé avec la main du côté sain. On a considéré longtemps comme pathognomonique l'impossibilité où se trouve le blessé de porter la main à sa tête; ce signe a peu de valeur, car il fait souvent défaut, surtout chez les enfants dont le périoste, relativement très-épais, peut être conservé.

La *crépitation* est toujours facile à obtenir. Le déplacement entraîne nécessairement une *déformation* appréciable à la vue et au toucher.

En effet, le fragment interne forme une *saillie* recouverte par la peau; le moignon de l'épaule est un peu abaissé, et si on le compare à celui du côté sain, on constate qu'il est plus rapproché de la ligne médiane.

Dans les fractures des extrémités de la clavicule, et sans déplacement, la lésion peut être méconnue. Dans ces cas, il est facile de constater une douleur fixe, limitée au point fracturé; en faisant exécuter des mouvements au membre supérieur, on peut arriver à percevoir la crépitation. Il y a quelquefois ecchymose sur le point fracturé, et, dans quelques cas rares, le doigt peut sentir une dépression au niveau de la fracture. Si, d'ailleurs, on prenait cette fracture pour une simple contusion, cette erreur n'aurait aucune importance. Le traitement est le même dans les deux cas.

Terminaison. Pronostic. — La consolidation se fait au bout de trente à trente-cinq jours. On observe quelquefois une pseudarthrose, qu'expliquent assez bien la difficulté de maintenir les fragments en contact et le peu de docilité des malades. Lorsque la consolidation osseuse a lieu, il est rare qu'il ne reste pas, au niveau de la fracture, une certaine déformation, beaucoup plus désagréable chez la femme.

Complications. — Toutes les complications des fractures peuvent se montrer ici. Comme spéciales aux fractures de la clavicule, nous signalerons les complications suivantes : blessure des vaisseaux sous-claviers, contusion ou déchirure du plexus brachial, blessure du cul-de-sac supérieur de la plèvre et du sommet du poumon, accident qui explique le développement d'une tumeur emphysémateuse qu'on a constatée dans un cas. Ces complications, néanmoins, sont excessivement rares dans les fractures simples; on ne les observe guère que dans celles qui sont consécutives à des plaies d'armes à feu.

Traitement. — S'il n'y a pas de déplacement, il suffit de maintenir le membre immobile, les muscles et les ligaments faisant l'office de moyens de contention. Dans les cas où le déplacement existe, on a inventé beaucoup d'appareils pour porter le fragment externe en haut, en dehors et en arrière; mais ces appareils se relâchent promptement, et le déplacement se reproduit; tels sont : la courroie de Bruninghausen, la croix de Heister, le corset de Brasdor, le 8 de chiffre des anciens, l'appareil compliqué de Desault, les appareils de Boyer, de Dupuytren, de Delpech et de Velpeau.

Les chirurgiens de nos jours s'accordent à reconnaître que les moyens de traitement les plus simples sont les meilleurs pour ce genre de fracture. L'appareil qui donne certainement les meilleurs résultats est le mouchoir triangulaire de Mayor, de Lausanne, soutenant l'avant-bras, à la manière d'une écharpe. On l'applique de la manière suivante : le plein de l'écharpe étant placé sous l'avant-bras en demi-flexion, ses deux extrémités sont relevées, l'une au-devant de la poitrine, l'autre derrière le dos, et nouées sur le côté du cou opposé au siège de la fracture. Le sommet

du triangle, resté libre, est replié de dehors en dedans, de manière à se réfléchir sur le bras, et fixé au moyen d'une épingle sur la partie antérieure de l'écharpe (fig. 76). Il est utile que le malade reste couché pendant la plus grande partie de la durée du traitement, et qu'il porte, dans le creux de l'aisselle, un coussin qui repousse en dehors l'humérus, et en même temps le fragment externe.

Robert employait un moyen, qui réussissait lorsque le malade voulait s'y soumettre. Il tenait le malade couché, la tête peu élevée pendant toute la durée du traitement. L'épaule du côté de la fracture portait à faux sur le bord d'un coussin placé sous le dos du malade, et le poids de l'épaule suffisait pour effacer la déformation du point fracturé.

Dans un *Essai sur les fractures de la clavicule* (Thèses de Paris, 1872), un de mes anciens élèves, M. Chatain, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce, signale un procédé qui a été appliqué au Val-de-Grâce, dans le service de M. Servier. Il consiste à couler du plâtre dans les creux sus et sous-claviculaires, dans le creux sus-sternal, en recouvrant le moignon de l'épaule et en descendant, en arrière, jusqu'à la saillie du trapèze; en avant, jusqu'à la naissance du sein. On a soin de protéger préalablement les parties avec un linge fin, pour éviter le contact du plâtre avec les téguments; pendant l'application de l'appareil, on maintient la fracture aussi exactement réduite que possible.

Cet appareil, d'un nouveau genre, est ingénieux, et nous paraît mériter l'attention des chirurgiens, surtout si l'on considère que nous ne possédons pas un seul appareil qui maintienne les fragments en rapport.

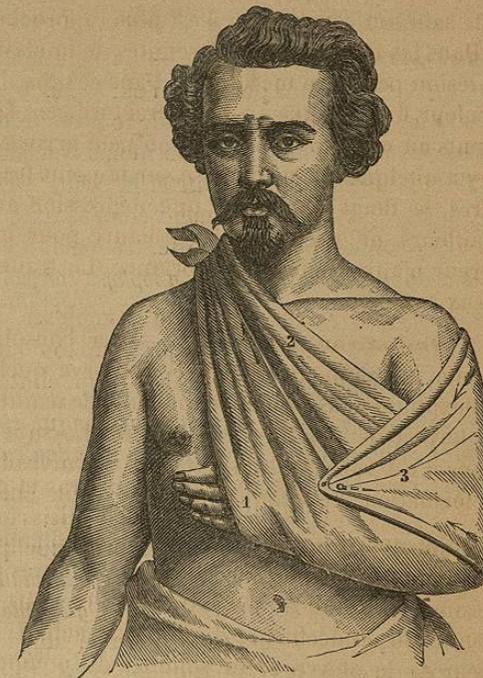


FIG. 76. — Écharpe de Mayor.

1. Partie moyenne de la base du triangle. — 2. Chef antérieur. — 3. Sommet ramené en avant.

IV. — FRACTURES DE L'OMOPLATE.

Anatomie pathologique. — La solution de continuité peut se montrer sur les différents points de l'os : 1° sur le *corps* ; le trait de la fracture offre une direction transversale ou oblique ; il occupe la fosse sous-épineuse ; un fragment plus ou moins considérable est détaché du reste de l'os. 2° Le *col de l'omoplate* et la *cavité glénoïde*. 3° L'*acromion* ; il est rare qu'il y ait un déplacement considérable ; les fragments sont maintenus au contact par le périoste, très-épais à ce niveau, et, en outre, par le deltoïde et le trapèze. 4° L'*apophyse coracoïde*.

Causes. — Les fractures de l'omoplate, à quelque variété qu'elles appartiennent, reconnaissent presque toujours pour cause une violence exercée directement sur l'épaule : coup, chute, etc.

Symptômes. — Ils varient pour chaque espèce de fracture.

Dans celle du *corps*, on constate une *douleur* limitée au point fracturé, s'exaspérant par les mouvements du bras et par la pression ; une *ecchymose*, signe qui peut faire défaut ; en saisissant l'extrémité inférieure de l'omoplate, et en lui faisant exécuter quelques mouvements, on peut percevoir la *crépitation* et la *mobilité anormale*.

Dans celles du *col* et de la *cavité glénoïde*, les symptômes sont très-obscurs ; si, par les mouvements qu'on imprime à l'épaule, il est impossible de percevoir la crépitation, on peut croire à une luxation scapulo-humérale, dont cette fracture offre à peu près les caractères.

La fracture de l'*acromion* se reconnaît aux mêmes signes que celles de l'extrémité externe de la clavicule : *douleur* au niveau du point fracturé, et quelquefois *ecchymose*.

Celle de l'*apophyse coracoïde* ne se révèle par aucun signe pathognomonique ; elle est plus difficile à reconnaître que les précédentes.

Diagnostic. — Le diagnostic, on le voit, peut causer quelque embarras, si la fracture siège sur les points de l'omoplate qui avoisinent la tête de l'humérus (acromion, apophyse coracoïde). Dans ces circonstances, on peut confondre l'accident, si l'on n'y apporte la plus minutieuse attention, avec une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, une luxation ou une contusion.

Traitement. — Quelle que soit la fracture, le traitement consistera à immobiliser complètement l'épaule. L'écharpe de Mayor est le meilleur moyen de contention. La consolidation demande ordinairement trente à quarante jours ; on voit assez souvent, après la guérison, de la gêne dans les mouvements de l'épaule.

V. — FRACTURES DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.

Examen du malade. — Apprécier la *douleur* des mouvements et la *tuméfaction* de l'épaule. Constaté qu'il n'existe *ni saillie ni dépression anormales*, à moins que la fracture ne siège au-dessous du col chirurgical. Rechercher le signe pathognomonique, la *crépitation*, en appliquant une main sur l'épaule et en cherchant, de l'autre main, à imprimer des mouvements à l'humérus : mouvements d'abduction et de rotation surtout. Cet examen est douloureux pour le malade ; mais il est des cas où il faut faire la sourde oreille.

Ces fractures comprennent celles du col anatomique et celles du col chirurgical. Cette extrémité osseuse peut être fracturée sans que la fracture occupe exactement l'un des deux cols.

Causes. — La cause la plus fréquente est une chute sur le moignon de l'épaule. Dans quelques cas, un choc direct, une chute sur le coude ou sur la paume de la main, peuvent produire cette fracture.

Déplacements. — 1° *Fracture du col anatomique.* Le plus souvent, le déplacement fait défaut. Quelquefois le fragment supérieur occupe, dans l'articulation, les positions les plus bizarres. On l'a vu, par exemple, complètement renversé, la surface articulaire venant au contact de la surface fracturée du fragment inférieur. Il peut être divisé en plusieurs fragments ; on peut observer, enfin, une véritable fracture par pénétration.

2° *Fracture du col chirurgical.* — Dans la fracture du col chirurgical, le fragment inférieur est porté en dedans, vers le creux axillaire, par les muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal ; le fragment supérieur est maintenu dans l'immobilité par le muscle deltoïde qui passe sur lui. On dit aussi qu'il peut être porté en dehors par l'action des muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité. Mais cette action des muscles est souvent purement théorique, et le déplacement est, la plupart du temps, déterminé par l'action de la cause fracturante elle-même.

Symptômes. — Les symptômes sont communs à toutes les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, et particuliers à chacune d'elles. Les *symptômes communs* sont :

1° Une *douleur* locale très-vive, exaspérée par la pression et par le moindre mouvement du membre ;

2° Une *tuméfaction* générale au niveau du moignon de l'épaule ;

3° L'*impuissance* complète du membre ;

4° La *crépitation*. Pour percevoir ce symptôme, on peut opérer de deux manières : on applique la main gauche sur le moignon de l'épaule, et, de la main droite, prenant l'avant-bras fléchi à angle droit, on fait exécuter à l'humérus des mouvements de rotation sur son axe ; ou bien, la main gauche étant encore appuyée sur l'épaule, on soulève le bras du

malade de la main droite, et on le laisse retomber. Dans ces deux manœuvres, la main gauche perçoit presque toujours la crépitation.

Quant aux symptômes qui sont particuliers à la fracture du col chirurgical, on constate, en outre des symptômes précédents : 1° une *saillie* dans le creux de l'aisselle, formée par l'extrémité supérieure du fragment inférieur ; 2° une *dépression* vers le tiers inférieur du deltoïde correspondant à la saillie du creux de l'aisselle ; 3° une *ecchymose* pouvant siéger sur toute la longueur du bras.

Cette ecchymose, qui se rencontre beaucoup plus rarement dans la fracture du col anatomique, ne se montre jamais immédiatement après l'accident, mais au bout de quelques heures, quelquefois vingt-quatre heures ; elle siége presque toujours sur la face interne du bras, et descend le long de l'artère et des veines humérales.

Les fractures du col anatomique présentent seulement les symptômes communs énumérés plus haut ; la déformation manque complètement.

Ajoutons que lorsqu'il y a chevauchement des fragments, ce qui est d'ailleurs très-rare et ne peut guère s'observer que dans les fractures du col chirurgical, le bras est raccourci.

Marche et terminaison. — Les fractures du col chirurgical se consolident, comme celles du corps de l'humérus (35 à 45 jours). Cette consolidation se fait presque toujours par un cal osseux.

Quant aux fractures du col anatomique, les choses se passent différemment. Il faut remarquer que le fragment supérieur est uniquement formé par la surface articulaire de l'os, et que ce fragment, complètement détaché, ne reçoit plus aucun vaisseau nourricier.

La vitalité de ce fragment étant nulle, il en résulte qu'une consolidation osseuse est excessivement rare, et qu'il se forme le plus souvent une pseudarthrose, constituée tantôt par des filaments de tissus fibreux unissant les deux fragments, tantôt par des prolongements osseux qui sont fournis par le fragment inférieur et qui entourent plus ou moins complètement la tête articulaire. On a vu, dans quelques cas, le renversement de la tête articulaire dans l'articulation et une arthrite consécutive. On a même vu une suppuration s'établir jusqu'à élimination complète du fragment détaché.

Diagnostic. — La crépitation, réunie à la douleur et au gonflement fera distinguer les fractures de l'extrémité supérieure d'une simple contusion. L'absence des saillies et des dépressions caractéristiques que l'on trouve dans les luxations empêchera de les confondre avec les luxations de l'humérus. (*Voy. Luxations de l'humérus.*) Il faut dire cependant que certaines contusions de l'épaule ont la plus grande analogie avec une de ces fractures, et qu'on peut y constater : douleur, tuméfaction, impuissance du membre, et même une espèce de crépitation. Dans ces cas douteux, on doit attendre avant de se prononcer : car, si c'est une contusion, les symptômes disparaissent au bout de quelques jours.

Quant à distinguer la fracture du col anatomique de celle du col chirurgical, on y parviendra en se rappelant que la déformation et l'ecchymose ne se rencontrent guère que dans la dernière de ces deux fractures.

Pronostic. — Le pronostic présente une certaine gravité : car, indépendamment de l'inflammation et de la suppuration possible de l'articulation, on observe presque toujours, à la suite du traitement, une ankylose qui se prolonge plus ou moins longtemps.

Traitement. — Dans la plupart des cas, il est inutile d'opérer la réduction.

Le meilleur bandage que l'on puisse employer pour les fractures du col anatomique est le même que celui de la fracture de la clavicule, c'est-à-dire le triangle de Mayor, de Lausanne. Dans la fracture du col chirurgical, on emploie le même traitement, le même bandage, et l'on ajoute un coussin dans l'aisselle, pour empêcher le déplacement du fragment inférieur.

VI. — LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

La clavicule peut se luxer par son extrémité interne, par son extrémité externe et par ses deux extrémités à la fois.

1° L'extrémité interne ne peut pas se luxer en bas, puisqu'elle repose sur la première côte, mais bien en avant, en arrière et en haut : luxations *pré-sternale*, *rétro-sternale*, *sus-sternale*.

2° L'extrémité externe se luxe en haut et en bas : luxations *sus-acromiale*, *sous-acromiale*. On l'a vue devenir *sous-coracoïdienne* dans quelques cas.

3° Pour que les deux extrémités se luxent en même temps, il faut une violence extérieure considérable. Ces cas sont exceptionnels.

1° Luxations de l'extrémité interne.

a. Luxation en avant. — La luxation est *complète* ou *incomplète*.

Dans la *luxation complète*, la clavicule déchire la capsule et vient se placer, en descendant un peu, en avant de la partie supérieure du sternum.

Cette luxation se produit lorsqu'on porte l'extrémité externe de l'os en arrière avec force, soit dans une chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule, soit avec les mains, etc. L'extrémité interne pivote sur l'articulation costo-claviculaire, où elle est fixée par un fort ligament ; cette même extrémité se porte en avant, déchire la capsule, et la luxation se produit.

Dans cette luxation, on constate une *tumeur dure* formée par la tête de l'os, en avant et à la partie supérieure du sternum ; cette tumeur se porte

en dehors lorsqu'on rejette l'épaule en arrière : en d'autres termes, *elle suit les mouvements de la clavicule.*

La tumeur se portant ainsi en dedans, l'épaule du côté malade est plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain. La saillie de la clavicule augmente les creux sus-claviculaire et sous-claviculaire : le muscle sterno-mastoïdien est tendu.

— La *luxation incomplète* se reconnaît à la présence d'une petite tumeur qui augmente lorsqu'on repousse l'épaule en arrière.

On réduit cette luxation en portant l'épaule correspondante en arrière, et en poussant directement en arrière l'extrémité osseuse luxée. Il est *difficile de maintenir la réduction* : on emploie, dans ce but, un bandage comprimant l'extrémité luxée au moyen d'un tampon ou d'une pelote. Le déplacement se reproduit facilement.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre la luxation de la clavicule avec une fracture de la clavicule occupant l'extrémité interne de cet os. Dans la luxation, les mouvements imprimés à l'extrémité externe de la clavicule se transmettent à son extrémité interne, qui est beaucoup plus saillante et portée plus en dedans qu'à l'état normal ; de plus, l'os luxé a la même longueur que celui du côté opposé.

b. Luxation en arrière. — Elle est beaucoup moins fréquente que la luxation en avant. Le *mécanisme* est l'inverse du précédent : l'épaule est portée en avant, l'extrémité interne de la clavicule se porte en arrière de la fourchette sternale. Rarement, elle peut être produite par une impulsion directe de l'extrémité interne de la clavicule en arrière.

Il y a une dépression au niveau de l'extrémité interne de la clavicule ; la partie articulaire du sternum est saillante ; les creux sus-claviculaire et sous-claviculaire sont effacés ; l'espace qui sépare le sternum de l'acromion est plus court.

Dans quelques cas, la clavicule luxée détermine des symptômes de dyspnée, de dysphagie ou des troubles circulatoires, par suite de la compression de la trachée, de l'œsophage et des gros vaisseaux du cou.

On fait la réduction en procédant comme dans la luxation en avant ; mais il est plus difficile de maintenir la réduction.

c. Luxation en haut. — Elle est extrêmement rare. L'extrémité de la clavicule se place au-dessus de la fourchette du sternum, en tendant le sterno-cléido-mastoïdien. N'étant plus maintenue par ses téguments, elle se porte en dedans, comme dans les variétés précédentes ; l'épaule se rapproche de la ligne médiane.

On maintient l'os après la réduction, comme dans la luxation en avant. Il n'est pas difficile de remettre l'extrémité déplacée dans sa situation normale, mais on a beaucoup de peine à l'y fixer. Indépendamment des moyens qui agissent sur la partie luxée, il faut, dans tous les déplacements de l'extrémité interne de la clavicule, immobiliser complètement l'épaule.

2° Luxations de l'extrémité externe.

a. Luxation sus-acromiale. — Cette variété est fréquente. Les ligaments acromio-claviculaires sont plus ou moins complètement déchirés ; la clavicule est portée au-dessus de l'acromion où elle forme une saillie. D'après M. Cruveilhier, lorsque les ligaments coraco-claviculaires sont conservés, il ne peut se produire qu'une luxation incomplète.

L'extrémité externe de la clavicule forme une saillie qui dépasse le niveau de l'acromion ; lorsque les ligaments sont déchirés largement et que la violence a été assez considérable, elle peut se porter en dehors, en chevauchant sur cette apophyse.

Le siège de la douleur, la saillie qu'on sent facilement sous la peau, la conservation de la longueur normale de l'os, empêcheront de confondre cette luxation avec une fracture soit de l'extrémité externe de la clavicule, soit de la partie supérieure de l'humérus.

Les moyens contentifs sont difficilement applicables ; on a employé avec succès, dans quelques cas, le tourniquet de J.-L. Petit.

b. Luxation sous-acromiale. — Cette variété est rare ; c'est le plus souvent une violence extérieure considérable, s'exerçant sur l'extrémité externe de la clavicule, qui porte cette partie de l'os en bas et la fait passer au-dessous de l'acromion.

On a dit que, pour que cette luxation fût possible, il était nécessaire qu'il y eût en même temps une fracture de l'apophyse coracoïde ; mais elle nous paraît possible sans fracture.

Il y a une saillie formée par l'acromion, une dépression correspondante à la clavicule, et un raccourcissement apparent de cet os produit par la projection de l'acromion en dedans. La réduction et la contention sont faciles.

c. Luxation sous-coracoïdienne. — On comprend facilement le mécanisme et les symptômes de cette luxation, qui n'est que l'exagération de la luxation sous-acromiale. On n'en connaît que très-peu d'exemples.

La *luxation des deux extrémités* à la fois de la clavicule a été signalée par Richerand et Gerdy sur un homme qui était tombé d'un troisième étage. Ce genre de déplacement n'a pas été observé depuis le cas que nous citons.

VII. — LUXATIONS DE L'HUMÉRUS.

Examen du malade. — Par le *regard*, on comparera les deux épaules, afin de constater la déformation. On se rendra compte de la *difficulté* ou de l'*impossibilité des mouvements* spontanés ou communiqués de l'épaule. Puis on *mesurera* la longueur du membre, l'allongement réel indiquant toujours une luxation. On *explorera* ensuite la région de l'épaule par l'œil et le toucher ; on examinera bien si les *saillies osseuses* occupent leur position normale (acromion, tête de l'humérus, apophyse coracoïde), et s'il