

l'exploration directe) les fibres musculaires sont insérées sur tous les points de la surface osseuse : aussi les fragments sont-ils maintenus en place sans aucune tendance à l'écartement. Dans les fractures de l'omoplate, il n'existe donc pas de déformation appréciable ; à première vue on croirait volontiers à une contusion simple, mais en appliquant une main à plat sur la région et en imprimant de l'autre des mouvements au bras, on perçoit aisément la crépitation, et une crépitation d'autant plus bruyante que la fracture est en général étoilée et composée d'un certain nombre de fragments. L'erreur serait cependant possible, si l'on avait par hasard affaire à un sujet préalablement atteint du bruit de frottement sous-scapulaire, la crépitation étant le seul signe réel des fractures de l'omoplate.

L'immobilisation à l'aide de l'écharpe double convient parfaitement à cette fracture.

L'omoplate peut être affectée de diverses lésions inflammatoires ou organiques. Toutefois, l'ostéite et la carie y sont rarement observées. Je n'ai rien d'intéressant à signaler sur ce point.

Les tumeurs y sont un peu plus communes (je ne parle pas ici des tumeurs superficielles dont les caractères sont identiques dans toutes les régions). On y trouve des lipomes profonds, sous-musculaires, des fibromes et surtout des ostéo-sarcomes. J'ai publié une observation dans laquelle l'omoplate farcie d'hydatides dut être réséquée en totalité (1).

Ces tumeurs ne présentent d'ailleurs aucun signe propre à la région qu'elles occupent. Le praticien éprouve toujours, surtout au début de l'affection, les mêmes difficultés de diagnostic ; l'adhérence à l'os est un signe d'une haute valeur et, suivant que la marche aura été plus ou moins rapide, il y aura de fortes présomptions en faveur d'un fibrome, d'un sarcome ou d'un carcinome.

On doit les enlever le plus tôt possible pour éviter la générali-

(1) Il s'agissait d'une femme jeune, très bien portante jusqu'alors, entrée à l'hôpital pour une forte contusion de l'épaule gauche. Un abcès se forma et resta fistuleux au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; d'autres fistules se produisirent et nécessitèrent la résection totale de l'omoplate. Je trouvai cet os criblé d'hydatides. A l'occasion de cette malade, j'exprimai pour la première fois cette idée tout d'abord singulière, mais confirmée depuis par de nombreux exemples, que les kystes, hydatiques, même viscéraux, reconnaissent ordinairement pour cause déterminante un traumatisme antérieur.

sation et aussi le traumatisme résultant de l'ablation d'une tumeur volumineuse de l'omoplate. S'il s'agit d'un ostéo-sarcome, la résection de l'os est indispensable ; une résection partielle suffit au début, mais plus tard il faudra pratiquer une résection totale, ou s'abstenir de toute intervention.

La *résection totale de l'omoplate* est difficile. Le procédé opératoire dont je fis usage pour la malade atteinte de kystes hydatiques est le suivant dans ses lignes essentielles : pratiquer une incision verticale parallèle au bord spinal ; une incision horizontale partant de la première et parallèle à l'épine ; disséquer les deux vastes lambeaux résultant de ces incisions ; découvrir les fosses sus et sous-épineuses ; libérer le bord spinal, le bord supérieur, l'angle inférieur et le bord axillaire. L'omoplate ne tenant plus que par son angle antérieur, le détacher de ses connexions avec la clavicule et la tête de l'humérus.

C. Affections chirurgicales de la région scapulo-humérale. — La région scapulo-humérale est essentiellement constituée par l'articulation de ce nom ; il y faut ajouter les parties molles périphériques et les saillies osseuses de voisinage : acromion, apophyse coracoïde.

Les affections de cette région sont fréquentes, d'un diagnostic souvent délicat, et méritent d'attirer toute l'attention du praticien.

Je passerai successivement en revue : les traumatismes, les affections inflammatoires et les lésions organiques.

1° TRAUMATISMES DE LA RÉGION SCAPULO-HUMÉRALE.

Le plus simple examen et les renseignements fournis par le malade vous permettent de reconnaître immédiatement s'il s'agit d'une plaie de l'épaule ou d'une contusion.

Supposons d'abord qu'il s'agit d'une plaie.

Les *plaies du moignon de l'épaule* sont communes ; ce sont le plus souvent des plaies produites par un coup de couteau dans une rixe. On y observe aussi des plaies par arme à feu. Ces dernières peuvent intéresser seulement les parties molles ou bien atteindre le squelette. Lorsque les os sont fracassés par une balle ou un éclat d'obus, la lésion rentre dans le cadre des fractures compliquées.

En présence d'une plaie de l'épaule, la principale préoccupation du praticien doit être celle-ci : l'instrument vulnérant a-t-il ou n'a-t-il pas atteint l'articulation ? La solution n'est pas toujours facile, car il est imprudent pour s'éclairer sur ce point de faire des explorations profondes avec le stylet : mieux vaut alors rester dans le doute et se comporter comme si la plaie était pénétrante. Le siège précis et la direction de la plaie fourniront à cet égard des renseignements précieux. Si la plaie laissait écouler de la synovie, il y aurait à peu près certitude ; je dis à peu près, l'épaule étant entourée de bourses séreuses qui peuvent, en cas de blessure, donner naissance à un écoulement de sérosité.

Une plaie de l'épaule s'accompagne parfois d'emphysème sous-cutané. Ce signe est capable de jeter tout d'abord quelque trouble dans l'esprit : on songe naturellement tout de suite à une plaie pénétrante de poitrine, et la chose est à la rigueur possible ; une lame étroite très obliquement dirigée peut en effet traverser la paroi antérieure de l'aisselle, aller du moignon de l'épaule dans le thorax et blesser le poumon, j'en ai eu cette année un exemple dans mon service, mais l'erreur ne saurait être de longue durée : dans la plaie simple, l'air est infiltré seulement au pourtour de la plaie et ne gagne pas la paroi thoracique ; il est rapidement résorbé et l'emphysème ne reparait plus. Le blessé ne présente d'ailleurs aucun des autres signes propres aux plaies pénétrantes de poitrine. Cette légère complication provient de ce qu'une petite quantité d'air a pénétré dans la plaie rendue béante par les mouvements de l'épaule.

Le traitement de ces plaies est des plus simples : quelques points de suture avec drainage, si elles sont larges et profondes ; occlusion avec du collodion, si elles sont étroites.

En cas de blessure par arme à feu, s'il existe seulement un trou d'entrée, le projectile siège presque certainement dans la plaie (1).

(1) C'est extrêmement probable, mais ce n'est pas certain, et en voici la preuve. Pendant la guerre de 1870-71, M. L... avait reçu une balle dans l'épaule gauche au combat de Beaune-la-Rolande. Il n'existait qu'un trou et le stylet conduisait directement sur la tête de l'humérus. Survinrent des phénomènes d'arthrite d'une extrême violence, et mon ami le Dr Témoign, de Nérondes, réclama mon intervention. Une large incision nous permit d'arriver sur l'os. Ce dernier présentait une profonde dépression au fond de laquelle devait sans doute se trouver la balle, et nous jugeâmes la résection indispensable. Avant de procéder au pansement, je sciai la tête de l'humérus, croyant rencontrer la balle dans son épaisseur. Elle n'y était pas. J'explorai avec le plus grand soin tous les abords de la plaie opératoire et ne trouvai rien. M. L... se porte aujourd'hui très bien et on n'a jamais vu trace de projectile. Qu'était-

Vous en devez rechercher la présence par le palper et à l'aide du stylet. Une fois reconnu, il sera facilement enlevé, s'il occupe les parties molles : mais il n'en est pas ainsi de l'enclavement du projectile dans la tête de l'humérus. Cet accident donne lieu à des indications spéciales. Il survient en effet le plus souvent dans ces cas une ostéo-arthrite scapulo-humérale suraiguë, et la résection s'impose rapidement. Cette inflammation consécutive est même si probable que je suis d'avis, lorsque la tête de l'humérus a été fracturée (et la fracture est en général comminutive) par une arme à feu, d'en pratiquer la résection immédiate, d'une façon en quelque sorte préventive, sans attendre le développement des accidents.

La région ne présente pas de plaie. Le malade a subi une violence quelconque, il se plaint de l'épaule, accuse une impuissance plus ou moins grande du bras : de quelle lésion est-il atteint ?

Commencez par le faire déshabiller et mettez les deux épaules à nu de façon à les pouvoir comparer entre elles. Si le blessé est couché, à moins de circonstances tout à fait spéciales, faites-le lever ; asseyez-le sur une chaise exposée à une bonne lumière, de manière à pouvoir explorer les divers côtés de la région. On examine très incomplètement un traumatisme de l'épaule sur un sujet couché dans son lit.

Après vous être informé du mode d'accident : chute sur le moignon de l'épaule ; chute sur le coude, le bras étant écarté ou rapproché du tronc ; coup reçu directement sur la région ; violente contraction musculaire, procédez à l'examen direct par la vue, par le toucher, afin de constater les signes que j'indiquerai plus loin comme propres à chacune des affections de l'épaule.

Voici l'ordre que doit suivre en quelque sorte mentalement le praticien dans cet examen.

il devenu ? A la rigueur, une balle peut sortir seule par le trou d'entrée sans que le blessé en ait conscience, par suite de contractions musculaires énergiques ou d'une attitude très déclive, mais, lorsqu'elle a pénétré dans une tête d'os, ce mécanisme est impossible à invoquer.

Un second fait que j'observai à la même époque me paraît donner la véritable explication du phénomène. On m'apporta à l'ambulance un soldat qui la veille avait reçu une balle à la face antérieure de la cuisse. J'explorai la plaie avec un stylet et n'arrivai pas à sentir de projectile. Je demandai aussitôt à voir le pantalon que portait l'homme pendant le combat : or le pantalon n'était pas troué. Le vêtement avait donc été refoulé par la balle et en déshabillant le blessé on avait en même temps retiré le projectile.

La première question à résoudre est la suivante : Existe-t-il une luxation de l'épaule ? C'est le point capital. Il est sans doute important de distinguer une contusion simple d'une fracture de la tête humérale, mais en définitive une erreur de diagnostic ne causerait dans ce cas qu'un léger préjudice au malade. Songez au contraire aux conséquences d'une luxation de l'épaule méconnue ! Nous n'en avons que trop souvent des exemples sous les yeux.

Le blessé n'a pas de luxation. Est-il atteint de fracture ? Où siège cette fracture ?

Il ne présente ni luxation ni fracture ; c'est alors une contusion simple, ou bien une entorse, ou encore une rupture musculaire, ce que la cause de l'accident permettra presque à elle seule d'élucider.

Procédez donc par exclusion dans le diagnostic des traumatismes de l'épaule et ne concluez qu'après avoir éliminé méthodiquement la luxation et la fracture.

Voyons maintenant les signes à l'aide desquels le praticien saura reconnaître ces diverses lésions et commençons par la plus importante d'entre elles, par la luxation.

a. *Luxation de l'épaule.* — Trois points sont à résoudre :

Existe-t-il une luxation ?

Quelle est l'espèce de luxation ?

Quel traitement convient-il d'employer ?

Existe-t-il une luxation ? — A part les rares circonstances dans lesquelles la luxation s'est produite par contraction musculaire, et ce sont en général des luxations récidivantes, le blessé est le plus souvent tombé directement sur le moignon de l'épaule ou bien sur le coude, le bras étant écarté du tronc, et depuis ce moment il est en proie à de vives douleurs et dans l'impossibilité absolue de se servir du membre.

Le malade bien placé devant vous, comparez les deux épaules : la *déformation* du côté luxé est en général des plus apparentes, si apparente souvent qu'elle suffit à elle seule pour permettre à un praticien un peu exercé d'affirmer le diagnostic. Elle consiste en un aplatissement du moignon de l'épaule représenté fig. 58. Cet aplatissement tient à ce que la tête de l'humérus, ayant abandonné la cavité glénoïde, ne sous-tend plus les fibres musculaires du deltoïde ; ce muscle est affaissé et se laisse déprimer.

Au lieu d'une surface arrondie se continuant insensiblement sans ligne de démarcation bien nette avec la partie inférieure du cou, il existe au contraire au niveau du bord externe de l'acromion un ressaut brusque, une sorte d'arête sur laquelle la peau se réfléchit presque à angle droit. Cette disposition est surtout très marquée chez les sujets maigres. L'acromion forme alors

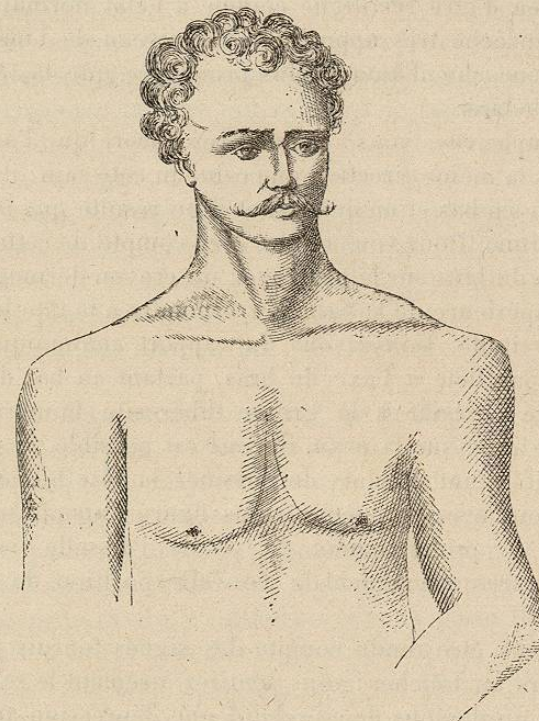


Fig. 58. — Représentant la déformation du moignon de l'épaule et celle du bras dans la luxation scapulo-terminale en dedans.

une véritable épaulette, et cette déformation caractéristique devient des plus visibles, même à travers les vêtements.

Une épaisse couche de graisse double-t-elle la peau, comme chez certaines femmes, ce signe est beaucoup moins prononcé ; il peut être même à peine appréciable, et c'est principalement dans ces cas que se produisent les erreurs de diagnostic. Cependant comparez avec grand soin les deux côtés, vous constaterez toujours une différence.

A l'œil, vous trouverez la paroi antérieure de l'aisselle un peu

plus saillante que celle du côté opposé, parce qu'en effet, dans la très grande majorité des cas, la tête de l'humérus vient s'y placer. Le creux sous-claviculaire est effacé.

Lorsque l'humérus est luxé, l'insertion humérale du deltoïde suit forcément l'os, tandis que l'insertion supérieure de ce muscle à la clavicule et à l'épine de l'omoplate reste fixe : le muscle est donc attiré en dedans vers l'aisselle. Aussi la face externe du bras, au lieu d'être rectiligne comme à l'état normal, présente-t-elle une encoche très appréciable au niveau de l'insertion deltoïdienne, encoche d'autant plus prononcée que la tête est plus portée en dedans.

A la simple vue, vous reconnaîtrez encore que l'axe du bras n'offre plus la même direction que celui du côté sain : il est devenu très oblique en bas et en dehors, et il en résulte que le coude est écarté du tronc. Pour vous rendre bien compte de cette obliquité, tracez l'axe du bras sur la peau avec un crayon dermatographique : la partie supérieure de la ligne correspondra à la tête luxée. Pour plus d'exactitude, servez-vous du rapport anatomique suivant : une ligne parallèle à l'axe du bras, partant en bas de l'épicondyle, arrive en haut à la grosse tubérosité humérale. Tracez donc cette ligne sur la peau, il vous est possible, la position de la tubérosité étant connue, de dessiner la tête humérale sur la peau ; si vous avez en même temps figuré l'apophyse coracoïde située sur le prolongement du pli de l'aisselle, vous pouvez représenter très exactement la nouvelle position de la tête de l'os.

Après vous être rendu compte des signes fournis par la vue, ayez recours au toucher : vous sentirez aisément le rebord de l'acromion et au-dessous de ce rebord une dépression au lieu de la saillie formée normalement par la tête humérale. Le doigt arrive à déprimer le deltoïde, surtout chez les sujets maigres et peu musclés, au point de toucher la cavité glénoïde. Si le sujet est très musclé ou chargé d'embonpoint, ce signe devient beaucoup plus difficile à percevoir. Pour le rendre sensible, portez le bras dans une forte abduction de façon à relâcher les fibres deltoïdiennes que le doigt parvient alors à déprimer plus aisément.

Palpez la paroi antérieure de l'aisselle, vous sentirez parfois les contours de la tête humérale, mais c'est surtout en explorant le creux de l'aisselle que vous constaterez nettement la présence de cette tête dans un point anormal. Imprimez des mouvements de

rotation à l'humérus, et, signe précieux, vous sentirez la tête rouler sous vos doigts.

Comme signe physiologique, il existe une douleur souvent très intense et une impossibilité absolue pour le malade d'exécuter aucun mouvement du bras. En procédant avec beaucoup de douceur, vous pourrez porter le membre luxé dans diverses positions, surtout dans l'abduction, mais toujours au prix de vives souffrances.

Le blessé accuse souvent de l'engourdissement du bras, des fourmillements dus à la pression de la tête humérale sur le plexus brachial. Explorez la zone innervée par le rameau cutané de l'épaule, branche du nerf circonflexe. Si cette zone était devenue insensible à la piqûre, c'est que le tronc du circonflexe serait sans doute intéressé, et vous seriez en droit de craindre une atrophie et une paralysie du deltoïde consécutives à la luxation. Vous en devriez prévenir le blessé avant toute réduction, pour ne pas être accusé plus tard, ce qui a toujours lieu, d'avoir occasionné cet accident par des manœuvres défectueuses.

Quelle est l'espèce de luxation? — Je tiens d'abord à prévenir le praticien que ce sont les signes précédents qu'il rencontrera dans l'immense majorité des cas. En effet, la luxation résultant presque toujours d'une chute ou d'un choc direct sur le moignon de l'épaule, la tête de l'humérus est repoussée en dedans du côté de l'aisselle et vient se mettre en rapport avec la paroi interne de cette cavité, c'est-à-dire avec la paroi thoracique.

La luxation dans l'aisselle est donc la luxation classique.

Quelquefois la tête humérale vient se placer directement en bas, au-dessous de la cavité glénoïde : on l'appelle *sous-glénoïdienne*. Elle peut au contraire être portée en arrière et se loger dans la fosse sous-épineuse : c'est la *luxation sous-épineuse*. On dit aussi qu'il se fait des luxations *directement en haut*.

Eh bien, j'ai vu dans ma vie un nombre considérable de luxations de l'épaule, puisque c'est une lésion courante dans nos grands hôpitaux : or je n'ai observé que deux fois la luxation sous-glénoïdienne et deux fois aussi la luxation sous-épineuse. Quant à la luxation en haut, je la connais seulement de nom.

Tenez donc peu de compte des tableaux où figure le diagnostic différentiel entre les diverses variétés de luxation de l'épaule, ils n'ont guère pour résultat que de surcharger la mémoire et sans

grand bénéfice, car vous ne rencontrerez probablement dans votre pratique que la luxation en dedans. Et d'ailleurs, quel est le point important? C'est de reconnaître l'existence d'une luxation de l'épaule, quelle qu'en soit la variété. Or il existe des signes communs à toutes résultant de l'expulsion de la tête humérale hors de la cavité glénoïde. Posez-vous donc d'abord cette question en face d'un sujet atteint de traumatisme de l'épaule : La tête de l'humérus est-elle déplacée? Vous le reconnaîtrez toujours à la saillie de l'acromion, à l'aplatissement du moignon de l'épaule, à la dépression sous-acromiale. Ce sont là des signes primordiaux, essentiels, de la luxation, Vous rechercherez ensuite la variété.

Ce qui caractérise spécialement la luxation sous-glénoïdienne, c'est qu'elle s'est produite surtout dans un mouvement brusque d'élévation du bras (un de mes malades soulevait vivement une raquette); le bras est allongé et dans une abduction tout à fait caractéristique. La tête humérale semble reposer sur la côte de l'omoplate dans une sorte d'équilibre instable. Chez mon second malade, la luxation se transforma sous mes yeux en luxation en dedans.

Dans la luxation sous-épineuse, l'axe du bras est reporté en arrière, et l'on sent la tête humérale plus ou moins engagée sous l'épine de l'omoplate (variétés sous-acromiale et sous-épineuse). Des deux cas que j'ai observés l'un avait été produit par un violent mouvement de torsion du bras (et j'en ai reproduit sur le cadavre par ce mécanisme); dans l'autre, c'était un jeune homme qui se luxait l'épaule à volonté, et plusieurs de mes collègues l'ont sans doute également observé dans leur service.

Mais revenons à la luxation classique, à la luxation banale de chaque jour, la *luxation en dedans*, expression qui me paraît la seule juste au point de vue anatomique pour désigner cette espèce de déplacement.

La tête de l'humérus se trouve plus ou moins rapprochée de la paroi thoracique suivant la violence du choc; elle peut venir jusque sous la clavicule : n'a-t-on pas même signalé des cas où la tête avait défoncé cette paroi et pénétré dans la cavité du thorax? Depuis Malgaigne on se sert ordinairement de l'apophyse coracoïde pour préciser la situation de la tête humérale, ce qui en somme est plus commode. Suivant le rapport de la tête avec cette apophyse, on dit la luxation *sous-coracoïdienne* ou *intra-coracoïdienne*. Mais cette division n'est pas encore elle-même bien nette,

car à quel moment la luxation devient-elle intra-coracoïdienne? est-ce lorsque la tête humérale tout entière est située en dedans de l'apophyse? Je posai la question jadis à Malgaigne lui-même; dans sa pensée, la luxation devenait intra-coracoïdienne lorsque la tête dépassait de plus de moitié en dedans l'apophyse coracoïde. On comprend donc d'après cela que, s'il existe des cas où la variété est nettement tranchée, il s'en rencontre d'autres où elle est si peu accusée, qu'on peut hésiter même pièces en mains.

On retrouve d'ailleurs en clinique cette même hésitation : il est souvent difficile de dire si la luxation est sous-coracoïdienne, et j'attache même peu d'importance à ce diagnostic différentiel, la conduite du chirurgien étant la même dans les deux cas; l'essentiel, je le répète, est de reconnaître l'existence d'une luxation. Toutefois, comme il est toujours bon de pousser le diagnostic le plus loin possible, j'ai l'habitude de tracer sur la peau les nouveaux rapports de la tête humérale luxée en me servant des points de repère indiqués plus haut, et je me base sur ces rapports pour établir la variété et la rendre sensible aux yeux de tous.

La description précédente me paraît conforme à ce qu'on observe en clinique dans l'immense majorité des cas, et le praticien doit s'y attacher à peu près exclusivement. Il existe sans doute ici comme partout des cas exceptionnels pouvant induire en erreur. Certains sujets, par exemple, sont tellement obèses que toutes les saillies ou dépressions sont masquées par la graisse; chez d'autres il survient un gonflement si notable des parties que le résultat est le même. La tête de l'humérus peut aussi à la rigueur se trouver après fracture repoussée dans l'aisselle, mais ce cas est si rare que je n'ai pas souvenir de l'avoir observé; les signes d'ailleurs seraient loin de ressembler à ceux décrits plus haut.

Existe-t-il des luxations *incomplètes* de la tête humérale? Oui, sans doute, la chose est possible; la tête maintenue par des muscles peut rester à cheval sur le bord de la cavité glénoïde, mais ce sont là des curiosités cliniques dont il n'y a pas lieu de tenir grand compte dans la pratique générale. Le diagnostic en est très difficile, si difficile que j'ai vu jadis Malgaigne et Nélaton ne pouvoir s'entendre à propos d'un malade sur lequel le premier croyait reconnaître une luxation incomplète et le second une fracture de la tête humérale.

Traitement des luxations de l'épaule. — Il faut sous le rapport du traitement établir une importante distinction entre la luxation ancienne et la luxation récente. A quel moment une luxation de l'épaule mérite-t-elle le nom d'*ancienne*? Cliniquement, on ne peut préciser; anatomiquement, c'est lorsque les lésions des parties molles, celles de la capsule en particulier, sont cicatrisées. En général, une luxation de l'épaule datant d'un mois est déjà ancienne.

Que devient une luxation de l'épaule non réduite? Les douleurs des premiers jours diminuent peu à peu, quelques mouvements reparissent et leur amplitude augmente à mesure que se forme une nouvelle articulation entre la tête humérale et les parties sous-jacentes: mais, dans les conditions même les plus favorables, jamais l'articulation nouvelle ne remplace l'ancienne, et quelques malades conservent une raideur, une sorte d'ankylose, avec atrophie des muscles, d'où résulte un état d'infirmité incurable. Il y a donc intérêt majeur à réduire la luxation.

Occupons-nous d'abord des luxations récentes.

Avant de vous livrer aux manœuvres de réduction, recherchez toujours, dans le cas même où le blessé accuserait un traumatisme récent sur l'épaule, si la luxation ne serait pas de date ancienne, car quelques malades, soit par défaut d'intelligence, soit pour toute autre raison, peuvent vous induire en erreur, ce dont j'ai vu, cette année encore, un exemple dans mon service de l'Hôtel-Dieu. Indépendamment d'un insuccès certain, des accidents graves pourraient résulter de trop fortes tractions.

L'emploi du chloroforme a notablement modifié le traitement des luxations de l'épaule, en supprimant les méthodes dites *de force*. Je ne mentionnerai même pas ici tous les procédés de réduction décrits et figurés partout depuis Hippocrate, me contentant de dire la conduite à suivre en pareil cas.

Une luxation de l'épaule doit être réduite le plus tôt possible. On commencera toujours par les procédés *de douceur*. J'emploie de préférence celui dit de Kocher. Il présente quelque analogie avec le procédé de Lacour, mais en diffère cependant suffisamment pour mériter une description à part. Agissez de la façon suivante: Le blessé étant assis sur une chaise, asseyez-vous devant lui. Un aide fournit un point d'appui au tronc en mettant la main sur l'épaule saine.

Dans un premier temps, appliquez une main à plat sur le coude du côté luxé et rapprochez-le peu à peu jusqu'à ce qu'il

touche le tronc; maintenez-le absolument fixe dans cette position.

Dans un second temps, saisissez l'avant-bras de l'autre main, saisissez-le par en dessous, votre propre main étant en supination; imprimez doucement au bras un mouvement de rotation en dehors de façon à faire pivoter l'humérus sur place en fixant toujours bien le coude. Lorsque la luxation doit se réduire, j'ai vu en général la tête rentrer à sa place pendant ce second temps; si elle ne rentre pas, exécutez le troisième temps, qui consiste à porter brusquement le bras en dedans en projetant la main du malade sur l'épaule saine. Si les temps précédents ont été bien exécutés et sans résultat, on peut recommencer une seconde fois dans les mêmes conditions, mais sans y jamais mettre de violence.

Le procédé de Kocher réussit en général très bien dans la luxation sous-coracoïdienne, et c'est merveille de voir avec quelle facilité rentre la tête humérale, mais il m'a paru échouer constamment dans la variété intra-coracoïdienne. Je m'imagine en effet que, pour réussir, la tête humérale doit être située assez près de la cavité glénoïde pour que dans le mouvement de bascule exécuté par l'humérus lors de la pression exercée sur le coude au premier temps la tête vienne se mettre au contact avec le rebord de la cavité glénoïde, dans laquelle la fait ensuite rentrer le mouvement de rotation en dehors. Si au contraire la tête est trop en dedans, elle pivote sur place et ne rentre pas.

Quoi qu'il en soit, supposons le procédé de Kocher inefficace, ayez séance tenante recours au suivant. Appliquez sur le coude un lac extenseur (serviette pliée en cravate et formant un anneau dans lequel on passe une alèze) et une seconde alèze autour du thorax pour la contre-extension; le bras étant porté dans une abduction complète, faites exercer des tractions douces et graduées par un ou deux aides. Vous plaçant en dehors du bras, appliquez les doigts d'une main dans l'aisselle sur la tête de l'humérus et tenez le coude de l'autre. Il n'est pas rare de voir la réduction s'opérer dans cette position après 2 ou 3 minutes de traction, lorsque la contraction musculaire est vaincue; si après 5 minutes environ de traction la tête ne rentre pas spontanément, commandant aux aides de cesser l'extension, ramenez brusquement le bras vers le tronc et pressez en même temps sur la tête de l'humérus pour la repousser en dehors. L'ingénieux procédé de M. T. Anger avec le caoutchouc agit de la même façon.

Si ce second procédé échoue, ayez tout de suite recours à l'anes-