

postérieurs se détendent. Conditions qui facilitent l'abaissement du condyle et la réduction.

La luxation une fois réduite, la mâchoire sera maintenue à l'aide d'une fronde, et pendant quelques jours le malade s'abstiendra de l'usage d'aliments solides.

Luxations anciennes. — Il est impossible d'établir un laps de temps précis, après lequel la réduction ne doive pas être tentée (Giraldès). Stromeyer réduisit une luxation datant de 55 jours; Richard, une de six semaines; Bouisson, une de 60 jours; Demarquay, une de 87 jours; les cas de Donovan, Nélaton, Michon et Gosselin, comptaient 98, 114 et 150 jours.

Alors le simple abaissement du maxillaire avec les doigts ne suffit plus à amener la réduction. Il faut avoir raison de la rétraction de la capsule abandonnée, et employer des appareils spéciaux. Ce sont les pinces de Junk, Atti et Stromeyer. Cette dernière, plus ou moins modifiée, est ordinairement employée (1).

Lorsque toutes les tentatives de réduction ont échoué, on peut avoir recours, ainsi que le fit Mazzoni, à la résection des deux condyles luxés. Il fit cette opération avec un parfait résultat chez une femme de vingt-sept ans, qui avait une luxation bilatérale irréductible datant de huit mois (2).

Pour des luxations récidivantes, Annandale (3) a récemment obtenu deux succès en suturant le ménisque inter-articulaire. Une incision légèrement courbe, longue de 3/4 de pouce, est faite sur le bord postérieur du ligament latéral externe, la capsule est ouverte, et le ménisque ramené à sa position est suturé au périoste et aux autres tissus sur le bord externe de l'articulation avec un catgut.

Genzmer (4) a proposé de rétrécir la capsule distendue par des injections de teinture d'iode.

VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES

A. *Luxation dans la fosse temporale.* — Deux cas, l'un appartenant à Robert, l'autre rapporté par Neiss (5) en établissent l'authenticité.

Dans le cas de Robert, la luxation avait été produite par le passage d'une roue de voiture sur la mâchoire, et il y avait eu fracture du maxillaire inférieur. Le condyle, sorti de la cavité glénoïde, était remonté en dehors de l'arcade zygomatique dans la fosse temporale.

Dans le cas de Neiss, la luxation ne s'accompagnait pas de fracture. Le condyle gauche du maxillaire pouvait être reconnu et senti au-dessus du conduit auditif externe dans la fosse temporale; il participait aux mouvements de la mâchoire.

Dans les deux cas, les symptômes étaient les suivants : les incisives inférieures étaient déplacées en arrière, la bouche ne pouvait être ouverte, et il

(1) Avant d'essayer une réduction avec cet instrument, il sera bon de répéter au préalable la manœuvre sur le cadavre.

(2) MAZZONI, *Anno IV et V di clinica chirurgica nella R. università di Roma*, 1878, p. 105.

(3) ANNANDALE, *Lancet*, 1887, t. I, p. 441.

(4) GENZMER, *Centr. f. Chir.*, 1885, p. 565.

(5) NEISS, Thèse de Paris, 1879.

s'écoulait un peu de sang par le conduit auditif. Enfin la palpation permettait de constater la place inaccoutumée du condyle. Dans le cas de Neiss, la réduction fut faite avec difficulté quoique le malade eût été anesthésié.

B. *Luxations en arrière.* — Admises par Lanfranc et Guy de Chauliac, elles ont été regardées comme impossibles jusque dans ces temps derniers.

Baudrimont, dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1882, a établi la réalité de la luxation de la mâchoire inférieure en arrière par pénétration du condyle dans le conduit auditif. Voici l'observation résumée par Farabeuf, à la Société de chirurgie :

Le 25 septembre 1879, M..., soixante-trois ans, édenté, tombe violemment sur le menton, ressent une violente douleur dans les deux oreilles et ne peut plus remuer la bouche. Plaie mentonnière, surdité absolue, otorrhagie sans durée.

La bouche est entr'ouverte, la symphyse ramenée en arrière, les incisives inférieures de 15 millimètres, en retrait sur les supérieures. Les lèvres peuvent encore se rapprocher, mais sans que l'os participe à ce mouvement. Le transport en arrière de toute la mâchoire inférieure a aplati les joues et a déterminé un rictus particulier; l'angle et le bord postérieur de la mâchoire touchent le sterno-mastoïdien; la place du condyle est vide.

Les deux conduits auditifs ont expulsé leur bouchon cérumineux et sont maintenant oblitérés par une saillie antéro-inférieure, dure et obéissant aux mouvements de faible étendue que l'on peut imposer à la mâchoire.

La réduction du condyle droit réussit brusquement et du premier coup. L'aspect primitif de la face du malade est alors transformé, le menton étant dévié à gauche. C'est avec peine que le condyle gauche est ensuite dégagé. On observe alors que la face a repris son profil normal, la mâchoire sa mobilité.

II

LUXATIONS DE LA CLAVICULE

Beaucoup moins communes que les fractures, les luxations de la clavicule se divisent en : luxations de l'extrémité externe ou acromio-claviculaires et luxations de l'extrémité interne ou sterno-claviculaires. En outre, la clavicule peut être luxée simultanément à ses deux extrémités.

MOREL LAVALLÉE, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1645. — SÉDILLOT, *Contributions à la chirurgie*, 1868. — RICHEL et POLAILLON, art. CLAVICULE des *Dictionnaires*.]

Les luxations de la clavicule peuvent être divisées de la façon suivante.

<i>Luxations de l'extrémité externe.</i> . . .	{ sus-acromiales } complètes
	{ sous-acromiales (exceptionnelles)
	{ sous-coracoïdiennes (?).
<i>Luxations de l'extrémité interne.</i> . . .	{ pré-sternales } complètes
	{ rétro-sternales } incomplètes.
<i>Luxations simultanées des deux extrémités.</i>	

1^o LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE.

LUXATION SUS-ACROMIALE. — Étiologie. — C'est de toutes les variétés la plus fréquente; elle est produite soit par des chutes sur le moignon de l'épaule, soit par des coups portant sur l'acromion en dehors de la clavicule.

Le cas rapporté par Malgaigne est classique : un plombier embrassant de ses deux mains un corps de pompe, les coudes fortement portés en dehors, reçut sur le deltoïde gauche un tampon de fonte du poids de 80 à 90 livres; une luxation sus-acromiale en fut la conséquence. Tout à fait exceptionnellement, la luxation de la clavicule aurait été observée à la suite d'une chute sur le coude (Tanchou) (1).

Mécanisme. — Desault (2), ayant remarqué que les deux surfaces articulaires par lesquelles l'extrémité externe de la clavicule et l'acromion se correspondent « sont taillées en plan incliné », supposait qu'un choc violent portant sur le moignon de l'épaule faisait chevaucher ces deux surfaces articulaires l'une sur l'autre; la facette appartenant à l'acromion glissant en dedans, celle de la clavicule passant en dehors; la clavicule monterait ainsi sur la face dorsale de l'acromion en déchirant les faibles ligaments acromio-claviculaires. Mais cette explication du déplacement ne tient pas compte de la résistance des ligaments coraco-claviculaires. Lorsqu'une violence est exercée sur l'acromion, elle transmet ses effets à tout l'omoplate qui est projeté en dedans; la coracoïde participe à ce mouvement, et le ligament semi-trapézoïde distendu tire sur la clavicule pour l'entraîner elle aussi en dedans. Celle-ci

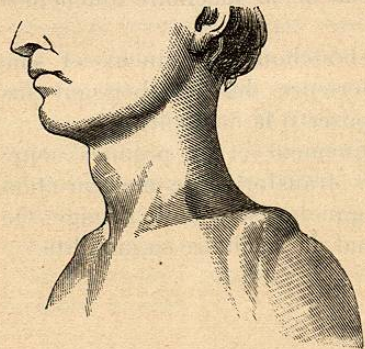


FIG. 6. — Luxation sus-acromiale de la clavicule.

résiste, car elle butte par son extrémité interne contre le sternum, et, si la violence est plus grande, une fissure, véritable fracture par arrachement, se produit au niveau des insertions des ligaments coraco-claviculaires. Si ces ligaments cèdent, alors seulement la luxation complète peut se faire.

D'après Morel Lavallée, le déplacement serait facilité par une forte impulsion du tronc en avant coïncidant avec la chute sur le moignon de l'épaule. L'extrémité externe de la clavicule serait alors projetée en haut et en avant, tandis que l'acromion buttant sur le sol serait poussé en dedans et en arrière. Malgaigne, Vidal de Cassis et plus récemment Galangau (3) et Brindel (4) ont fait remarquer que cette impulsion du tronc en avant ne se retrouvait pas toujours dans les conditions étiologiques de la luxation.

Aussi Brindel a-t-il proposé l'explication suivante qui paraît rationnelle. Pour lui la luxation sus-acromiale résulte « du soulèvement de la clavicule par l'apophyse coracoïde, tandis que l'acromion s'abaisse en dehors et en bas »

(1) TANCHOU, *Transactions médicales*, t. XIV, p. 276, 1853, rapporté par Polaillon, p. 719.

(2) DESAULT, *Oeuvres chirurgicales*, t. I, p. 538.

(3) GALANGAU, Thèse de Montpellier, 1877.

(4) BRINDEL, Thèse de Paris, 1875.

exécutant un véritable mouvement de bascule. En même temps la contraction violente du muscle trapèze attire la clavicule en haut. Dans une chute sur le moignon de l'épaule, dit Boyer, « l'action du muscle trapèze sera nulle sur l'omoplate retenue par le sol, mais elle s'exercera fortement sur la clavicule que ce muscle entraînera en haut ».

La contraction musculaire est donc une force adjuvante admise par tous; mais suffit-elle pour produire la luxation à elle seule? Dolbeau, Brindel ont observé deux cas dans lesquels la luxation succéda évidemment à la contraction musculaire seule. L'observation de Dolbeau (1) est celle d'une femme qui se fit une luxation sus-acromiale en donnant un soufflet à son enfant. Brindel raconte qu'un soldat étant au gymnase se luxa la clavicule en élevant son corps lentement les mains fixées à deux anneaux et le corps pesant de tout son poids au bout des bras (2).

Signalons en passant l'opinion d'Andrews (3) : « Un coup dirigé de bas en haut et frappant le bord inférieur de la clavicule a pu causer la luxation qui nous occupe. » Il n'y a pas d'autre indication.

Anatomie pathologique. — La luxation est incomplète ou complète. Incomplète elle est caractérisée par une saillie légère de l'extrémité externe de la clavicule sans qu'il y ait chevauchement de cet os sur l'acromion. Dans la luxation complète au contraire, l'extrémité externe de la clavicule est montée sur l'acromion et forme un relief plus ou moins grand au-dessus de cette apophyse. Dans le premier cas, les ligaments acromio-claviculaires sont seuls déchirés, les coraco-claviculaires intacts ne permettent point le chevauchement. Dans le second tous les ligaments sont rompus (4).

Telle est l'opinion généralement admise depuis les expériences de Bouisson et de Ader (5).

Symptômes. — L'attitude du blessé est la même que dans les fractures de la clavicule. La main du côté sain soutient l'avant-bras demi-fléchi, la tête s'incline du côté de la luxation.

La douleur plus ou moins vive est quelquefois telle qu'elle s'oppose à tout mouvement volontaire, tandis qu'elle se montre parfois assez légère pour permettre aux blessés de continuer leur travail pendant quelques heures.

La déformation varie suivant le degré du déplacement. La luxation incomplète ne s'accuse que par une saillie légère de la clavicule au-dessus du plan de l'acromion et une pression directe suffit généralement à réduire cette saillie. La réduction s'accompagne d'une crépitation sourde.

La luxation complète donne lieu à une tout autre déformation. L'extrémité externe de la clavicule chevauche sur l'acromion et soulève les parties molles. Elle se porte directement en dehors ou en dehors et en arrière, ou bien encore en dehors et en avant. Dans tous les cas, on constate par la mensuration que l'espace qui sépare le bord externe de l'acromion de la fourchette sternale est

(1) POLAILLON, art. CLAVICULE, p. 719.

(2) FLORENCY, Thèse de Lille, 1885, p. 24.

(3) ANDREWS, *Encyclopédie internat. de chirurgie*, 1885, t. IV, p. 412.

(4) Malgaigne, Brindel et Galangau croient que dans la luxation incomplète il y a rupture des ligaments coraco-claviculaires, mais conservation de la capsule sus-acromiale.

(5) ADER, Thèse de Paris, 1872.

moindre que du côté sain. Enfin si l'on saisit entre deux doigts l'os luxé, on le trouve mobile et l'on peut lui imprimer des mouvements d'avant en arrière.

Diagnostic. — La luxation incomplète de la clavicule ne doit pas être confondue avec la subluxation progressivement acquise par certains sujets qui se livrent à des travaux de force : les boulangers, par exemple. La comparaison des deux articulations acromio-claviculaires fera constater la déformation symétrique lorsqu'il s'agit de subluxation professionnelle et, dans ce dernier cas, la pression faite sur l'interligne articulaire ne provoquera point de douleur.

La fracture située très près de l'extrémité externe de la clavicule peut aussi simuler la luxation incomplète. Mais la mensuration permettra de comparer la longueur de la clavicule du côté blessé et du côté sain. Si des deux côtés la longueur de l'os est la même, c'est d'une luxation qu'il s'agit; dans le cas contraire une fracture est probable. Les essais de réduction seront dans ce dernier cas beaucoup plus pénibles et s'accompagneront d'une crépitation fine.

La luxation complète en dehors a été confondue avec la luxation de l'épaule, par inattention. Les éléments du diagnostic sont dans les symptômes différents de ces deux déplacements; il ne faut pas confondre l'extrémité externe de la clavicule avec l'acromion; je ne saurais insister davantage.

Traitement. — La réduction est en général facile à obtenir en portant le moignon de l'épaule en haut et en dehors, tandis qu'avec les doigts on attire la clavicule en avant.

Cependant lorsque le chevauchement est très prononcé, il est quelquefois nécessaire de recourir à l'anesthésie pour ramener la clavicule en place. Même pendant la résolution musculaire la luxation peut résister aux manœuvres les mieux dirigées. Broca pensait que l'irréductibilité était alors due à la résistance des fibres antérieures du trapèze; l'extrémité externe de la clavicule ayant perforé ce muscle en se déplaçant. Moutet⁽¹⁾ (de Montpellier), se trouvant en présence d'une luxation sus-acromiale irréductible, introduisit sous la peau un ténotome, divisa les fibres antérieures du trapèze et obtint la réduction. Cette observation confirme l'opinion de Broca.

Si les difficultés de réduction sont exceptionnelles, le maintien de la réduction est toujours très difficile, pour ne pas dire impossible.

Malgaigne, Velpeau, Nélaton déclaraient n'avoir jamais vu de guérison sans saillie de la clavicule. Aussi lorsque le déplacement n'était pas très considérable se contentaient-ils d'immobiliser le bras dans une écharpe de Mayor.

Cependant lorsque le chevauchement est très étendu, il faut s'efforcer d'obtenir la guérison avec une déformation minima. Aussi après réduction a-t-on appliqué une série d'appareils ayant pour but de maintenir la clavicule au contact de l'acromion. Ces appareils, qui ont tous donné quelques bons résultats et qui ont tous échoué dans la majorité des cas, sont conçus sur le même type. Des tours de bande sont conduits sur la partie moyenne de la clavicule déplacée, puis au-dessous du coude demi-fléchi; les bandes se réfléchissent sur le coude et reviennent à leur point de départ en formant une ellipse dont les deux extrémités correspondent à la clavicule et à la partie postéro-inférieure du coude. Ce bandage étant serré a pour effet d'abaisser la clavicule d'une part, de porter en haut le bras et l'acromion d'autre part. Les appareils de Boyer, de

⁽¹⁾ MOUTET, *Montpellier médical*, 1861, p. 219.

Cloquet, de Baraduc, d'Alquié, Malgaigne, etc., présentent avec quelques modifications cette même disposition générale.

Au lieu de faire passer les tours de bande autour du coude, Bitot les conduit sur la clavicule et sous le pli pelvi-crural correspondant. Il prend donc son point d'appui sur le bassin.

Les pressions directes sur la clavicule déplacée ont également été essayées. On les a faites avec le tourniquet de J.-L. Petit (Laugier, Malgaigne). Elles ont, comme les moyens précédents, donné de bons résultats; mais, dans la plupart des cas, la douleur occasionnée par leur action sur un point limité les rend insupportables et le sphacèle de la partie comprimée a quelquefois suivi leur emploi. Boudaille, nous dit Cahier, « a obtenu un résultat excellent au moyen d'un appareil plâtré formant bandage de corps. Sur ce bandage de corps plâtré venait se raccorder en avant et en arrière une large bretelle pressant sur un petit coussin placé sur la clavicule. Le bandage est resté cinq semaines en place. » Cet appareil me paraît fort simple et semble devoir donner des résultats.

Lorsque le déplacement est très considérable si l'on prévoit qu'il s'accompagnera ultérieurement de gêne dans les fonctions du membre, la pratique inaugurée par Cooper (de San Francisco) peut très bien être suivie. Elle consiste à inciser les parties molles qui recouvrent l'extrémité externe de la clavicule, à ruginer les surfaces articulaires et à appliquer un point de suture métallique sur les deux os mis en contact. Cooper⁽¹⁾ obtint trois beaux succès par cette méthode, Baum⁽²⁾ eut trois succès en suturant à l'aide d'un fil de soie les extrémités du ligament acromio-claviculaire rompu, et Paci⁽³⁾ un par la résection de l'extrémité externe de la clavicule et l'arthrodèse.

Depuis lors, Lebec et Vallas, Poirier et Rieffel, etc., etc., ont répété cette opération; on ouvre le foyer de la luxation, on résèque les surfaces cartilagineuses, on réduit et on suture l'extrémité externe de la clavicule à l'acromion avec un fil d'argent. La correction de la difformité est parfaite. Mais, dans les cas que j'ai vus, l'abduction du bras restait limitée. C'est, en somme, une opération exclusivement dirigée contre la déformation dans les cas ordinaires qui devient indiquée lorsque cette déformation s'accompagne de gêne des mouvements ou de phénomènes douloureux.

LEBEC, *France méd.*, 1895, n° 4. — VALLAS, *Lyon méd.*, 1894. — POIRIER et RIEFFEL, *Archives génér. de méd.*, 1891, p. 596. — TESSIER et GINESTOUS, *Journal méd. de Bordeaux*, 27 sept. 1896. — FISCHER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1891, p. 454. — ALBERS, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1894, p. 969. — WOLF, *Berliner klin. Woch.*, 5 sept. 1894. — O. CONOR, *New York med. Journal*, 25 avril 1896. — CHAPUIS, Thèse de Bordeaux, 1894. — ALEX, *Lyon méd.*, 1894, p. 54.

LUXATION SOUS-ACROMIALE. — Observée pour la première fois par J.-L. Petit, cette luxation fut considérée comme impossible par Boyer. Elle est fort rare. Polaillon, en 1875, n'en connaissait que 6 cas, Stimson en compte 11 ou 12.

Généralement produite par une pression directe sur la clavicule, elle peut aussi succéder à une chute sur le moignon de l'épaule.

Les exemples classiques de luxation due à une pression directe sur la clavicule sont ceux de Nielle et de Tournel⁽⁴⁾. Nielle raconte l'histoire d'un soldat

⁽¹⁾ COOPER, *Amer. Journal of med. sc.*, avril 1861.

⁽²⁾ BAUM, *Fortschritte der Medizin*, 1886, t. IV, p. 189.

⁽³⁾ PACI, *Sperimentale*, déc. 1889.

⁽⁴⁾ Rapportés par Polaillon.