

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