la tension des muscles qui s'attachent au bassin; le bassin sera entouré à l'aide d'un bandage de corps convenablement serré. La luxation, dans une foule de cas, ne pourra pas être réduite immédiatement, à cause de la douleur qu'éprouvent les malades. Il sera même prudent de ne pas faire de tentatives, afin de ne pas augmenter l'irritation déjà causée par une violence aussi considérable. Un traitement antiphlogistique, saignées générales et locales, devra être employé avec énergie au début de la maladie. D'ailleurs, comme le dit Boyer, on sera trop heureux d'obtenir la guérison au prix de ce que ce puisse être. On doit donc agir avec prudence. Énaux (1), dans l'observation qu'il rapporte, parle d'un courrier qui fit une chute de 40 pieds de haut, et se luxa l'os des iles; la luxation ne fut point réduite, et, lorsqu'on supposa que les accidents n'étaient plus à craindre, on fit marcher le malade avec des béquilles : peu à peu les parties luxées reprirent leur place. Énaux attribue ce phénomène au poids du membre. Au bout de trois mois, le blessé put reprendre son métier.

Après la guérison du malade, on devra, comme l'a fait Thomassin, lui faire porter un bandage qui lui maintiendra solidement le bassin, une ceinture de cuir fort par exemple, maintenue avec des sous-cuisses, et l'on ne devra se fier complétement à la consolidation des ligaments déchirés qu'au bout de six à huit mois.

ARTICLE XXVII.

LUXATIONS DU COCCYX.

J. L. Petit consacre un article assez long aux luxations du coccyx. Elles ont été mentionnées pour la première fois par Avicenne et décrites avec détails par A. Paré. Ce dernier parle de luxations en arrière survenues dans un accouchement laborieux. Cette lésion nous paraît bien difficile dans cette circonstance; le détroit inférieur du bassin nous semble assez large pour qu'il soit impossible, chez une femme bien conformée, que le coccyx puisse être repoussé en arrière. Ce ne serait donc que dans les bassins très-étroits et dont le sacrum aurait une courbure très-grande, que cette lésion pourrait être observée. Il admet encore des luxations en avant, suivies d'accidents très-graves à la suite de chute sur le siége. Dans ce dernier cas, on ne peut admettre de luxation. En effet, l'extrémité du coccyx se trouve portée en avant, mais n'est pas luxée, et les accidents que J. L. Petit a vus survenir doivent être attribués plutôt à la contusion qu'au déplacement du

(1) *Mémoires de l'Académie de Dijon*, p. 84.

coccyx. Doit-on s'en fier davantage aux cas rapportés par Job, Cuanmène, Turner et Ravaton, où les observateurs ont pu être induits à prendre pour une luxation une fracture du coccyx? Les observations plus récentes de Judes et de Léon Boyer laissent elles-mêmes plus d'un doute à ce sujet, et des autopsies bien faites pourront seules dans l'avenir éclairer cette question si longtemps controversée.

Voici les signes que l'on indique comme étant propres à cette luxation : douleur dans la région sacrée, augmentant par la toux, l'éternument; impossibilité de s'asseoir; le doigt introduit dans le rectum sent un vide ou une saillie à la région coccygienne. Enfin, chez quelques malades on a prétendu que des douleurs violentes et persistantes, auxquelles on a donné le nom de coccydynie, pouvaient être consécutives au déplacement aussi bien qu'à la fracture du coccyx survenus sous l'influence du traumatisme.

Boyer pense que cette maladie, qu'il est d'ailleurs peu disposé à admettre, se guérit d'elle-même, et que les parties reviennent facilement à leur place. Il écarte comme dangereux le principe de remettre le coccyx en place, disant que les manœuvres ne serviraient qu'à augmenter l'inflammation. Les résolutifs, les opiacés appliqués sur la partie douloureuse, le repos, lui paraissaient suffisants pour guérir le malade. J. L. Petit appliquait des compresses graduées pour ramener en avant le coccyx luxé en dehors. Enfin, dans les cas plus récents que nous avons cités, la réduction a été tentée et suivie de merveilleux résultats : instantanément les malades se déclarent guéris et retournent à leurs affaires, sans que jamais il se soit produit de récidives. Quelque encourageants que soient ces exemples, il est tout au moins difficile à penser qu'une luxation du coccyx, même complétement réduite, n'ait pas une certaine tendance à se reproduire, et il sera prudent, lorsqu'on fera lever le malade, de le faire asseoir sur un bourrelet, de telle sorte que le coccyx ne puisse appuyer sur aucun corps dur.

ARTICLE XXVIII.

LUXATIONS DE LA CLAVICULE.

Les luxations de la clavicule sont rares comparativement à ses fractures. Au dire de Bichat, celles-ci seraient aux premières dans le rapport de 6 à 1. A quoi tient cette différence? La clavicule est superficielle et participe aux violences exercées sur l'épaule et aux impulsions que subit le membre supérieur. Mais, d'une part elle est unie au sternum et à l'omoplate par des ligaments courts et résistants et, d'une autre

part, elle offre plusieurs courbures qui déterminent plus aisément la fracture que la luxation. Quoi qu'il en soit, la rareté de ces déplacements est réelle. Et il est, en effet, telle de leurs variétés dont nous possédons à peine trois ou quatre exemples; de telle sorte qu'on se trouve réduit à dire simplement ce qu'on a observé dans ces cas, se réservant de compléter l'histoire inachevée lorsque de nouveaux faits se présenteront. C'est le parti qu'ont pris les auteurs qui ont écrit sur les luxations de la clavicule, parmi lesquels nous mentionnerons d'une manière toute spéciale Morel-Lavallée, Sédillot, Baraduc, auxquels nous ferons de nombreux emprunts pour composer cet article.

Une première division des luxations de la clavicule se présente naturellement, à savoir : luxations de l'extrémité interne, luxations de l'extrémité externe. Chacune de ces espèces se divise en plusieurs variétés, sur le nombre desquelles les auteurs ne sont pas d'accord. Ainsi, J. L. Petit a admis, pour l'extrémité interne, une luxation en avant, une en arrière et une en haut; Boyer et Sanson, au contraire, n'ont voulu reconnaître que celle en avant. Quant à la luxation en bas, personne ne l'a décrite, personne ne l'a observée, et elle paraît impossible à cause de la présence du cartilage de la première côte, qui fixe la clavicule inférieurement, au point de ne permettre son déplacement dans ce sens qu'après une fracture. Pour abréger l'énumération de ces variétés, nous allons les présenter dans le tableau suivant, peu différent de celui que Morel-Lavallée a tracé dans son Mémoire sur les luxations de la clavicule :

1° Luxations de l'extrémité interne :
- 1° En avant. Pré-sternale.
- 2° En arrière. Rétro-sternale.
- 3° En haut. Sus-sternale.

2° Luxations de l'extrémité externe :
- 1° Sus-acromiale.
- 2° Sous-acromiale.
- 3° Sous-coracoïdienne.

3° Luxations des deux extrémités à la fois ou doubles.

Elles sont complètes ou incomplètes.

Voilà les luxations dont on possède des exemples authentiques. Nous allons les étudier dans l'ordre du tableau ci-dessus.

§ 1. — Luxation de l'extrémité interne de la clavicule.

1° *Luxation en avant.* Cette luxation, niée par Duverney, contestée par Portal, et considérée comme la plus commune par Samuel Cooper, est la seule, avons-nous dit, que Boyer et Sanson regardent comme démontrée. Sans être aussi commune que la sus-acromiale, quoi qu'en ait dit le chirurgien anglais, elle l'est certainement plus que la luxation en arrière et que la luxation en haut.

Anatomie pathologique. — Si la luxation est complète, tous les ligaments sont rompus, et la clavicule passe en avant du sternum avec le fibro-cartilage interarticulaire. La portion interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien est refoulée en bas, et peut être déchirée, notamment dans les cas où elle prend insertion sur l'articulation elle-même. Si la luxation est incomplète, la capsule fibreuse est simplement distendue, éraillée.

Étiologie et mécanisme. — Les causes les plus ordinaires sont une chute sur le moignon de l'épaule; une chute sur le coude écarté du corps (S. Cooper), en un mot toutes les violences qui tendent à porter l'épaule en arrière et un peu en haut. Boyer l'a vue produite sur une jeune personne pendant qu'on lui portait brusquement les épaules en arrière pour l'engager à se présenter avec plus de grâce; et sur un jeune homme, sous l'influence de la même cause, pendant que le tronc était repoussé en avant par un genou appuyé entre les épaules. Desault l'a vue survenir chez un fort de halle, par la pression brusque de la bretelle d'une hotte pesante qui glissait de son support dans un moment de repos, et qu'il s'efforçait de retenir. Richerand cite le cas d'un maçon qui tomba d'un lieu élevé avec le fardeau qu'il portait, et se fit ainsi une luxation en avant. Sanson en a cité un autre exemple chez un homme qui avait été fortement pressé entre une voiture et une muraille, et Mélier chez un enfant qui, au moment de la brusque rencontre de deux voitures marchant en sens opposé, allait être lancé à terre par la secousse du cabriolet et fut retenu par le bras. J'en ai moi-même observé un cas où elle était produite par un éboulement de maçonnerie sur le moignon de l'épaule.

Quel est le mécanisme qui préside à la production de cette luxation? Il faut, suivant Boyer, que la clavicule vienne toucher la première côte, qui lui fournit à son milieu un point d'appui et la transforme en un levier du premier genre. Ce contact, ainsi que le fait observer Morel-Lavallée, est bien plus propre à empêcher la luxation qu'à favoriser sa production. La clavicule est bien un levier du premier genre; mais son point d'appui est à la partie postérieure de la facette du sternum, la résistance aux ligaments antérieurs, tandis que la puissance agit sur son extrémité scapulaire. Tous les efforts tendant à porter les épaules en arrière au delà des limites naturelles font basculer en avant l'extrémité sternale; celle-ci déchire les ligaments antérieurs et s'échappe en avant.

Symptomatologie. — Le malade a éprouvé, au moment même de l'accident, une douleur vive, mais passagère, répondant à l'articulation sterno-claviculaire. Cette douleur est réveillée par les mouvements du bras, qui sont pénibles et bornés, surtout dans l'adduction combinée avec l'élévation. L'attitude du blessé est tout à fait semblable

à celle qu'il a dans les cas de fracture de la clavicule; la tête est inclinée du côté luxé et l'épaule est portée en arrière. Une tumeur arrondie, dure, superficielle, répondant aux mouvements du scapulum, fait saillie au-devant du sternum, sur lequel elle peut descendre à 3 ou 4 centimètres au-dessous de la fourchette : c'est la tête de la clavicule elle-même, qui a quitté sa cavité articulaire; et à la place du relief incompressible qui déborde cette cavité, on trouve une dépression ou un défaut de résistance. La clavicule, suivant Morel-Lavallée, est constamment dirigée *en avant et en bas*, jamais en avant seulement ou en avant et en haut; c'est là un fait constant. Ce déplacement a lieu, non-seulement en avant, mais encore en *dedans*. L'extrémité interne de la clavicule s'est donc portée en avant, en bas et en dedans. Autour de la clavicule se réfléchit le faisceau interne du sterno-cléido-mastoïdien, pendant que l'externe, dévié en avant et en dedans, est devenu plus saillant. Les creux sus- et sous-claviculaires sont plus profonds que dans l'état normal; le premier est élargi aux dépens du second. Enfin, il est un signe indiqué par A. Cooper; c'est l'étroitesse de l'épaule, qui se trouve plus rapprochée du sternum.

Tels sont les signes de la luxation complète en avant. Dans la luxation incomplète, la plupart de ces signes font défaut, ceux entre autres qui dérivent du déplacement en dedans. Au niveau de la fossette sternale, on trouve une petite tumeur dure, à peu près indolente, sans changement de couleur à la peau, se continuant avec la clavicule, augmentant quand on repousse en arrière l'extrémité scapulaire de cet os, et *vice versâ*. Suivant Malgaigne, et d'après un cas qu'il a observé en 1838, la clavicule était portée en haut en même temps qu'en avant, déplacement que l'auteur explique en rappelant que la cavité sternale regarde à la fois en haut, en dehors, et même un peu en arrière.

Diagnostic. — On conçoit difficilement qu'on ait pu confondre cette luxation avec une exostose. Boyer, cependant, dit que cette méprise a été commise. L'abaissement de la clavicule luxée, les antécédents et enfin la réductibilité ne permettront pas cette erreur. Il existe un caractère infaillible pour la distinguer de la fracture de l'extrémité sternale, c'est le suivant : Dans la luxation, les deux clavicules ont la même longueur, tandis que dans la fracture le fragment externe est nécessairement plus court que la clavicule opposée. Néanmoins, la complication d'une fracture, divisant en deux la tête claviculaire, pourrait amener quelques doutes. Ainsi M. J. Cloquet a rencontré sur le cadavre une luxation où la tête de l'os, divisée par une fracture verticale, s'était échappée une moitié en avant, l'autre moitié en arrière, les deux fragments formant une espèce de fourche qui embrassait ainsi l'extrémité supérieure du sternum. Le fragment antérieur faisait corps avec le

reste de la clavicule, le postérieur en était détaché et avait entraîné avec lui le fibro-cartilage en arrière.

Notons enfin la méprise d'un chirurgien sans doute peu renseigné, qui prit pour une luxation un gonflement inflammatoire de l'extrémité sternale de la clavicule.

Le pronostic de ces luxations est peu grave. Elles se réduisent très-bien, et, lors même qu'elles ne sont pas bien contenues, il reste une simple difformité, et les mouvements se rétablissent parfaitement.

Traitement. — Réduire d'abord la luxation, la maintenir réduite : voilà toutes les indications à remplir. Pour réduire, on saisit les deux épaules de manière à les porter en arrière et en dehors. On complète la réduction en exerçant une pression directe sur la tête de la clavicule, que l'on repousse en dehors, en haut et en arrière. Si cette manœuvre ne réussissait pas, on pourrait faire attirer fortement l'épaule en dehors par un aide, dont une des mains, placée dans l'aisselle, embrasserait la partie supérieure de l'humérus, tandis que l'autre, agissant sur son extrémité inférieure, la ferait basculer. Cette réduction est généralement très-facile; mais le déplacement se reproduit avec une extrême facilité. C'est pour cette raison que l'on est obligé d'assujettir les os dans leurs rapports normaux, à l'aide d'un appareil approprié. Nous ne parlerons ici ni du cornet de Brasdor, ni du bandage de Desault, ni du moule de fer-blanc à l'aide duquel Wiseman comprimait à la fois les deux clavicules. Ces divers appareils sont aujourd'hui tombés dans l'oubli. Celui de Mélier est une espèce de compresseur mécanique, venant appuyer d'avant en arrière, et d'une manière permanente, contre la tête de la clavicule. Cet appareil a très-bien réussi dans le cas cité par ce chirurgien; mais il ne laisse pas que d'être assez compliqué. Je lui ai substitué le simple bandage herniaire anglais, dont le ressort passe sous l'aisselle du côté sain, dont la pelote postérieure porte sur l'épine dorsale, et dont la pelote antérieure appuie directement sur l'extrémité déplacée de l'os. Le bras du côté malade est fixé près du tronc à l'aide d'une ceinture. Ce moyen nous paraît mériter la préférence, à cause de sa sûreté et de sa simplicité. Parmi les autres appareils de contention, nous mentionnerons seulement le bandage dextriné de Velpeau et l'appareil de M. Péan que nous avons décrit à propos du traitement des fractures de la clavicule; bandage et appareil dont une habile application pourrait aussi satisfaire aux indications que présente ce déplacement. Mélier a fait porter son compresseur mécanique pendant trois mois, et la malade, examinée longtemps après, ne présentait aucune trace de récidive. Deux mois de compression et d'immobilité nous ont paru suffisants; peut-être même pourrait-on, tout en conservant le bandage, faire exécuter au bras et à l'épaule de légers mouvements qui préviendraient pour l'avenir toute roideur articulaire.

2° *Luxation en arrière.* L'histoire de cette luxation est restée longtemps inconnue. J. L. Petit disait qu'on l'avait faite d'imagination plutôt que d'après nature. Nous avons vu que Boyer la regardait comme impossible. Admise par Desault et par A. Cooper, elle fut jugée très-difficile par Sanson, et enfin M. Laugier, acceptant les idées de Boyer, a écrit que cette luxation « trouve un obstacle presque insurmontable » dans la résistance des ligaments costo-claviculaire et rayonné, celle » des muscles trapèze et rhomboïde, dont la contraction s'opposerait à » un mouvement en avant de l'épaule, suffisant pour la produire ». (*Dict.* en 30 vol., CLAVICULE.) Malgré toutes ces raisons, la luxation en arrière existe réellement, et son histoire repose sur une douzaine de faits bien observés. Le premier cas a été vu dans une autopsie par Duverney, qui cependant la réputait impossible; le second, par Pellieux (*Revue médic.*, 1834); le troisième, par Macfarlane, chirurgien de l'infirmerie royale de Glasgow; le quatrième se trouve rapporté dans la *Gazette médicale*, 1836, qui l'a emprunté à la *Revue des hôpitaux de Londres;* un cinquième est dû à M. Baraduc; par un hasard singulier, Morel en a rencontré quatre cas, qu'il a très-bien décrits dans son mémoire; un autre exemple se trouve dans la *Gazette médicale de Londres*, 1841. Enfin trois derniers cas ont été observés par Foucard, par Magaigne et par Mackensie (d'Édimbourg).

CAUSES et MÉCANISME. — Cette luxation, qui n'a été trouvée incomplète que dans un seul cas, et qui semble être plus commune chez les hommes que chez les femmes, est ordinairement produite par une impulsion forcée de l'épaule en avant, par conséquent d'une manière indirecte. Dans un cas, ce déplacement s'est opéré par une traction violente de la main en avant, le tronc étant retenu en arrière. A. Cooper dit ne l'avoir jamais vue produite par une violence extérieure directe; le seul cas qu'il en connaisse, dit-il, lui a été communiqué par deux de ses confrères. Chez une jeune fille, par suite d'une déformation considérable du rachis, le scapulum avait été porté en avant, et ne laissait plus assez d'espace pour que la clavicule pût être contenue entre cet os et le sternum, derrière lequel l'extrémité interne de la clavicule avait glissé peu à peu sous l'influence de cette pression.

Dans certains cas exceptionnels, cependant, une violente pression, agissant directement d'avant en arrière, peut produire cette luxation; témoin le fait rapporté par Spanda dans la *Gazette médicale de Londres.* Un homme montait un cheval qui s'abattit, et qui, en se relevant, appuya un de ses pieds sur la clavicule droite de cet homme, et produisit une luxation en arrière. La luxation dont Pellieux a donné l'observation reconnaissait également pour cause une violence directe.

Enfin, dans trois cas, il y a eu une double pression agissant à la fois, et en sens inverse, du côté sain sur la poitrine et du côté malade sur le

moignon de l'épaule : témoin le maçon de H. Rodrigues, qui fut ainsi pressé contre un mur par un timon de voiture, l'épaule gauche portant sur le mur par sa partie postérieure et le limon appuyant sur le côté droit de la poitrine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la maladie a été produite brusquement, les ligaments, et surtout le postérieur, sont rompus et détachés de leurs insertions, le sterno-mastoïdien est déchiré et la tête de l'os, portée tantôt en dedans, tantôt en dehors et en bas, est appuyée contre la face intra-thoracique du sternum; mais quand la luxation s'est opérée peu à peu, sous l'influence d'une cause lente, les parties molles articulaires ne sont qu'allongées.

Le degré de chevauchement est variable et quelquefois difficile à préciser. Ainsi, M. Baraduc l'a évalué à deux ou trois lignes, A. Bérard à un travers de doigt et Morel à dix lignes. Quant à nous, en présence de procédés de mensuration trop incertains et de résultats aussi dissemblables, nous faisons nos réserves.

Enfin il ne faut pas omettre un dernier phénomène signalé par Morel chez deux blessés, savoir : la saillie en dehors de l'extrémité acromiale de la clavicule, saillie que déterminait sans doute l'enfoncement de l'autre extrémité.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au moment de l'accident, une douleur extrême se fait sentir à la base du cou, douleur qui peut aller jusqu'à la syncope, jusqu'à la suffocation même, et s'accompagne ordinairement de la sensation d'un corps qui presse à la partie supérieure de la poitrine. Quelquefois il y a gêne de la déglutition, en même temps que de la respiration; ainsi, dans le fait de M. Davie, la clavicule déplacée comprimait l'œsophage et empêchait la déglutition au point que le malade était tombé dans une maigreur extrême. Suivant Pellieux, les accidents de compression sur la trachée, l'œsophage, les gros vaisseaux, etc., indiqués ou plutôt appréhendés par J. L. Petit, reconnaîtraient pour cause la déchirure complète du sterno-mastoïdien à son insertion claviculaire; ils manqueraient dans le cas de déchirure incomplète de ce muscle. Nous croyons cette explication contestable; nous pensons que c'est plutôt à l'étendue du déplacement de la clavicule qu'il faut rapporter ces symptômes; et, en effet, c'est à la luxation en haut qu'appartiennent ces accidents, qui, au surplus, ne sont qu'exceptionnels et en général peu prononcés.

L'attitude est à peu près la même que dans la fracture de la clavicule; la tête est droite ou légèrement inclinée du côté malade; du côté opposé, l'épaule est ordinairement à son niveau accoutumé; quelquefois cependant elle est abaissée directement ou portée en bas et en avant; presque toujours elle est rapprochée de la ligne médiane, le bras est pendant, l'avant-bras demi-fléchi sur la poitrine et soutenu par la

main du côté sain. Il y a un peu de gêne et de lenteur dans les mouvements du cou. Ceux des doigts, du poignet et du coude sont libres; la main peut être facilement portée à la tête par la seule contraction musculaire, pourvu que dans ce mouvement le coude se dirige en même temps en arrière; car s'il se porte en haut et en même temps en avant, la douleur se fait sentir d'une manière assez vive pour gêner, sinon pour empêcher tout à fait le mouvement.

Dans la luxation en arrière, la direction de la clavicule varie suivant que l'extrémité sternale de la clavicule se porte en même temps en bas ou en haut. Ce sont là des sous-variétés qui présentent des caractères différents.

Ainsi, dans la luxation *en arrière et en bas*, il y a inclinaison de l'os en arrière et en bas, inclinaison tellement prononcée, que celui-ci semble traverser le cou par le milieu. C'est là la cause de cette illusion qui exagère le déplacement réel. La clavicule est fixe dans sa position vicieuse; l'épaule, immobile, n'obéit à aucune impulsion; mais si on la tire fortement en arrière et en dehors, la luxation se réduit; dès qu'on cesse de la maintenir, elle se reproduit ou se transforme en une luxation en arrière et en haut. Le relief que forme normalement l'extrémité interne de la clavicule est effacé; à sa place il existe une dépression plus ou moins douloureuse au toucher; l'extrémité scapulaire fait, au contraire, une saillie notable au-dessus de l'acromion. Ce dernier signe est important, car il dirige dans la réduction et il est constant. Il a été noté pour la première fois par Morel-Lavallée. Enfin, si le sujet est maigre, on peut sentir directement avec le doigt l'extrémité articulaire située derrière le sternum et la suivre jusqu'au corps de l'os.

Dans la luxation *en arrière et en haut*, il y a au contraire mobilité de l'os, dont l'extrémité forme au-dessus de la fourchette sternale une tumeur dure, arrondie, répondant à chaque déplacement oblique de l'épaule par un déplacement en sens inverse. Cette sous-variété de la luxation se réduit aisément, mais se reproduit de même. C'est à elle que semblent plus spécialement se rattacher les accidents précédemment indiqués.

Diagnostic. — La luxation en haut et en arrière est en général facile à reconnaître. Quant à la luxation en arrière et en bas, il suffira d'un des signes suivants, qui sont véritablement caractéristiques, pour empêcher toute méprise : rétrécissement de l'épaule, vide au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, saillie de l'extrémité externe. Le vide de la fossette sternale et la fixité de l'os empêcheraient de la confondre avec une fracture de l'extrémité interne de la clavicule. Cependant A. Bérard a vu une de ces fractures qui s'était opérée, par une sorte d'écrasement, avec pénétration réciproque des fragments, comme on le voit pour les solutions de continuité de l'extrémité inférieure du radius,

et simulait si bien la luxation qu'il y eut méprise de la part du chirurgien. Il suffit d'être prévenu de cette cause d'erreur pour l'éviter.

Mais il est autrement difficile de distinguer si la luxation est complète et s'il y a ou non chevauchement. Le seul signe auquel on puisse, pour le diagnostic, accorder quelque confiance est le résultat accusé par la mensuration, et celle-ci ne pourra être qu'inexacte si l'on ne parvient à placer symétriquement les deux épaules.

Pronostic. — La gravité de ces luxations varie suivant l'étendue du déplacement et la violence de la cause qui l'a produit; on comprend, en effet, que celle-ci, agissant à la fois sur l'articulation sterno-claviculaire et sur les parties molles circonvoisines, pourra déterminer des complications variées, telles que contusions, épanchement de sang, etc. Il ne faut pas s'exagérer les craintes touchant la compression des vaisseaux sanguins et aérifères; non réduite, la luxation persiste à l'état de simple difformité, qui ne gêne nullement les fonctions du membre. Après deux mois, le malade d'A. Bérard avait repris l'amplitude et la force de tous ses mouvements, sauf peut-être celui qui consiste à porter l'épaule en arrière. Il ne restait donc que la difformité, et, chez un malade dont Gaubric a recueilli l'observation à la Pitié, la luxation a pu passer inaperçue. Ajoutons toutefois qu'après deux ans le malade de Foucart était encore gêné lorsqu'il se livrait à des travaux pénibles.

Traitement. — On réduit facilement la luxation en haut en portant le coude en avant, en dedans et en haut; celle en bas, en portant l'épaule en bas et en arrière, tandis qu'on fait la contre-extension avec une alèze dont le plein porte sur l'aisselle du côté malade. On pourrait également porter les épaules en arrière avec les mains en soutenant le tronc avec le genou. La contention est plus difficile, car on n'a pas ici la ressource de comprimer directement la tête de l'os d'arrière en avant. Les appareils de Desault et de Boyer ont été souvent employés et ont fourni, suivant Pellieux, Baraduc et Spender, des cures complètes et exemptes de toute difformité. Jourdan s'est contenté une fois du repos au lit sans aucun appareil. Arnould a tenu l'avant-bras plié derrière le dos. Enfin Lenoir a obtenu une fois une bonne contention au moyen d'un huit de chiffre fait avec une alèze pliée en cravate, dont chaque anneau embrassait l'épaule correspondante, et venait se croiser sur un coussin placé au milieu du dos; un bandage de corps fixait le coude sur la poitrine. Mais quel que soit l'appareil qu'on adopte, il est bon de maintenir l'immobilité pendant cinq à six semaines. Au bout de ce temps, on prendra soin d'exercer le bras et l'épaule de façon à combattre les roideurs articulaires qui pourraient se manifester.

Si le déplacement était dû à une déviation du rachis, comme dans le cas cité par A. Cooper, si par exemple la tête de l'os pressait sur la trachée et que les accidents compromissent la vie, devrait-on, à