

la face postérieure du bras, puis sur la partie supérieure de l'avant-bras; enfin on la ramène en avant en passant directement au-dessous de l'épicondyle, l'avant-bras étant fléchi à angle aigu sur le bras. On garnit d'un peu de ouate le bord cubital de l'avant-bras, et l'on applique le long de la face interne du bras la bande de sparadrap que l'on attire fortement, et dont on fait arriver l'extrémité sur la partie luxée de la clavicule, où elle se croise avec l'autre chef de la bande. Les deux parties de la bande qui se trouvent ainsi appliquées sur le bras, sont fixées au moyen de bandelettes circulaires. Enfin le bras est fixé au tronc soit par des bandes de sparadrap, soit par des bandes ordinaires, et soutenu, en outre, à l'aide d'une écharpe, l'avant-bras étant fléchi à angle aigu.

On s'est servi d'une façon analogue de bandes en caoutchouc comme appareil de contention. Un coussin ayant été placé sous l'aisselle, le bras est fixé au thorax par des tours de bande élastique. Puis on fait passer cette bande, sans la tirer trop fortement, sur l'extrémité acromiale de la clavicule et sous le coude, après avoir appliqué sur ces parties une couche de ouate. Quelques tours de bande ordinaire autour du thorax et du bras terminent l'appareil et servent à fixer les bandes en caoutchouc (DELENS).

ROSER a obtenu de bons résultats de l'application d'un appareil plâtré entourant le thorax, le bras et l'épaule; au niveau de l'acromion, il taille ensuite une fenêtre, dans laquelle il introduit un tampon de ouate destiné à augmenter la pression du bandage sur l'extrémité luxée de la clavicule.

BITOT appliquait sur la clavicule une attelle en bois bien rembourrée, sur laquelle il exerçait une pression de haut en bas, au moyen d'une bande passant sur l'épaule et entre les cuisses. La main était maintenue appliquée contre le sternum par des tours de bande. Il est fort douteux, selon nous, qu'il y ait avantage à se servir du périnée, au lieu du coude, comme point d'appui de la bande.

Un léger déplacement ne compromet pas beaucoup les fonctions du bras. Lorsque, par contre, le déplacement est considérable, l'aptitude fonctionnelle du membre en souffre d'une façon notable, dans les travaux pénibles, et particulièrement lorsqu'il s'agit de soulever un fardeau avec le bras. L'appareil doit être laissé en place de 5 à 6 semaines.

§ 10. — La luxation de la clavicule sous l'acromion est beaucoup plus rare.

Il existe un certain nombre d'anciennes observations de cette forme de luxation (MELLE, FLEURY, TURNEL, UHDE). Dernièrement MOREL-LAVALLÉE en a donné une description basée sur deux cas. Enfin mentionnons une observation prise à la clinique de BRUNS.

Un coup ou un choc sur l'extrémité externe de la clavicule, chasse cette dernière de haut en bas sous l'acromion. L'épaule se porte aussitôt en dedans, et la face supérieure de l'extrémité externe de la clavicule se met en contact avec la face inférieure de l'acromion; les deux os s'accrochent, en quelque sorte, l'un à l'autre.

Les symptômes de cette luxation se manifestent avant tout, au niveau de la clavicule. A partir de sa portion moyenne, cet os, obliquement dirigé en bas et en dehors, disparaît, pour ainsi dire, dans les masses musculaires de l'épaule. Les fosses sus et sous-claviculaires sont plus ou moins effacées; par contre, l'extrémité interne de la clavicule fait une forte saillie en haut et en avant. L'extrémité externe de cet os est inaccessible à la palpation, et l'on trouve à l'endroit qu'elle occupe à l'état normal, la saillie pointue de l'acromion, dont on peut reconnaître avec le doigt la surface articulaire, à travers les parties molles. La portion claviculaire du trapèze est fortement tendue et fait saillie sous les téguments (MOREL-LAVALLÉE). La distance de l'acromion à l'extrémité sternale de la clavicule est diminuée et l'épaule abaissée légèrement.

Les troubles fonctionnels sont, paraît-il, peu marqués, aussitôt après l'accident; les mouvements actifs sont possibles, et, dans la suite, les fonctions du membre s'améliorent, alors même que la luxation n'a pas été réduite. Dans plusieurs cas de ce genre, on a même constaté l'existence d'une néarthrose entre la face inférieure de l'acromion et la face supérieure de la clavicule.

Dans le cas de MOREL-LAVALLÉE, on réussit à réduire la luxation en fixant l'avant-bras dans la flexion, et en attirant fortement en dehors la partie inférieure du bras. On peut chercher en même temps à dégager la clavicule de la face inférieure de l'acromion en exerçant sur la première une traction dirigée en haut et en avant. Encore ici, la luxation une fois réduite, se reproduit avec une grande facilité. C'est pourquoi MOREL-LAVALLÉE appliqua un coussin dans l'aisselle et fixa la main du blessé sur l'épaule saine.

MALGAIGNE décrit aussi en se basant sur quelques observations (GODEMER, PINJOU), la luxation de l'extrémité externe de la clavicule sous l'apophyse coracoïde. Mais les cas publiés sont encore en trop petit nombre pour que l'on puisse songer sérieusement à la possibilité d'une telle luxation sans d'autres lésions concomitantes graves.

3. Fractures de l'omoplate.

§ 11. — Les fractures de l'omoplate ne sont pas très fréquentes. D'après GURLT elles représentent environ 1/10 de toutes les fractures. Elles peuvent intéresser toutes les parties de l'os. GURLT a établi, d'après leur siège, les catégories suivantes:

1. Fractures du corps de l'omoplate, comprenant le bord axillaire et le bord spinal, la fosse sous-épineuse et la plus grande partie de la fosse sus-épineuse; 2. fractures de l'angle inférieur; 3. fractures de l'angle supérieur et de la partie voisine de la fosse sus-épineuse; 4. fractures de l'épine de l'omoplate; 5. de l'acromion; 6. de l'apophyse coracoïde; 7. du col chirurgical; 8. de la cavité glénoïde.

Les fractures les plus fréquentes sont celles du corps de l'omoplate, puis viennent celles du col.

Sur le corps de l'omoplate on a observé des fractures dans toutes les directions: transversales, obliques, longitudinales. Elles peuvent être multiples