

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-

ment en arrière, mais aussi quelque peu vers la ligne médiane, sur la face postérieure du sternum, tout en étant en même temps légèrement élevée ou abaissée.

Dans la luxation complète, à la place de la tête de la clavicule, on constate une dépression qui n'est autre que la cavité articulaire vide; la clavicule tout entière se trouve reportée en arrière, de sorte que les dépressions sus et sous-claviculaires sont effacées. La tête de la clavicule déviée en arrière produit quelquefois des symptômes de compression des organes de la cavité thoracique. Le plus souvent, on observe des phénomènes modérés de compression de la trachée; rarement ces symptômes sont très accusés, et presque toujours ils disparaissent rapidement. Encore plus rares sont les symptômes de compression des vaisseaux. A. COOPER rapporte un cas dans lequel la compression de la sous-clavière avait eu, pour conséquence l'arrêt du pouls, dans l'extrémité correspondante. L'épaule est déplacée en bas, en dedans et en avant, et généralement la tête est inclinée du côté de la luxation.

On observe aussi des luxations incomplètes en arrière, et les luxations complètes guérissent rarement sans laisser un certain degré de déplacement. Du reste, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les phénomènes de compression ne tardent pas à disparaître, même dans les cas de persistance de la luxation, et les fonctions du membre se rétablissent presque toujours complètement.

La réduction de la luxation traumatique ne présente évidemment aucune difficulté; il suffit d'exercer sur les épaules une traction en dehors et en arrière, comme dans les fractures de la clavicule. Pour maintenir la réduction on prescrit au malade la position horizontale sur le dos, comme s'il s'agissait d'une fracture, ou bien on applique l'un ou l'autre des appareils que nous avons décrits, à propos des fractures de la clavicule, appareils qui ont pour but de fixer les épaules en dehors et en arrière.

Luxation en haut.

§ 7. — La tête articulaire, après déchirure de la capsule à sa partie supérieure et rupture du ligament costo-claviculaire, se porte en haut, entre les muscles sterno-mastoïdien et sterno-hyoïdien. Le plus souvent elle se trouve alors située au-dessus du sternum, près de la fossette sus-sternale, et la cavité articulaire vide peut être sentie au-dessous de la saillie que forme la tête luxée. L'épaule est abaissée et rapprochée du thorax; ce déplacement est en relation avec la cause traumatique qui, le plus souvent, paraît avoir agi, en effet, sur l'épaule, dans la direction verticale.

La réduction s'opère facilement si l'on attire les épaules en dehors, tout en exerçant une pression sur la tête luxée; mais la guérison reste le plus souvent incomplète, sans doute à cause de la déchirure étendue qui

accompagne cette forme de luxation (MALGAIGNE). On essaiera dans ce but les divers appareils de contention de la clavicule; peut-être aussi ferait-on bien d'utiliser la pression directe d'une pelote.

Luxations de l'extrémité acromiale de la clavicule. Luxation de l'omoplate.

§ 8. — Si l'on s'en tenait strictement au principe d'après lequel c'est l'os périphérique qui est considéré comme luxé, on devrait désigner cette luxation sous le nom de « luxation de l'omoplate ». Néanmoins nous voulons en donner ici la description, car la disposition anatomique de l'articulation acromio-claviculaire et les luxations dont elle peut être le siège, offrent maintes analogies avec celles de l'articulation sterno-claviculaire.

L'omoplate est fixée à la clavicule par l'acromion, au moyen d'une articulation d'un genre intermédiaire entre la diarthrose et la syndesmose, mais se rapprochant davantage de cette dernière que de la première. Le bord mince de l'extrémité aplatie de la clavicule est tourné en dehors, et est fixé à un bord semblable de l'acromion, par une couche de fibres dans laquelle on trouve toujours des lacunes en forme de fentes (HENKE). Les mouvements que permet ce moyen d'union solide et élastique, se font principalement autour d'un axe dirigé d'arrière en avant, mais le mouvement par lequel la surface de l'omoplate se rapproche et s'éloigne du thorax, est considérablement limité par un second moyen de fixation de l'omoplate à la clavicule au niveau de l'apophyse coracoïde. Dans le mouvement qui tend à rapprocher du thorax la face antérieure de l'omoplate, le bord inférieur de la clavicule, vient buter contre l'apophyse coracoïde, tandis que le mouvement opposé est bientôt arrêté par le court ligament qui réunit ces deux os. Aussi les luxations de la clavicule en haut s'accompagnent-elles, sans doute le plus souvent, d'une déchirure de ce ligament.

§ 9. — La clavicule peut être séparée de l'omoplate par une violence traumatique, après déchirure du fibro-cartilage; le déplacement s'opère soit de bas en haut, soit de haut en bas.

La luxation de la clavicule en haut (ou de l'omoplate en bas) est la forme la plus fréquente, et même, au dire de MALGAIGNE, elle est plus fréquente que toutes les autres luxations de la clavicule. Jusqu'à PETIT elle était seule connue. Elle est produite par une violence traumatique agissant de haut en bas, à la manière d'un choc sur la portion acromiale de l'épaule. La clavicule s'appuie alors probablement sur la première côte, à laquelle elle est, du reste, fixée par un fort ligament, avant la séparation complète des surfaces articulaires et la rupture du ligament coraco-claviculaire (ce dernier, comme le prouvent les expériences de BOUISSON, peut n'être que partiellement déchiré, dans la luxation incomplète); il n'est pas nécessaire, par conséquent, d'invoquer l'action du trapèze qui serait chargé de fixer la clavicule, pendant que l'omoplate est refoulée en bas (BOYER).

On a observé, sans aucun doute, des luxations incomplètes. On les