

ment l'appareil le plus parfait est celui qui limite à l'épaule du côté fracturé la réduction en haut, en dehors et en arrière. Tel est l'appareil de FISCHER (Voir dans GURLT). Un anneau bien rembourré entoure l'épaule saine ; le coussin placé dans l'aisselle du côté fracturé est fixé par des liens à cet anneau ; toute l'extrémité du même côté est entourée d'une sorte de manche, à laquelle sont fixés quatre liens doubles d'une grande solidité, dont deux pour le bras, un pour l'avant-bras et un pour la main. La réduction faite, les trois liens supérieurs sont attirés fortement en arrière et fixés à l'anneau ; ils ramènent ainsi le bras en arrière et en même temps l'épaule en dehors, car, grâce au coussin axillaire, le bras fait bascule sur ce dernier, pour arriver en contact avec la paroi thoracique et abdominale ; d'autre part, le lien inférieur, que l'on va attacher à la partie antérieure de l'anneau, contribue au même résultat.

Si l'emploi d'une écharpe, avec fixation du bras à angle droit ou à angle aigu, ne donne pas de résultat satisfaisant, et si, d'autre part, on ne peut obtenir du malade de garder la position horizontale, pendant toute la durée du traitement, on aura alors recours à l'un des appareils que nous venons de décrire. Lorsqu'on voudra se servir d'un coussin axillaire, on choisira de préférence un coussin à air ayant environ la moitié de la longueur du bras. Les bandages enveloppant le thorax sont volontiers trop serrés, ou bien ils se relâchent ; c'est pourquoi il convient, lorsque cela peut suffire, de fixer le coussin et le bras à un anneau entourant l'épaule saine, comme dans l'appareil de FISCHER (voir plus haut). Mais s'il est nécessaire que le bandage fasse le tour du thorax, on obtiendra les meilleurs résultats en se servant d'une modification du bandage de DESAULT, sous la forme d'un appareil plâtré inamovible, fixant le bras contre le thorax après réduction de la fracture (WEBER, CZERNY).

Dernièrement on a préconisé un bandage simple et facile à appliquer : c'est celui de SAYRE consistant dans l'application de bandes de sparadrap. Au dire de VOLKMANN, il donnerait de meilleurs résultats que tout autre appareil.

Ce bandage consiste en trois longues bandes de sparadrap larges de deux à trois travers de doigts. La première bande part du milieu de la face interne du bras malade, décrit une spirale en haut et en arrière, sur la face externe du bras, au-dessous de l'épaule, s'applique sur le dos, et arrive jusqu'au mamelon, en passant sous l'aisselle, du côté sain. Ce tour de bande élève l'épaule et la ramène avec force en arrière. La seconde bande a aussi pour but l'élévation de l'épaule ; elle commence sur l'épaule saine, passe obliquement au devant de la poitrine, arrive au côté malade, où elle embrasse le coude fléchi à angle droit, et de là se rend en arrière à son point de départ sur l'épaule saine. La troisième bande entoure l'articulation du poignet, et ses deux extrémités passent au devant du thorax et de l'endroit de la fracture, pour aller se fixer sur l'épaule malade ; elle est avant tout destinée, par le poids de l'avant-bras, à presser de haut en bas sur le sommet de l'angle dirigé en haut, que forment entre eux

les fragments. Cette pression est surtout efficace, lorsque la fracture siège au milieu de la clavicule, comme c'est souvent le cas. Ce bandage, un peu modifié, peut être employé dans nombre d'autres lésions traumatiques de l'épaule qui s'accompagnent d'un abaissement de cette dernière.

2. Luxations de la clavicule.

a. Luxations de l'extrémité sternale.

§ 4. — Grâce à l'articulation sterno-claviculaire, la ceinture scapulaire s'articule sur une petite étendue avec le squelette du tronc. C'est une articulation

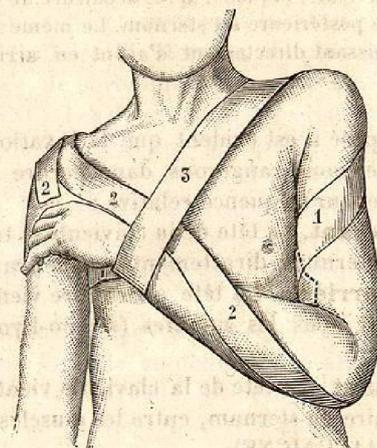


Fig. 6. — Bandage en sparadrap de SAYRE. Les différents tours de bande sont désignés par les chiffres 1, 2, 3.

double avec fibro-cartilage inter-articulaire ; la clavicule est fixée à une facette latérale de la partie supérieure du sternum, et au fond d'une dépression qui sépare le sternum du cartilage de la première côte. Le disque fibro-cartilagineux s'insère en bas, au niveau de l'articulation chondro-sternale. Au-dessous de ce fibro-cartilage, la clavicule s'articule directement avec le cartilage costal ; c'est cette partie de l'articulation qui, grâce à la forme de la clavicule, accorde une certaine mobilité à cette dernière, autour de l'axe antéro-postérieur, c'est-à-dire dans le sens des mouvements d'élévation et d'abaissement de la clavicule. D'autre part, l'union de la clavicule avec le sternum, qui a plutôt les caractères d'une syndesmose, est le siège de mouvements assez libres autour d'axes verticaux et transversaux passant par cette articulation, grâce à l'élasticité et à la mobilité du fibro-cartilage.

L'abaissement du bras et de la clavicule est arrêté par la rencontre du corps de cet os avec la première côte, ainsi que par le ligament inter-claviculaire et par le disque fibro-cartilagineux fixé, en bas, à la première côte et, en haut, à l'extrémité de la clavicule. Lorsque l'épaule reçoit un choc qui tend à l'abaisser, il peut arriver que la clavicule prenne un point d'appui sur la première côte, et que son extrémité sternale se déplace en haut, après arrachement du

disque fibro-cartilagineux et d'une partie du ligament inter-claviculaire. Dans ce mouvement de levier se tend le ligament costo-claviculaire, qui se fixe au cartilage costal, tout près de l'insertion du disque fibro-cartilagineux et s'élève obliquement en haut et en dehors. Lorsqu'un choc est dirigé de façon à refouler l'épaule fortement en arrière et en haut, le tiers moyen de la clavicule trouve un point d'appui sur le corps de la première côte ; la tête de la clavicule est alors chassée en avant, contre la capsule articulaire, et après déchirure de cette dernière, au niveau de son insertion sternale, elle se luxa en avant. Supposons maintenant que la violence traumatique agisse sur la partie postérieure de l'épaule et tende à refouler cette dernière en avant, c'est alors contre la paroi postérieure de la capsule articulaire que viendra s'appuyer la tête de la clavicule, laquelle, après déchirure de ce ligament, se luxera en dedans, sur la face postérieure du sternum. Le même résultat peut être obtenu par un choc agissant directement d'avant en arrière, sur la tête claviculaire.

D'après notre exposé il est évident que la luxation est possible dans trois directions, que nous rangerons dans l'ordre suivant qui est en même temps celui de leur fréquence relative :

1. **Luxation en avant.** La tête de la clavicule se trouve située sur le bord articulaire du sternum, directement sous la peau.

2. **Luxation en arrière.** La tête articulaire vient se placer en arrière du sternum et sous les muscles (sterno-hyoïdien, sterno-mastoïdien).

3. **Luxation en haut.** La tête de la clavicule vient se loger au-dessus de la facette articulaire du sternum, entre les muscles sterno-mastoïdien et sterno-hyoïdien (MALGAIGNE).

§ 5. — MALGAIGNE divise les luxations antérieures et postérieures en formes **complètes** et **incomplètes**.

Les formes incomplètes se rapportent particulièrement aux **luxations pathologiques** que l'on observe quelquefois. En effet, on a vu se produire des luxations de ce genre, dans les cas d'arthrite fongueuse sterno-claviculaire, et elles ne sont évidemment pas très rares dans la **scoliose**. DAWIN (A. COOPER) a observé un scoliotique chez lequel, à la suite du déplacement considérable de l'omoplate en avant, la tête claviculaire était venue se loger en arrière du sternum où elle comprimait l'œsophage ; on fut obligé de pratiquer la résection de cette partie de l'os, pour délivrer le malade de ses souffrances. Les cas de ce genre, à un degré moindre, il est vrai, sont assez fréquents. Plus souvent, cependant, il arrive que du côté de la concavité de la scoliose, le retrait de l'épaule en arrière entraîne un léger déplacement, en avant de l'extrémité sternale de la clavicule. LOTZBECK a publié des cas dans lesquels, à la suite d'une arthrite sterno-claviculaire d'origine traumatique, la tête de la clavicule s'était déplacée en avant. Enfin on possède des observations de luxation habituelle congénitale (HEUSINGER).

Luxation en avant (luxation pré-sternale).

DESAULT a vu se produire cette luxation, à la suite d'un choc violent dans le dos, tandis que les épaules étaient attirées en arrière. C'est sans doute d'une façon analogue qu'agissent les autres causes de luxation que l'on trouve mentionnées dans les auteurs, par exemple les chutes sur la face antérieure de l'épaule ou le passage d'une roue de voiture sur cette partie du corps. Dans nombre de cas, il est vrai, le mécanisme de la luxation est plus compliqué.

Les symptômes de la luxation ne peuvent guère être méconnus. La clavicule se trouve située directement sous la peau et sur le bord antérieur de la cavité articulaire du sternum ; le plus souvent elle est, en outre, un peu abaissée, de sorte que cette cavité devient accessible à la palpation (MALGAIGNE). Les dépressions qui existent normalement au-dessus et au-dessous de l'os, sont très prononcées. Les fibres de l'insertion sternale du sterno-cléido-mastoïdien peuvent se trouver pincées entre la clavicule et le bord de la cavité articulaire ; la tête du blessé s'incline alors du côté malade. L'épaule n'étant plus maintenue par la clavicule, subit un affaissement analogue à celui que l'on observe dans les fractures.

Toutes les observations, même les plus récentes, prouvent qu'en exerçant une traction sur l'épaule en dehors et en arrière, et une pression directe sur la tête de la clavicule, on réussit sans peine à réduire la luxation, mais qu'on ne parvient que très difficilement à la maintenir réduite. C'est en vain que l'on a essayé dans ce but toutes sortes d'appareils semblables à ceux que l'on emploie dans les fractures de la clavicule ; il reste toujours un certain degré de déplacement. NÉLATON conseille de fixer le bras au tronc à l'aide d'une ceinture et d'appliquer un bandage herniaire anglais dont une pelote s'applique sur la tête claviculaire luxée et l'autre sur le dos du malade, le ressort de l'appareil entourant le thorax du côté sain. Peut-être arriverait-on plus sûrement à un bon résultat, au moyen d'une attelle en gutta-percha recouvrant les épaules et les clavicules, après réduction de la luxation ; cet attelle serait fixée à l'aide de bandelettes de sparadrap.

Du reste, même lorsque la luxation n'a pas été complètement réduite, il est rare qu'il en résulte une diminution notable d'aptitude fonctionnelle du membre.

Luxation en arrière (luxation rétro-sternale).

§ 6. — Cette luxation peut être la conséquence soit d'un coup ou d'une chute tendant à refouler l'épaule en avant, soit d'une violence traumatique agissant directement sur la tête de la clavicule, d'avant en arrière (voir plus haut). En général, la tête articulaire ne se déplace pas seule-