

on tirera perpendiculairement à l'os déplacé, c'est ce que conseillait Gerdy pour les luxations de la hanche. Du reste on pourra varier le sens des tractions.

La traction peut être pratiquée de trois façons différentes : 1° par des aides, 2° par des mouffes, 3° par les bandes ou tubes de caoutchouc ¹.

Ajoutons que le chloroforme aide singulièrement la réduction des luxations.

La coaptation consiste à diriger les surfaces déplacées vers leurs anciennes positions ; très souvent la coaptation s'effectue spontanément, dès que la traction a ramené les surfaces articulaires au même niveau. Cependant, dans certains déplacements, le chirurgien doit, par des pressions bien dirigées, aider à ce retour.

On reconnaît que la réduction est opérée à un tressautement particulier, sur la nature duquel le patient ne se méprend guère ; souvent il s'y joint un bruit sourd produit par le raclement des surfaces osseuses ; de plus, la déformation s'efface et il devient possible de produire les mouvements que la luxation avait rendus impossibles ; cependant, lorsque le gonflement est considérable, ou encore dans certaines luxations anciennes, il n'est pas aisé de reconnaître la réduction.

Jusqu'à quelle époque peut-on tenter la réduction ? On ne saurait formuler à cet égard de lois générales ; toutefois, après un ou deux mois, il est un grand nombre de luxations que l'on doit abandonner.

Accidents. — Les tentatives de réduction faites sans mesure exposent à la contusion des parties molles, au déchirement des muscles, de la peau, à des fractures. On a observé des déchirures de vaisseaux, de nerfs, accidents dont on apprécie sans explication la haute gravité ; on a même vu se produire l'arrachement d'un membre.

1. Malgaigne et Sédillot ont hautement préconisé l'emploi des mouffes dont on peut graduer la force et apprécier la tension avec un dynamomètre ; ils ont démontré leur supériorité sur les tractions irrégulières et saccadées exécutées par les aides. Nous ne pouvons indiquer ici toutes les machines imaginées dans le but de réduire les luxations, les mouffes sont celles dont l'emploi est le plus général ; la machine de Jarvis est également très usitée.

Ces complications s'expliquent d'elles-mêmes ; mais il en est une plus étrange, c'est la *syncope* qui survient parfois pendant les tentatives de réduction et crée un danger spécial pour l'anesthésie appliquée au traitement des luxations ; il est probable que le tiraillement des troncs nerveux et la douleur sont pour beaucoup dans la production de la syncope.

B. Pour prévenir la reproduction du déplacement, il suffit d'immobiliser l'articulation pendant quelques jours seulement, et cela à l'aide d'un simple bandage, car le déplacement n'a nulle tendance à se reproduire de lui-même.

C. Pour rendre à l'articulation ses mouvements, faites-les lui exécuter en augmentant chaque jour leur étendue ; des frictions, des massages, des bains excitants viendront en aide à ce traitement.

Dans les cas où, pour un motif quelconque, la réduction n'a pu être obtenue, on peut, par un exercice méthodique, rendre au membre déplacé la plus grande partie de ses mouvements.

Cet exercice consiste à assouplir les parties par des frictions, des massages, et à faire exécuter plusieurs fois par jour au membre luxé des mouvements méthodiques, d'une étendue de plus en plus grande ; ces mouvements seront exécutés soit à la main, soit à l'aide de machines.

Luxations de la mâchoire inférieure.

Les luxations de la mâchoire inférieure sont rares (4 p. 100). Il en existe deux variétés : 1° les deux condyles sont luxés ; 2° la luxation ne porte que sur l'un d'eux ¹.

Étiologie et mécanisme. — Lorsque la bouche est largement ouverte, les deux condyles (ainsi qu'on peut s'en assurer sur soi-même) descendent au-dessous de la racine transverse de l'arcade zygomatique et pressent sur la partie

1. Robert a parlé d'une luxation dans la fosse temporale, produite par une roue de voiture qui, ayant fracturé la mâchoire, avait refoulé dans la région temporale le condyle brisé. — Astley Cooper parle encore d'une subluxation ou luxation incomplète.

antérieure de la capsule articulaire. Pour qu'il y ait luxation il faut que la capsule se déchire en ce point, que les condyles glissent sur le plan oblique placé en avant de cette racine transverse, et enfin qu'ils soient fixés dans cette position anormale.

Les causes capables de produire ce résultat sont : 1^o *Des causes physiologiques*, c'est-à-dire les contractions exagérées ou convulsives des muscles masséter et ptérygoïdien, telles qu'on les observe dans le bâillement, le rire, le vomissement, les convulsions.

2^o *Des causes mécaniques*. — Un mouvement de bascule est imprimé à la mâchoire qui tourne autour d'un axe passant par le centre de ses branches (au niveau de l'épine de Spix), de telle sorte que le menton est projeté en arrière et le condyle en avant, c'est ce qui a parfois lieu à la suite de coups de poing, coups de pied, chute sur le menton, etc.

Le déplacement produit, qu'est-ce qui empêche la réduction ?

1^{re} *opinion*. — Ce serait la contraction des muscles masséter et ptérygoïdien, qui, dans cet abaissement forcé de la mâchoire, élèvent non le menton, mais l'angle, c'est-à-dire la partie postérieure du maxillaire (J.-L. Petit).

2^o *opinion*. — Le plan oblique placé en avant de la racine transverse sur lequel le condyle glisse avec la plus grande facilité ne permet que difficilement le retour du condyle, qui est obligé de s'abaisser notablement pour repasser au-dessous de la racine transverse.

3^o *opinion*. — La contraction des muscles éleveurs fixe le bec de l'apophyse coronoïde dans une petite fossette creusée sur le bord inférieur de l'os malaire, en dehors de sa jonction avec la tubérosité maxillaire (Nélaton), ou simplement contre cet os malaire (Monro).

4^o *opinion*. — Les ligaments longs postérieurs (sphéno et stylo-maxillaires) distendus par la propulsion en avant du maxillaire retiennent en haut son angle et empêchent les muscles éleveurs de relever le menton (Maisonneuve).

5^o *opinion*. — D'après Mathieu, le véritable obstacle à la réduction est créé par le fibro-cartilage qui habituellement ne suit pas le condyle dans son déplacement, mais reste en arrière et s'oppose au retour du condyle dans la cavité articulaire.

Pour Farabeuf, la cause de la fixité de la mâchoire est variable. Lorsque l'apophyse coronoïde est large, il y a accrochement sous-malaire (théorie de Nélaton) ou simplement contact rétro-malaire (théorie de Monro) ; lorsqu'elle est petite et que l'os malaire est très en avant, elle ne peut s'accrocher, c'est la tension des ligaments longs postérieurs qui limite l'ascension en retenant en haut l'angle maxillaire.

Anatomie pathologique. — Les *condyles* sont placés en avant de la racine transverse ; la partie antérieure de la *capsule* est déchirée parfois, dans d'autres cas elle est intacte ; le ligament externe est ou n'est pas rompu ; le *ménisque* suit le condyle dans son déplacement, ou reste au-dessous de la racine transverse. — Souvent quelques fibres musculaires sont déchirées.

Lorsque la luxation ne porte que sur un *seul condyle*, celui qui reste en place éprouve une sorte de torsion dans sa cavité.

Symptômes. — LUXATION DES DEUX CONDYLES. — *Déformation et attitude.* — La *bouche* est largement ouverte et ne peut se fermer malgré les efforts du malade ; les *arcades dentaires* très éloignées en avant se touchent en arrière, mais les dents ne se correspondent plus : celles de la mâchoire inférieure sont placées au devant de leurs congénères. — Les joues sont aplaties.

Par le toucher on constate une dépression au devant du conduit auditif et, dans l'intérieur de la bouche, une saillie formée par l'apophyse coronoïde.

Troubles fonctionnels. — L'articulation des sons, surtout des voyelles labiales, est très difficile, il en est de même de la déglutition. La salive s'écoule incessamment.

LUXATION D'UN SEUL CONDYLE. — Les symptômes précédents sont moins accentués, ils ne s'observent que d'un côté ; le trait caractéristique est un mouvement de torsion du menton qui se tourne vers le côté sain.

Diagnostic. — Voy. *Fractures du maxillaire*.

Pronostic. — Peu grave, la réduction est souvent facile

et même, en l'absence de réduction, on a vu les lèvres et les mâchoires se rapprocher suffisamment pour que le malade ne soit pas incommodé de la persistance du déplacement.

Cependant, de toutes les luxations, c'est celle de la mâchoire qui se reproduit avec le plus de facilité.

L'indication consiste à abaisser les condyles de façon à la dégager.

Traitement. — Le blessé est assis en face de vous, sa tête est soutenue en arrière ; introduisez vos deux pouces dans sa bouche ; qu'ils appuient par leur face palmaire sur les dernières molaires de la mâchoire inférieure, pendant que vos autres doigts embrassent tout le maxillaire. Un mouvement de bascule est alors imprimé à cet os, les pouces abaissent ses branches, dégagent les deux condyles, tandis que le menton est relevé et refoulé en arrière ; d'ailleurs, dès que le condyle est abaissé et refoulé en arrière, la contraction des muscles le remet en place ¹. Il est quelquefois nécessaire de commencer par un léger abaissement du menton qui dégage l'apophyse coronéide accrochée ou détend les ligaments longs postérieurs.

La réduction obtenue, il faut assurer l'immobilité de la mâchoire pendant quelques jours, afin de permettre la cicatrisation des parties déchirées et de prévenir les récidives.

Michelon et Gosselin ont obtenu la réduction d'une luxation de la mâchoire après quatre mois.

Luxations du sternum.

A un certain âge, le sternum ne forme qu'un seul os, mais pendant longtemps il est composé de trois pièces, la poignée, le corps et la pointe ou appendice xiphoïde, reliées entre elles par deux articulations qui peuvent être le siège de déplacements.

¹. Nélaton conseille d'exercer la pression non pas sur les molaires, mais sur les apophyses coronéides. Atti et Stromeyer ont imaginé des pinces à grosses branches qui peuvent saisir toute la mâchoire, et permettent d'exécuter aisément le mouvement de bascule qui consiste à abaisser les molaires et à relever le menton.

Les luxations du sternum sont fort rares, elles ont été décrites pour la première fois par Maisonneuve. Le corps du sternum se porte en avant de la poignée et chevauche au devant d'elle ; le ligament antérieur du sternum est déchiré et le ligament postérieur décollé. Très souvent plusieurs côtes sont luxées, et des désordres graves s'observent sur diverses parties du squelette.

Maisonneuve attribue ces luxations à une double pression exercée sur les deux extrémités du sternum, comme cela se voit dans les cas de chutes sur la nuque ou sur les épaules.

Symptômes. — Le signe principal consiste dans le relief formé par le corps du sternum ; au-dessus de lui se trouve une dépression due à la projection en arrière de la poignée. L'attitude du blessé est assez remarquable ; sa tête est renversée en avant, et la colonne vertébrale forme une saillie notable dans le point qui correspond à la luxation. Au moment de l'accident, le blessé a perçu un bruit de craquement, il éprouve une vive douleur au niveau des parties luxées.

On a également signalé la *dyspnée*, qui peut s'expliquer par la pression qu'exerce la poignée du sternum sur les organes thoraciques ; très souvent on a observé des désordres graves qui, indépendants de la luxation, doivent être attribués aux désordres viscéraux concomitants.

Cette luxation n'offre par elle-même que peu de gravité.

Traitement. — Pour réduire, il faut étendre le tronc et le renverser en arrière ; on cherchera en même temps, par des pressions dirigées de haut en bas et d'avant en arrière, à faire cesser le chevauchement et à refouler en arrière le corps du sternum ¹.

Luxations des côtes et de leurs cartilages.

Malgaigne a réuni six observations authentiques de luxation des côtes sur la colonne vertébrale ; elles coïncident avec des

¹. On connaît deux observations de luxation en arrière de l'appendice xiphoïde ; elles ont déterminé des vomissements.

délabrements considérables, n'ont été reconnues que sur le cadavre et n'offrent aucun intérêt clinique.

On a cité encore quelques faits qui semblent prouver la possibilité de la luxation des côtes sur leurs cartilages : mais ne s'agissait-il pas plutôt d'une véritable fracture ?

Une lésion plus certaine consiste dans le déplacement des cartilages costaux les uns sur les autres et dans leurs articulations avec le sternum ; Malgaigne conseille, une fois la luxation réduite, d'appliquer un bandage herniaire sur le cartilage déplacé.

Luxations des vertèbres.

La situation profonde des vertèbres, la force des ligaments qui les unissent, l'épaisseur des parties molles qui les protègent, tout concourt à rendre leurs déplacements fort rares. Cependant on possède des exemples bien avérés de luxations pures et sans fractures ; elles ont été surtout observées dans la région cervicale ¹.

On admet quatre variétés

}	A. Luxations de l'atlas sur l'occipital.
	B. Luxations de l'axis sur l'atlas.
	C. Luxations des cinq dernières vertèbres cervicales.
	D. Luxations des vertèbres dorso-lombaires.

A. LUXATIONS DE L'ATLAS SUR L'OCCIPITAL. — Tellement rares, que Richet en a nié l'existence. On en possède deux ou trois observations ².

B. LUXATIONS DE L'AXIS SUR L'ATLAS. — Un peu moins rares que les précédentes, elles se sont compliquées de fractures de l'apophyse odontoïde ; ces luxations ont toujours été produites par une flexion forcée de la tête ³ ?

1. Faut-il ajouter que le déplacement est partiel (une luxation entraînerait des désordres considérables), qu'il se complique très souvent de fractures, et que les lésions de la moelle, sans être constantes, sont très fréquentes et donnent à ces déplacements un haut degré de gravité.

2. La plus authentique est celle de Bouisson. Il s'agit d'un jeune homme dont la tête fut fortement fléchie en avant par le mouvement de bascule d'un tombereau ; il mourut instantanément, et, à l'autopsie, on constata que, du côté droit, la facette articulaire de l'atlas avait passé en avant du condyle de l'occipital, qui formait en arrière un relief de 2 centimètres.

3. On croyait jadis que les luxations de l'atlas ou de l'axis étaient constantes chez les

Anatomie pathologique. — La luxation peut s'effectuer en divers sens ; 1° *en arrière* : les ligaments qui fixent l'apophyse odontoïde se déchirent, ou bien l'apophyse se fracture à sa base ; dans les deux cas l'axis se porte en avant ; 2° *en avant* : on cite deux exemples douteux de luxations de l'axis en avant avec fracture de l'apophyse odontoïde ; 3° *sur les côtés* : variété plus rare encore, puisqu'on ne peut la prouver que par un fait de Broca, dans lequel il y avait déplacement latéral avec un certain degré de rotation et fracture de l'apophyse odontoïde.

Symptômes. — Les luxations de l'axis sont très rapidement et parfois *instantanément mortelles*, conséquence de la compression que l'apophyse odontoïde exerce sur le bulbe.

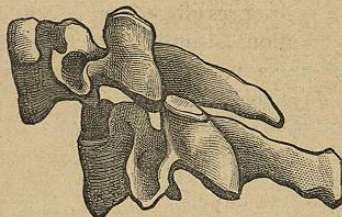


Fig. 63. — Luxation bilatérale en avant.

Mais dans certains cas où cette compression n'existait pas, la vie a été parfaitement compatible avec ce déplacement. La *déformation* consiste en un relief formé du côté de la nuque par l'apophyse épineuse de l'axis, et en une tumeur rétro-pharyngienne, constituée par la saillie de l'arc antérieur de l'atlas. Généralement *la tête fléchie en avant* a perdu tout soutien, le malade éprouve une douleur vive au niveau des parties luxées, et il survient fréquemment des paralysies plus ou moins étendues et des désordres graves dans la circulation et la respiration.

pendus, et que la pression exercée sur le bulbe par les vertèbres déplacées était la principale cause de la mort par pendaison ; mais ces luxations sont fort rares, si tant est qu'elles aient jamais été observées ; il faut les attribuer à certaines manœuvres du bourreau, qui, après avoir passé la corde autour du cou du malheureux patient, lui appuyait le pied sur la nuque, pour le repousser fortement en avant.

Traitement. — S'il n'y a pas de symptômes de compression de la moelle, gardez-vous de la moindre manœuvre : au contraire, immobilisez la tête dans un collier de gutta-percha ; mais s'il existe des symptômes de compression, vous avez tout intérêt à tenter la réduction.

C. LUXATIONS DES CINQ DERNIÈRES VERTÈBRES CERVICALES. — C'est encore une flexion forcée de la tête qui a produit la plupart de ces luxations¹.

Dupuytren professait à tort que ces luxations ne peuvent se produire sans fractures préalables ; le déplacement peut être bilatéral ou unilatéral ; il est complet lorsque tous les ligaments sont rompus, et incomplet dans le cas contraire. Les luxations bilatérales ont souvent lieu en arrière, c'est-à-dire que les vertèbres supérieures glissent au devant des vertèbres inférieures : si la luxation est unilatérale, une seule des apophyses articulaires passe au devant de l'apophyse correspondante ; la portion de la colonne vertébrale située au-dessus de la luxation a éprouvé un mouvement de torsion.

L'attitude de la tête est tout aussi remarquable, elle est fléchie en avant sur le sternum ; mais si la luxation est unilatérale, la tête est tournée, de telle sorte que la face regarde du côté opposé au déplacement.

Les troubles fonctionnels du côté de la moelle et des nerfs sont souvent mortels ; ils consistent en paralysies plus ou moins étendues.

Le pronostic est donc fort grave ; la mort instantanée ou rapide est occasionnée par les compressions de la moelle, les méningo-myélites, etc.

Traitement. — Les indications sont les mêmes que précédemment : s'abstenir, lorsqu'il n'existe pas de désordres médullaires, tenter la réduction si la moelle est comprimée ; c'est l'opinion de Malgaigne, qui conseille de faire fixer les épaules, de relever lentement la tête en la portant en arrière, et, lors-

1. Désault parle cependant d'un avocat qui se luxa des vertèbres cervicales en tournant brusquement la tête ; et Paletta a rapporté l'histoire d'un valet de pied auquel le même accident arriva à la suite d'une chute en arrière.

que l'extension est suffisante, de repousser en avant avec le genou la portion inférieure de la colonne cervicale.

D. LUXATIONS DES VERTÈBRES DORSO-LOMBAIRES. — Malgaigne a pu en réunir treize cas ; ces luxations se sont produites à la suite de chutes d'un lieu élevé sur le dos, ou par l'action d'un corps pesant tombant sur les reins ; elles sont toujours accompagnées de délabrements considérables.

Le déplacement a souvent eu lieu en avant, il s'est révélé par la saillie d'une vertèbre en arrière et par la dépression que forme au-dessus de cette saillie la vertèbre qui s'est portée en avant ; il se manifeste habituellement une *paraplégie* en rapport avec la compression de la moelle. Ces signes, il est vrai, appartiennent aussi bien à la fracture qu'à la luxation ; quant à la crépitation, qui indiquerait une fracture, il serait trop dangereux de la rechercher.

uxations de la clavicule.

Elles présentent trois variétés :

- | | |
|--|--|
| A. Luxations de l'extrémité interne. | } En avant ou pré-sternale.
En arrière ou rétro-sternale.
En haut ou sus-sternale. |
| B. Luxations de l'extrémité externe. | |
| . Luxations simultanées des deux extrémités de la clavicule. | |

A. Luxations de l'extrémité interne ou sternale de la clavicule.

1^o LUXATION EN AVANT OU PRÉ-STERNALE. — De toutes les luxations sterno-claviculaires, c'est la plus fréquente ; elle est produite par une forte projection de l'épaule en arrière qui a pour résultat de faire saillir en avant l'extrémité sternale de la clavicule et de déchirer les ligaments qui l'unissent au sternum ; les chutes sur le moignon de l'épaule en sont les causes ordinaires¹.

Anatomie pathologique. — Si la luxation est complète,

1. Boyer l'a vu produite chez une jeune personne, pendant qu'on lui portait brusquement les épaules en arrière pour l'habituer à se présenter avec grâce.

tous les ligaments sont rompus, la clavicule est placée en avant du sternum : on a même observé la déchirure du faisceau le plus interne du sterno-mastoïdien ; si la luxation est incomplète, les ligaments sont simplement distendus ou éraillés.

Symptômes. — La tête de la clavicule forme, au devant du sternum, une tumeur dure, arrondie, superficielle, qui partage tous les mouvements de l'épaule ; à sa place habituelle se trouve une dépression : ce sont là les conséquences naturelles



Fig. 64. — Luxation acromio-claviculaire en haut.

du déplacement de la tête de la clavicule qui s'est portée en bas, en avant et en dedans ; il en résulte une étroitesse de l'épaule correspondante. L'attitude du blessé est semblable à celle observée dans les fractures de la clavicule. Les troubles fonctionnels consistent en une douleur assez vive au niveau des parties luxées et en une gêne ou même une impossibilité de l'élévation du bras.

Dans les luxations incomplètes, ces symptômes sont à peine marqués.

Traitement. — Faites attirer l'épaule en dehors, tandis que

vos doigts pressent sur la tête de la clavicule et la repoussent en haut et en dehors. Il est souvent difficile de maintenir la réduction ; on pourrait immobiliser le membre avec l'appareil de Velpeau pour les fractures de la clavicule, et en même temps appliquer la pelote d'un bandage herniaire sur la partie luxée.

2^o LUXATION RÉTRO-STERNALE. — Niée par Petit et Boyer, l'existence de cette luxation se trouve prouvée par une dizaine de faits. Elle est produite par une projection forcée de l'épaule en avant (c'est-à-dire par un mécanisme inverse de celui qui produit la luxation pré-sternale), ou même par une pression directe exercée d'avant en arrière sur l'extrémité interne de la clavicule.

Anatomie pathologique. — La tête de la clavicule s'est placée soit directement en arrière du sternum, soit en arrière et en bas ; les ligaments et souvent les fibres du sterno-mastoïdien sont déchirés.

Symptômes. — Il existe une dépression au lieu du relief que présente normalement la tête de la clavicule ; l'axe de cet os semble se diriger vers le cou. L'attitude du blessé ressemble à celle des gens atteints de fractures de la clavicule ; la tête est inclinée vers l'épaule, l'épaule portée en avant.

Les troubles fonctionnels consistent en une douleur très vive qui, au moment de l'accident, a pu aller jusqu'à déterminer une syncope ; en une gêne de la déglutition, de la respiration ; dans un cas on a noté une compression de la sous-clavière, à un tel point que le pouls radial était peu saisissable (Cooper).

Traitement. — Pour réduire la luxation, portez l'épaule en arrière et en dehors pendant qu'avec le genou appliqué sur le dos vous maintenez le tronc et même vous le repoussez en avant. Cherchez à fixer le membre dans cette situation pour prévenir la reproduction du déplacement.

3^o LUXATIONS SUS-STERNALES. — On n'en connaît que deux exemples ; dans les deux cas, il fut très facile de constater la

présence de la tête de la clavicule au-dessus du sternum ; la réduction fut facile. Dans le cas de Sédillot, le déplacement se reproduisit et persista, mais sans gêne pour le malade.

B. *Luxations de l'extrémité externe de la clavicule.*

LUXATION EN HAUT OU SUS-ACROMIALE. — C'est la plus fréquente des luxations de la clavicule. Galien rapporte qu'il en fut lui-même atteint en s'exerçant au gymnase. La luxation peut être complète ou incomplète.

Étiologie. — Cette luxation se produit par une chute de côté, faite sur le moignon de l'épaule, surtout, suivant Morel-Lavallée, lorsqu'il existe une forte impulsion du tronc en avant, car l'omoplate est refoulé en bas et en dedans, et les facettes articulaires ont plus de tendance à s'abandonner.

Symptômes. — *L'extrémité de la clavicule forme une saillie considérable au-dessus de l'acromion ; si la luxation est incomplète, on n'observe qu'un léger relief, qui disparaît par l'élevation du bras, mais se reproduit aussitôt qu'il s'abaisse.* Dans les deux cas, le blessé éprouve une douleur vive à ce niveau, et son attitude ressemble à celle des individus atteints d'une fracture de la clavicule.

Diagnostic. — Il suffit de mesurer les deux clavicules pour ne pas confondre une luxation avec une fracture de cet os. L'aplatissement du moignon de l'épaule ne saurait faire croire à un déplacement dans l'articulation scapulo-humérale, car les mouvements de cette jointure sont conservés. Rappelons que chez certains individus, les clavicules forment, au-dessus de l'acromion, un relief considérable. L'existence de cette disposition des deux côtés écartera toute idée de déplacement.

Traitement. — La réduction est facile, puisqu'il suffit pour l'obtenir de presser sur la clavicule pendant que l'on élève le bras, mais la contention est malaisée ; il est vrai que la persistance du déplacement n'entrave en rien les mouvements du bras. Malgaigne conseille d'employer le simple tour-

niquet de J.-L. Petit ; la pelote sera appliquée sur le relief de la clavicule, la bande passera au-dessous de l'aisselle. Velpeau se bornait à placer le bras dans l'écharpe de Mayor.

2^o LUXATION SOUS-ACROMIALE. — Elle a été bien décrite par Morel-Lavallée, qui a pu en réunir quatre exemples.

La cause de cette luxation est une pression directe enfonçant la clavicule au-dessous de l'acromion.

L'acromion forme un relief considérable ; au-dessous de lui, vers la clavicule, existe une dépression qui diminue peu à peu à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité interne de la clavicule. L'épaule est aplatie, les mouvements du bras sont difficiles.

Traitement. — Pour réduire la luxation, attirez l'épaule en arrière et en dehors et cherchez à relever la clavicule ; la contention est aussi difficile que pour les autres luxations de la clavicule, les mêmes moyens peuvent être employés.

C. *Luxations simultanées des deux extrémités de la clavicule.*

Leur possibilité est attestée par deux exemples ; il n'y a rien de spécial à dire sur leur compte, car l'existence simultanée des deux déplacements ne modifie guère leur physiologie réciproque.

Luxations de l'épaule.

Les luxations de l'épaule sont à elles seules plus fréquentes que toutes les autres luxations réunies. Cette fréquence s'explique par le peu de profondeur de la cavité glénoïde, par la situation de l'épaule et du bras exposés à toutes les violences extérieures, et enfin par la longueur du levier représenté non seulement par l'humérus, mais encore par le membre supérieur tout entier.

Les luxations se produisent dans les points les moins protégés, c'est-à-dire en avant et en bas. En effet, en arrière, l'acromion descend assez bas pour rendre impossible toute luxa-