

## LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

### LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE.

**LUXATION EN AVANT.** — Les signes de cette luxation sont les suivans : on voit à la partie supérieure du sternum une tumeur arrondie, qui arrête les doigts lorsqu'on les promène à la surface de cet os, de bas en haut. Cette saillie disparaît lorsque, plaçant le genou entre les épaules du malade, le chirurgien attire les deux épaules en arrière; mais elle reparait à mesure que celles-ci reviennent en avant. On peut facilement suivre avec le doigt la clavicule, jusqu'à cette saillie, qui s'abaisse lorsque l'épaule s'élève, et *vice versa*. Les mouvemens de la clavicule luxée sont douloureux; le malade ne remue le bras qu'avec peine; le sommet de l'épaule est moins distant qu'à l'ordinaire de la ligne médiane. Chez les sujets maigres, cette luxation peut être reconnue d'emblée, l'extrémité de la clavicule n'étant recouverte que par une faible épaisseur de parties molles; tandis que chez les personnes chargées d'embonpoint, le diagnostic est moins facile. Dans l'absence de tout mouvement, le malade éprouve peu de douleur.

Quelquefois cette luxation est incomplète; dans ce cas, le ligament capsulaire n'est déchiré qu'à la partie antérieure et l'os fait une saillie peu considérable. Mais, en général, tous

les ligamens sont rompus, et la clavicule est portée en avant avec le cartilage inter-articulaire.

La cause de cette luxation est une chute sur le sommet de l'épaule. Dans cette circonstance, la clavicule est portée en dedans et en avant, et son extrémité interne vient se placer sur le sternum. Mais elle est encore souvent déterminée par une chute sur le coude, celui-ci étant écarté du tronc.

On obtient facilement la réduction de la clavicule en reportant l'épaule en arrière. En effet, par cette manœuvre l'extrémité interne de cet os est éloigné du sternum et retombe dans sa cavité articulaire. Mais si, dans cette position de l'épaule, on n'exerce aucune compression à la partie antérieure de la clavicule, l'extrémité luxée de cet os aura beaucoup de tendance à faire encore une saillie plus ou moins prononcée en avant.

Il se présente donc une double indication à remplir, éloigner autant que possible le scapulum de la partie latérale du tronc, et soutenir le bras, afin de neutraliser l'influence de son poids sur la position de l'os.

La première de ces indications est remplie par l'emploi du bandage à clavicule (1); les coussins placés aux aisselles écartent du thorax

la tête de l'humérus et portent en dehors et en haut l'os qui est unie. On satisfait à la seconde indication en plaçant le bras dans une écharpe.

mètre est dirigé verticalement, et appliquées sur la partie postérieure du thorax. La courroie supérieure de chaque côté vient s'engager dans une boucle fixée à l'angle supérieur et externe de la plaque correspondante; chacune des courroies inférieures s'engage dans une boucle fixée à l'angle inférieur et externe des plaques. Ces deux plaques sont unies ensemble par des lanières fixées le long du bord interne de l'une et qui s'engagent dans des boucles correspondantes situées le long du bord interne de l'autre; ce qui permet de les rapprocher à volonté. De la partie moyenne du bord inférieur de chaque plaque, part une courroie qui descend verticalement et vient à la rencontre d'une lanière fixée à une ceinture qui entoure le tronc. Cette dernière lanière étant munie d'une boucle, on peut serrer à volonté cette partie de l'appareil. On empêche, par ce moyen, le bandage de remonter.

Il est étonnant qu'après avoir insisté sur la nécessité d'exercer une compression à la partie antérieure de la clavicule, après la réduction, sir A. Cooper n'ait rien fait, dans ce bandage, pour remplir une indication qui a tant d'importance quand la luxation a lieu chez une femme. Pour combler cette lacune, nous extrayons des *Archives générales de médecine*, t. 19, p. 53, une observation où toute difformité a été prévenue par un appareil mécanique.

*Luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule, guérie sans difformité à l'aide d'un compresseur mécanique, par M. Mélier.* — « Une petite fille de 4 ans, était endormie dans un cabriolet, sur les genoux de son père, lorsqu'une diligence marchant en sens contraire, accrocha rudement et faillit renverser ce cabriolet. La secousse fut si forte que l'enfant, éveillée en sursaut, eût peut-être été jetée à terre si on ne l'eût retenue par le bras. On attribua d'abord à la seule frayeur les cris qu'elle fit entendre. L'enfant elle-même ne se plaignit d'aucune douleur pendant les premiers jours et continua de se livrer à ses jeux; on remarquait seulement qu'elle se servait du bras gauche avec moins de facilité et qu'elle paraissait souffrir quand on l'élevait en la prenant par dessous les aisselles. Bientôt après, on aperçut une saillie très-prononcée à la partie supérieure de la poitrine. Cette saillie n'était autre chose que l'extrémité interne de la clavicule luxée en avant, ainsi qu'il me fut facile de le reconnaître au premier examen.

Il y avait déjà huit jours que cet accident avait eu lieu, lorsque je fus consulté. La tête de la clavicule, ayant complètement abandonné la facette articulaire du sternum, appuyait sur la partie antérieure de cet os et formait une saillie grosse comme la moitié d'une noix environ, mobile, indolente, sans rougeur, et beaucoup plus prononcée dans certains mouvemens. Cette saillie disparaissait facilement, si, d'une main appliquée à la partie interne et supérieure du bras, je tirais l'épaule en dehors, tandis qu'avec le pouce de l'autre main je pressais sur la tumeur elle-même; mais elle reparait dès que ces efforts cessaient. Complètement méconneue, cette luxation avait été abandonnée à elle-même; on n'avait gêné en rien les mouvemens de l'enfant qui, à la vérité, paraissait peu souffrir. Il était évident cependant que les ligamens avaient été déchirés, puisque la clavicule, chevauchant sensiblement sur le sternum, jouissait, dans cette nouvelle place, d'une mobilité remarquable.

Sentant tout de suite l'impossibilité d'appliquer avec quelque fruit un bandage ordinaire sur un enfant vif et sans cesse en mouvement; connaissant d'ailleurs l'insuffisance généralement avouée de ce moyen, je proposai d'avoir recours à un appareil mécanique. Sans s'y refuser, les parens voulurent, avant tout, réunir d'autres avis. MM. Marjolin, Dubois et Boyer furent consultés successivement et constatèrent l'existence de la luxation. Ils s'accordèrent à penser que l'on ne pouvait pas espérer une guérison sans difformité, et que les moyens que l'on emploierait n'auraient d'autres effets que de favoriser la consolidation des os dans leurs nouveaux rapports et de s'opposer à un plus grand déplacement. J'avais exprimé la même opinion dans une note à consulter remise aux parens, note dans laquelle je proposais toutefois un bandage mécanique. Ces messieurs, sans le désapprouver en lui-même, pensèrent que l'on devait se borner à l'emploi des bandes ou même d'une simple écharpe. Ces moyens furent en effet tentés avec tous les soins convenables; mais chaque matin on trouvait l'appareil dérangé et le déplacement reproduit. Dès lors, on se décida à employer l'appareil mécanique que j'avais d'abord proposé et sur lequel, je l'avoue, je n'osais pas beaucoup compter; le succès a véritablement passé mes espérances.

Cet appareil se compose :

1<sup>o</sup> Du bandage de Desault, pour la fracture de la clavicule, tel, ou à peu près, qu'il a été modifié par Boyer.

2<sup>o</sup> D'un compresseur mécanique ajouté au bandage précédent. Trois pièces principales entrent dans sa composition : une espèce de cadre, un ressort et une pelote.

Le cadre formé par la réunion de plusieurs lames minces de fer doux, recouvertes en peau, est cousu à la partie postérieure de la ceinture, à l'endroit correspondant aux épaules qu'il embrasse. Il est spécialement destiné à offrir un point d'appui fixe et solide au ressort. Il remplit en outre une indication très-importante :

Le ressort, en acier trempé, forme à peu près les trois-quarts d'un cercle. Son extrémité postérieure est attachée au cadre, l'antérieure supporte la pelote. Passant, comme une espèce de brayer, au-dessus de l'épaule, mais sans y toucher, il se termine au niveau de l'articulation sterno-claviculaire sur laquelle il appuie de toute la force de son élasticité. Il est composé de deux et au besoin de trois lames superposées; un bouton à double tête, ou valet-à-patin, glissant dans une coulisse, permet de rapprocher ces lames qu'

(1) Le bandage à clavicule de sir A. Cooper est composé de la manière suivante : un coussin oblong, terminé par une courroie à chacune de ses extrémités, est placé sous chaque aisselle. Les quatre courroies sont dirigées en arrière du tronc, les supérieures par dessus l'épine de l'omoplate et de haut en bas, les inférieures par dessous l'angle inférieur du même os, obliquement de dehors en dedans et de haut en bas. Ces quatre courroies vont rejoindre deux plaques, offrant la forme d'un carré long, dont le plus long dia-

**LUXATION EN ARRIÈRE.** — Jamais je n'ai vu la luxation en ce sens produite par une violence extérieure (1). Cependant elle pourrait être déterminée par un coup porté avec beaucoup de force sur la partie antérieure de cet os. Le ligament capsulaire et le costo-claviculaire étant rompus, l'os glisserait derrière le sternum, comprimerait l'œsophage, et rendrait

la déglutition difficile; la trachée, à raison de son élasticité, pourrait éluder la pression et se réfugier dans la moitié opposée de l'ouverture supérieure du thorax. Voici dans quelles circonstances est survenue la seule luxation en arrière dont j'aie eu connaissance: Par suite d'une déformation considérable du rachis, le scapulum avait été

de les éloigner à volonté, et par conséquent de graduer la pression. Ce ressort étant uni au cadre, au moyen d'une vis à tête, on peut facilement l'incliner à droite ou à gauche; on peut aussi en allonger ou en raccourcir l'arc à la faveur de plusieurs trous placés à l'extrémité postérieure de chaque lame. Pour plus de propreté, il est reçu dans une gaine en peau, ouverte au niveau de la coulisse.

La pelote s'unit à l'extrémité antérieure du ressort au moyen d'une vis à tête. La courbure et l'inclinaison du ressort sont telles que la pelote se trouve dirigée d'avant en arrière, de bas en haut et de dedans en dehors. Trois courroies, cousues à la pelote, se rendent, en rayonnant, à autant de boucles attachées sur divers points de la ceinture, et assurent invariablement la compression. Une bride et un petit gousset tiennent l'avant-bras fléchi et la main dans l'immobilité.

Quand on appliqua cet appareil, l'accident datait de trois semaines; la réduction fut cependant assez facile et peu douloureuse. Une fois ramenés à sa place naturelle, la clavicule y a été maintenue de la manière la plus exacte: le déplacement ne s'est plus reproduit. La saillie s'est complètement effacée. À peine restait-il, quand on a enlevé l'appareil, un léger gonflement des parties molles et un peu de rougeur à la peau, à l'endroit comprimé. L'enfant a porté cet appareil, nuit et jour, pendant trois mois, sans en être incommodé en aucune façon.

Une grande partie du succès obtenu chez cette malade appartient sans doute au bandage de Desault. Mais il est évident qu'employé seul, ce bandage n'aurait pas suffi; la pelote en a certainement secondé les effets. Il faut aussi faire la part du cadre appliqué sur les épaules. Appuyant sur l'omoplate, comme la pelote sur la clavicule, il gêne les mouvements du premier de ces os, et contribue ainsi à l'immobilité de l'épaule. Pour se faire une idée de l'utilité de cette pièce, il suffit de rappeler la connexion étroite qui existe entre la clavicule et l'omoplate. Déjà le docteur L. C. Roche, ayant eu à traiter une fracture de la clavicule, avait été frappé de la disposition de l'angle inférieur de l'omoplate à faire saillie, comme par un mouvement de bascule; il y avait appliqué des compresses graduées, soutenues par plusieurs tours de bande, et il dut à ce moyen, combiné avec le bandage ordinaire de Desault, une consolidation tout à fait exempte de difformité.

L'idée d'exercer une compression directe sur la tête de la clavicule luxée en avant a dû se présenter à tous ceux qui ont observé cette luxation. Mais on n'avait point encore employé un compresseur mécanique. Il paraît que la même pensée s'était offerte pour un cas particulier de fracture de la clavicule, à un chirurgien cité par Brasdor (*Mémoire sur la fract. de la clavicule*, t. 14 (in-12), p. 530, des *Mémoires de l'acad. royale de chir.*). Quant à l'idée de faire le ressort à plusieurs lames et d'employer, pour les rapprocher ou les éloigner, un bouton à coulisse, de manière à graduer la pression, elle a été empruntée à un bandage décrit par Louis, dans les *Mémoires de l'acad. royale de chir.*, et qui fut employé autrefois par Ruffin et Andouillé, pour un cas de fistule salivaire. »

(Note des trad.)

(1) M. Pellieux en a rapporté un exemple dans la *Revue médicale*, août 1834, p. 161.

**Luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule.** — Un homme âgé de 42 ans fut renversé par son cheval qui venait de s'abattre et sous lequel il se trouva pris de telle manière, que ses deux épaules furent portées en avant. Voici quels étaient les symptômes que présenta la luxation de la clavicule gauche: l'extrémité sternale de l'os 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 assez fortement, à reconnaître l'extrémité interne de la clavicule dans cette dépression; la clavicule présentait une obliquité 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 extrêmement 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 avec un peu de douleur; 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 raideur 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 exécuté avec précipitation, s'il était poussé un peu trop loin, et s'il avait pour objet de fournir un point d'appui, une vive douleur se faisait sentir dans toute 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 lui faisaient éprouver; il ne pouvait se mettre sur son séant qu'en saisissant les mains d'une

porté en avant, et ne laissait plus assez de place pour que la clavicule pût être contenue entre cet os et le sternum, derrière lequel l'extrémité interne de la clavicule avait glissé peu à peu sous l'influence de cette pression.

Cette observation, que je vais rapporter, m'a été communiquée en partie par M. Davie, de Bungay, et en partie par M. Henchman Crowfoot.

**Observation 97.** — 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;

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'aisselle.

Au moment de la réduction, un coussin ayant été placé sous l'aisselle, lorsqu'on poussa le coude en dedans et en avant pour attirer la clavicule en dehors, le malade éprouva une douleur vive au côté gauche de la poitrine; cette douleur tenait à une fracture de la partie moyenne de la sixième côte.

D'une main portée sous l'aisselle du malade, tirant aussi fortement qu'il me fut possible la partie supérieure du bras en dehors, et de l'autre poussant vigoureusement le coude en dedans, je fis faire à l'humérus un mouvement de bascule en vertu duquel l'épaule entraîna la clavicule en dehors. J'avais soin en même temps d'abaisser fortement l'épaule, espérant dégager plus aisément l'extrémité sternale de la clavicule en faisant agir cet os à la manière d'un levier du premier genre qui aurait eu son point d'appui sur la première côte: ces tentatives n'amènèrent qu'une réduction incomplète. Je fis alors placer, entre le tronc et le haut du bras du côté malade, le milieu d'un lac dont les extrémités furent dirigées en dehors, l'une en avant, l'autre derrière le bras, et confiées à un aide chargé de tirer le haut du membre, et par conséquent l'épaule en dehors et un peu en arrière. Le milieu d'un autre lac fut placé en dehors du coude, et les extrémités en furent ramenées devant et derrière la poitrine et remises entre les mains d'un autre aide chargé d'empêcher le coude d'obéir à l'action du premier lac, partie de la contre-extension à laquelle concourait un troisième aide, en soutenant le haut du corps pour éviter qu'il ne fût entraîné du côté malade. Ainsi exécutées, l'extension et la contre-extension remplirent parfaitement leur objet, et la clavicule recouvra sa place assez exactement pour que son articulation sternale reprit presque totalement l'aspect qui lui est propre. Je plaçai entre le bras et le tronc un coussin cylindrique aux deux extrémités duquel étaient cousus deux rabans de fil destinés à être liés sur l'épaule opposée; placé tout à fait dans l'aisselle, il ne descendait pas assez pour appuyer sur la côte fracturée. La fronde de cuir, conseillée par Boyer pour les luxations de l'extrémité scapulaire de la clavicule, fut appliquée à plein sur le coude et les chefs en furent dirigés vers l'épaule opposée. Des boucles fixées aux chefs qui devaient se diriger devant la poitrine sans s'étendre au-delà du milieu de sa hauteur, servirent à arrêter les chefs qui passaient derrière le dos, ce qui devait permettre de serrer, lâcher, ou resserrer le bandage sans changer en rien la position du membre. Le tout fut entouré d'une ceinture faite avec une serviette pliée en long qui tenait le coude fortement rapproché du tronc et était soutenu avec un scapulaire; enfin la main et l'avant-bras furent soutenus par une écharpe.

La clavicule parut se reporter un peu en arrière dès que les aides eurent cessé d'agir, cependant la conformation de la région qu'elle occupe se rapprochait beaucoup plus de l'état naturel. Six mois après l'accident il restait à peine quelques faibles traces de la luxation. Cependant, 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 luxée, offrait une courbure moins prononcée, l'extrémité interne de l'os n'ayant pas repris totalement sa place accoutumée: un vide, à la vérité 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 ressentir au côté correspondant du cou quand le malade, dans la position horizontale, soulevait la tête.

M. Pellieux cherche à établir une distinction entre les cas dans lesquels il y aurait une déchirure complète du sterno-mastoidien à son insertion claviculaire, et ceux dans lesquels ce muscle ne serait déchiré qu'incomplètement: il pense que c'est dans les cas de la première espèce que s'observeraient les symptômes les plus graves, tels que la compression de l'œsophage, de la trachée, et des gros vaisseaux, ainsi que l'impossibilité de réduire la luxation, circonstances indiquées par J.-L. Petit.

La clavicule peut-elle former par son extrémité interne une saillie à la partie antérieure du cou dans la luxation en arrière? cela peut dépendre de l'attitude dans laquelle se trouve l'épaule au moment de la luxation; si l'épaule est abaissée on conçoit que l'extrémité interne puisse être relevée à la partie antérieure du cou; si l'épaule au contraire est élevée, il est probable que l'extrémité interne glissera en bas et en arrière, et que dans ce cas on la sentira difficilement au toucher, puisqu'elle sera masquée par la première pièce du sternum.

(Note des trad.)

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 dans 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 était encore fortement retenu par le ligament inter-claviculaire. 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. Je n'ai pas été instruit de la cause de sa mort.

### LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SCAPULAIRE DE LA CLAVICULE.

Cette luxation est moins rare que celle de l'extrémité sternale.

Comparée à celle du côté opposé, l'épaule est déprimée. En effet, elle est privée du soutien que lui fournissait la clavicule. Le sommet de l'épaule est rapproché du sternum, ainsi qu'on peut s'en assurer en mesurant des deux côtés la longueur de l'intervalle compris entre ces deux parties; mais le procédé le plus simple pour reconnaître cette luxation, consiste à placer le doigt sur l'épine du scapulum et à le diriger en avant jusqu'à son extrémité acromiale. Le doigt est arrêté par la saillie de la clavicule, saillie qui s'efface aussitôt que les épaules sont tirées en arrière, parce qu'alors la clavicule rentre dans sa position normale, mais qui reparait aussitôt que les épaules sont abandonnées à elles-mêmes. L'extrémité luxée de la clavicule, fait effort contre la peau à la partie supérieure de l'épaule, où la pression est très douloureuse.

Dans cette luxation, le ligament capsulaire est nécessairement rompu dans toute son étendue, aussi bien que le ligament externe étendu de l'apophyse coracoïde à la clavicule. Si la luxation est complète, le ligament interne doit être également déchiré; mais j'ai vu, dans quelques cas, la clavicule ne faire qu'une légère saillie sur l'acromion, ce qui indiquait que ce dernier ligament avait résisté.

Il n'est guères possible que la clavicule puisse se luxer à son extrémité scapulaire autrement qu'en haut; je n'ai jamais vu cet os glisser

sous l'acromion. Cependant je ne voudrais pas nier la possibilité de ce déplacement.

La cause ordinaire de cette luxation est une chute sur l'épaule. Dans cette chute, l'omoplate est refoulée en dedans vers les côtes. La violence doit être considérable. On a avancé que la contraction du trapèze pouvait suffire pour amener ce déplacement; mais cette assertion est erronée, car ce muscle n'a aucune influence sur les deux ligaments de l'apophyse coracoïde, qui doivent être déchirés pour que la luxation ait lieu.

Dans le traitement de cette luxation, j'emploie le procédé suivant: un aide placé derrière le malade pose le genou entre les épaules de celui-ci et les attire en arrière et en haut; par cette traction, l'extrémité de la clavicule reprend ses rapports articulaires. On place un coussin épais sous chaque aisselle, 1° pour tenir l'omoplate éloignée du tronc, 2° pour élever ces os, 3° pour prévenir la contusion de l'aisselle. Du reste, on applique le bandage à clavicule dont les courroies doivent être assez larges pour exercer une compression sur la clavicule, sur le scapulum et sur la partie supérieure de l'humérus. On a pour but, par cette compression, de porter la clavicule en bas, l'omoplate en dedans et en arrière (ce qui est le point principal), et le bras en arrière et en haut. On atteint ce triple but d'une manière encore plus sûre, en plaçant le bras dans une courte écharpe, ce qui maintient le scapulum dans la situation voulue (1).

(1) L'observation suivante a été publiée par M. Sédillot, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1833, p. 613; nous la rapportons comme complément de la description de sir A. Cooper:

*Luxation en haut de l'extrémité scapulaire de la clavicule.* — Mallagnery, du 16<sup>e</sup> de ligne, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, rentra à la caserne, le 14 octobre 1832, dans un état complet d'ivresse; pendant la nuit, il se jeta en bas de son lit, et tomba sur le coude droit et la partie postérieure de l'épaule du même côté. On ne s'aperçut dans le moment d'aucun accident; mais le lendemain, Mallagnery se plaignait de ne pouvoir lever le bras, et d'éprouver de vives douleurs dans la région acromiale aux moindres tentatives de mouvement.

En l'examinant, on reconnut une luxation de la clavicule aux signes suivants: entre la partie latérale du cou et le côté externe de la tête humérale existait une saillie anormale très-prononcée; elle correspondait exactement à l'extrémité externe de la clavicule, comme on s'en assura avec un fil donnant la longueur de la clavicule mesurée du côté sain. On pouvait suivre avec les doigts le trajet de l'os depuis le sternum, et l'on arrivait à la saillie indiquée. En déprimant de haut en bas la clavicule, on l'abaissait en dehors manifestement, et on rendait également aux parties une conformation à peu près naturelle en soulevant l'épaule. Enfin, en combinant la pression sur la clavicule avec ce mouvement d'élévation, toute difformité disparaissait. L'intervalle qui sépare l'extrémité scapulaire de la clavicule, du bord externe de l'acromion, était beaucoup plus étendu que celui du côté sain, par suite de l'abaissement du moignon de l'épaule, ce qui

*Observation 98.* — *Luxation de la clavicule avec fracture de l'acromion.* — Un homme âgé de 60 ans, entra à l'hôpital St-Thomas le 19 octobre 1814; deux ou trois jours auparavant il était tombé du haut d'un arbre. Le chirurgien qu'il avait consulté lui avait assuré qu'il n'y avait ni luxation ni fracture, mais le malade, persistant à croire qu'il s'était brisé l'épaule, se présenta à l'hôpital. L'épaule paraissait déprimée comme dans un cas de luxation, mais un peu d'attention suffit pour faire voir qu'il n'en était rien. Je ne me rappelle plus quel diagnostic fut porté; on employa le traitement suivant:

On plaça sous chaque aisselle un coussin qui fut maintenu par un bandage étoilé; une bande placée au-dessus du coude fixa le bras contre le tronc. On ajouta une écharpe à cet appareil qui parut maintenir les parties dans leurs rapports naturels; mais le lendemain matin, il s'était relâché. On le trouva ainsi relâché tous les matins pendant huit jours. Au

bout de ce temps, on plaça en travers des épaules, une large attelle fixée par des bandes, qui rendit aux parties leur conformation naturelle. Mais bientôt, on fut forcé d'y renoncer à cause de l'irritabilité extrême du malade. On lui prescrivit alors de rester couché sur le dos, sans aucun appareil; mais la luxation se reproduisit. Il succomba à une affection de poitrine le 7 décembre suivant.

A l'autopsie, on trouva la clavicule luxée à son extrémité scapulaire, et faisant une saillie considérable sur l'épine de l'omoplate. L'apophyse acromion était fracturée dans le point où la clavicule s'y réunit. Il est probable que l'attelle située derrière les épaules aurait maintenu les parties en place, si la maladie et l'impatience du sujet n'en avaient pas fait discontinuer l'emploi.

Il y a dans la collection de l'hôpital St-Thomas une pièce anatomique qui offre un exemple du même cas (1).

donnait au bras un pouce de plus en longueur, en le mesurant de l'extrémité claviculaire à l'olécrâne. Le bord postérieur du scapulum soulevait fortement les téguments; le bord antérieur était pressé contre les côtes; l'angle postérieur était dirigé en arrière, en dedans et en haut; l'angle acromial ou glénoïdien s'inclinait en dehors et en bas.

D'après les traces de contusion existant à l'épaule et au coude du côté droit, il était facile de comprendre comment la luxation s'était opérée; le malade étant tombé sur la région latérale et un peu postérieure de l'épaule, la clavicule avait supporté tout l'effet de la chute; son extrémité avait glissé sur l'acromion en déchirant les ligaments acromio et coraco-claviculaires, et s'était ainsi luxée en haut.

La luxation fut maintenue réduite en plaçant un coussin conique sous l'aisselle, et en fixant la main droite sur l'épaule gauche, de manière à diriger le coude en haut, en avant et un peu en dedans, et par conséquent, l'omoplate en haut, en arrière et en dehors. Une longue bande dont le point d'entrecroisement répondait à la clavicule fut appliquée en 8 de chiffre, et une large écharpe maintint l'appareil. Ce bandage fut réappliqué deux fois, et le 6 novembre 1832, le bras avait repris tous ses mouvements, la clavicule paraissait bien fixée sur l'acromion. Le malade fut renvoyé à son corps; on lui recommanda de ménager encore pendant quelque temps les mouvements du membre.

(Note des trad.)

(1) On lit dans le *Journal universel hebdomadaire*, t. 2, p. 15, un fait qui résume en quelque sorte les luxations dont la clavicule est susceptible quant au siège du déplacement:

*Double luxation de la clavicule droite.* — *Observation recueillie par le docteur Porral.* — Le 13 novembre 1830, entra à l'hôpital St-Louis, le nommé Guérangé (Jean), âgé de 34 ans, charpentier. Ce malade venait de faire une chute d'un troisième étage sur le pavé; en tombant, la partie supérieure et postérieure de l'épaule droite porta fortement; des excoriations et une assez forte contusion existaient sur ce point. L'épaule malade était rapprochée du tronc; les mouvements des membres de ce côté étaient très-difficiles; une saillie considérable se voyait en haut et en avant de l'extrémité sternale de la clavicule droite, et en même temps, en portant le doigt le long de la clavicule, on remarquait une autre petite saillie en arrière et en haut de l'extrémité externe de ce même os; en élevant et en abaissant alternativement la partie inférieure du bras, on s'assura que les deux extrémités de la clavicule étaient luxées: l'externe en arrière et en haut, l'interne en haut et en avant. Depuis trois semaines environ, le malade toussait un peu. La chute qu'il avait faite augmenta cette toux, et même des crachements de sang eurent lieu pendant les trois premiers jours; le poumon droit faisait entendre du râle sous-crépitant et muqueux à sa partie supérieure et antérieure; quelques douleurs existaient du même côté; la dyspnée était grande, le pouls fréquent. M. Richerand, malgré les accidents qui s'étaient développés, appliqua le bandage de Desault avec quelques compresses graduées sur les extrémités luxées de la clavicule. En même temps, trois fortes saignées furent faites successivement, et produisirent au bout de peu de jours, une guérison complète des accidents du côté de la poitrine. Le bandage fut resserré pendant quinze ou vingt jours environ, et au bout de ce temps, l'extrémité externe de la clavicule ne présentait plus aucun déplacement. Cet effet avait-il été produit par la compression exercée, soit sur ce point, soit sur l'extrémité interne? Il est probable qu'il en fut ainsi, mais malgré tout ce que l'on put faire pour réduire la luxation interne, rien ne fut changé, et il est certain que le malade gardera cette difformité toute sa vie, sans que les mouvements du membre de ce côté en soient gênés; du moins est-on porté à le penser, puisque le 12 décembre il exécutait déjà sans douleur des mouvements d'élévation. A cette époque, le malade n'avait qu'une écharpe pour tout bandage, et ne se plaignait d'aucune douleur. Il est bon de remarquer que Guérangé, d'une constitution robuste, présentait tous les os d'une grosseur remarquable; ce qui explique cette double luxation sans fracture. (Note des trad.)

On ne doit point s'attendre à voir les luxations de la clavicule se guérir sans difformité; toujours l'os forme une légère saillie. Aussi doit-on en avertir le malade dès le début du traitement, afin qu'il n'attribue pas cette cir-

constance à la négligence ou à l'imperitie du chirurgien. On peut l'assurer, en même temps, que les mouvemens du bras n'en subiront aucune altération.

## LUXATIONS DE L'HUMERUS.

L'articulation de l'épaule est, de toutes les articulations, celle qui jouit des mouvemens les plus étendus et les plus variés; aussi elle le siège le plus fréquent des luxations. Celle du coude vient en seconde ligne.

Il y a quatre espèces de luxations de l'humérus, dont trois seulement sont complètes.

1°. Luxation *en bas et en-dedans*, ou dans l'aisselle; l'os appuie contre la partie interne du bord axillaire de l'omoplate.

2°. Luxation *en avant* derrière le muscle grand pectoral; la tête de l'humérus est placée au-dessous de la partie moyenne de la clavicule, et sur le côté sternal de l'apophyse coracoïde.

3°. Luxation *en arrière*; la tête de l'os peut être reconnue au toucher, et même à la vue, à la partie postérieure et externe du bord axillaire de l'omoplate, et dans la fosse sous-épineuse où elle forme une tumeur distincte.

4°. La quatrième espèce est incomplète; la partie antérieure du ligament capsulaire est déchirée, la tête de l'humérus repose contre l'apophyse coracoïde, à la partie externe de cette éminence.

On a supposé qu'une luxation de l'humérus *en haut* pouvait avoir lieu; mais il est évident que cela est impossible sans une fracture de l'acromion. Je n'en ai jamais vu d'exemple.

J'ai vu un grand nombre de luxations dans l'aisselle. La luxation en avant contre le bord interne de l'apophyse coracoïde est moins commune; cependant j'en ai vu plusieurs exemples. La luxation en arrière ne s'est présentée à moi que deux fois, dans une pratique de trente-huit années.

Je ne pense pas qu'il survienne aucun changement consécutif dans la position de l'os, après les luxations de l'humérus, une fois que les muscles sont revenus sur eux-mêmes, sauf les légers changemens qu'amène une compression prolongée, dont l'effet est de déterminer une altération dans la configuration des parties. Ainsi, le sens de la luxation demeure invariable, excepté dans les cas où l'accident a été produit par une violence extrême, ou bien quand d'autres violences ont été exercées consécutivement, ce qui est très-rare.

### LUXATION DANS L'AISELLE.

Les signes ordinaires de cette luxation sont les suivans: il existe au-dessous de l'acromion une excavation produite par la sortie de la tête de l'humérus hors de la cavité glénoïde; la rondeur de l'épaule est détruite par suite de l'appâtissement du muscle deltoïde que la tête de l'os entraîne en bas avec elle. Le bras luxé est un peu plus long que l'autre, car la tête de l'humérus, reposant sur le bord axillaire du

scapulum, est au-dessous du niveau de la cavité glénoïde. On amène difficilement le coude au contact avec le côté du thorax, à cause de la douleur que détermine la pression de la tête de l'humérus sur les nerfs de l'aisselle; il arrive même ordinairement que le malade soutient son bras luxé avec la main du côté opposé pour éviter cette pression douloureuse; on peut sentir la tête de l'humérus dans l'ais-