

pendant près du tronc se porte facilement dans tous les sens, excepté en haut et en dedans.

Pour réduire la luxation, on pratique la contre-extension sur le thorax; avec le bras, on repousse fortement l'épaule en arrière et en dehors. La clavicule est alors saisie par le chirurgien et dégagée de dessous l'apophyse coracoïde. Pour contenir la luxation, on peut se servir du bandage de Desault pour la fracture de la clavicule (fig. 63, p. 362).

IX. LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

Espèces et variétés. Les luxations scapulo-humérales ont été dénommées, par les uns d'après le sens dans lequel la tête de l'humérus se déplace (J.-L. Petit, Desault, Boyer); par les autres, d'après les rapports nouveaux contractés par la tête humérale avec les muscles et les os voisins (Velpeau), ou seulement avec les os et les saillies osseuses environnantes (Malgaigne, Sédillot, Nélaton).

A. Nélaton divise ces luxations en deux grandes classes, les antéro-internes et les postéro-externes. Les premières se subdivisent en quatre espèces; la *sous-glénoïdienne*, dans laquelle la tête de l'humérus se place à la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate; la *sous-coracoïdienne complète*, dans laquelle la tête se porte au-dessous de l'apophyse coracoïde; la *sous-coracoïdienne incomplète*, dans laquelle la tête repose sur le bord antérieur de la cavité glénoïde; l'*intra-coracoïdienne*, dans laquelle la tête se loge en dedans de l'apophyse coracoïde, en se rapprochant plus ou moins de la clavicule. Les secondes forment une seule espèce, la *luxation sous-épineuse*, toujours incomplète, dans laquelle la tête humérale se place sur le bord postérieur de la cavité glénoïde, immédiatement au-dessous de l'acromion.

La classification proposée antérieurement par Velpeau se rapproche beaucoup de la précédente, ou pour mieux dire, elle n'en diffère que par les dénominations données à chaque espèce de luxation. Il y a, d'après Velpeau, quatre espèces de déplacements: la luxation *sous-épineuse* ou en arrière; la *sous-pectorale*, dans laquelle la tête de l'humérus se porte en bas dans l'aisselle: elle correspond à la sous-glénoïdienne de A. Nélaton; la *sous-scapulaire*, dans laquelle la tête se loge derrière le muscle sous-scapulaire, au-devant du col de l'omoplate: c'est la sous-coracoïdienne de l'auteur que nous venons de citer; enfin, la *sous-claviculaire*, dans laquelle la tête se place entre l'apophyse coracoïde et la clavicule; on reconnaît dans cette espèce la luxation intra-coracoïdienne de A. Nélaton.

Malgaigne a proposé une classification plus compliquée que les précédentes que le tableau suivant fera mieux ressortir:

Luxations en bas ou dans l'aisselle.	{	1° Sous-coracoïdienne complète.	
		2° — — — — — incomplète.	
		3° Sous-glénoïdienne.	
Luxations en dedans.	{	4° Intra-coracoïdienne.	
		5° Sous-claviculaire.	

Luxations en arrière.	{	6° Sous-acromiale {	complète.
		7° Sous-épineuse.	incomplète.
Luxation en haut.		8° Sus-coracoïdienne.	

Dans ces huit espèces, il en est déjà deux, la sus-coracoïdienne et la sous-épineuse, qui sont d'une rareté extrême. La luxation sous-claviculaire ne diffère de l'intra-coracoïdienne que parce que la tête humérale proémine davantage en dedans de l'apophyse coracoïde. On voit donc qu'au fond cette classification ressemble beaucoup à celle de A. Nélaton. Nous adopterons donc cette dernière, en y ajoutant les espèces nouvelles de Malgaigne. En conséquence, nous admettons:

1° Luxations antéro-internes	{	1° Sous-coracoïdienne complète.
			2° — — — — — incomplète.
			3° Sous-glénoïdienne.
			4° Intra-coracoïdienne.
2° Luxations postéro-externes	{	5° Sous-acromiales {
			complètes.
			incomplètes.
3° Luxations rares	{	6° Sous-épineuse.
			7° En haut ou sus-coracoïdienne.

1° LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE COMPLÈTE.

Elle est caractérisée par la saillie de la tête humérale (TH, fig. 99) dans le creux de l'aisselle et par sa situation très-précise au-dessous de l'apophyse coracoïde (ACO).

Anatomie pathologique. Dans une autopsie de luxation récente faite par Malgaigne, ce chirurgien a trouvé la tête de l'humérus située directement sous l'apophyse coracoïde qui tombait à peu près juste sur son milieu; le col anatomique de l'humérus était retenu sur le rebord glénoïdien; la grosse tubérosité appliquée sur la partie interne et inférieure de la cavité glénoïde; la capsule articulaire arrachée de ses insertions à l'humérus en avant. La tête de l'os se trouvait à nu dans l'aisselle entre le bord inférieur du sous-scapulaire et le tendon du grand dorsal; recouverte en dedans et en haut par le sous-scapulaire; en avant, par le coraco-brachial; en dehors, par la courte portion du biceps. Il existait des traces de déchirure du bord inférieur du sous-scapulaire et du grand rond. Dans les luxations anciennes, la tête de l'humérus présente encore les mêmes rapports; le bec coracoïdien est aplati et transformé en une petite facette lisse et articulaire; une cavité de réception nouvelle est creusée sur l'omoplate en dedans du rebord glénoïdien; une gouttière est creusée sur le col de l'humérus à l'endroit correspondant à ce rebord. (Voy. fig. 89, p. 467.)

Causes. Le plus souvent, c'est une chute sur la main ou sur le coude écartés du corps; quelquefois, c'est une élévation forcée du bras par une

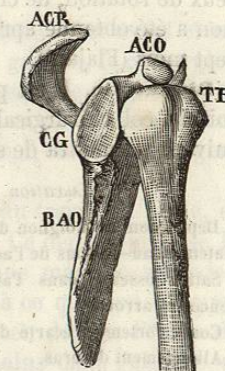


Fig. 99.

cause extérieure à l'individu. On a vu la luxation se produire pendant un effort pour lancer une bombe ou pour soulever de terre un poids lourd. Dans ce cas, le déplacement est produit par la contraction du muscle deltoïde; ou bien encore, c'est une cause complexe, à savoir, la contraction du deltoïde jointe au mouvement d'élévation du bras; enfin c'est, dans quelques cas, un choc direct sur l'épaule.

Symptômes. Le moignon de l'épaule est déformé; au lieu d'une saillie arrondie, il présente un aplatissement très-prononcé, surtout en arrière. L'acromion fait une saillie très-apparente en dehors. En déprimant fortement les parties molles du moignon de l'épaule, il est possible de sentir la surface glénoïdienne. La tête de l'humérus forme une saillie arrondie dans le creux de l'aisselle, presque à fleur de peau; on sent également cette surface osseuse à travers la paroi antérieure de l'aisselle, juste au-dessous de l'apophyse coracoïde qu'elle déborde notablement en avant et dont le bec semble la partager en deux parties égales. La hauteur de la paroi antérieure de l'aisselle est augmentée, et le creux sous-claviculaire un peu moins profond qu'à l'état normal. Le coude est écarté du tronc, le bras porté dans la rotation en dehors, l'avant-bras fléchi sur le bras, le tronc incliné du côté malade. Le bras est allongé constamment, et cet allongement ne dépasse jamais 15 à 16 millimètres. Les mouvements spontanés de l'articulation scapulo-humérale sont difficiles; les mouvements communiqués sont douloureux. Les blessés accusent généralement une douleur à l'épaule, et l'on voit souvent apparaître une ecchymose à la face interne du bras.

Marche. Terminaisons. Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, les mouvements du bras en avant et en arrière sont recouverts; ceux de rotation, de circumduction et d'abduction restent gênés. La réduction a été obtenue après cinq mois (Malgaigne), six mois (Roux) et même sept mois (Flajani).

Diagnostic. Il est possible de confondre la luxation avec une fracture, soit du col chirurgical, soit du col anatomique de l'humérus. Le tableau suivant permettra de saisir les différences de ces deux lésions :

<i>Luxation.</i>	<i>Fracture du col chirurgical.</i>
Dépression du moignon de l'épaule immédiatement au-dessous de l'acromion.	Dépression du moignon de l'épaule moins marquée et plus éloignée de l'acromion.
Saillie osseuse dans l'aisselle très-prononcée et arrondie.	Saillie osseuse dans l'aisselle peu prononcée et rugueuse.
Coude fortement écarté du tronc.	Écartement du coude faible.
Allongement du bras.	Pas de variation de longueur; ou bien raccourcissement du bras.
Absence de crépitation ou crépitation sourde.	Crépitation franche en imprimant au fragment inférieur un mouvement de rotation.
<i>Luxation.</i>	<i>Fracture du col anatomique.</i>
Dépression profonde du moignon de l'épaule.	Dépression moins prononcée.
Allongement du bras.	Raccourcissement du bras.
Saillie axillaire arrondie.	Saillie axillaire peu prononcée et non arrondie.

On a pris quelquefois une luxation sus-acromiale de la clavicule (p. 492) pour une luxation de l'humérus. L'erreur est facile à éviter, en tenant compte des caractères suivants. Dans les deux sortes de luxations, il existe une saillie à la partie la plus élevée du moignon de l'épaule avec une dépression au-dessous; mais dans la luxation de l'extrémité externe de la clavicule, la dépression est brusquement arrêtée par la saillie de l'acromion, au-dessous de laquelle on retrouve le relief formé par la tête humérale; d'ailleurs, cette tête ne se trouve dans aucun point de l'aisselle, comme dans la luxation de l'humérus.

Traitement. Les diverses méthodes de réduction proposées pour les luxations de l'humérus peuvent se diviser en deux classes, les méthodes de douceur et les méthodes de force. Cette division est conforme à celle que nous avons établie plus haut (p. 469).

(I) Aux *méthodes de douceur* se rattachent : 1° la *pression directe* avec les doigts portés dans l'aisselle pour repousser la tête de l'humérus en dehors, ou en dehors et en avant; 2° la *bascule*, consistant à rapprocher le coude du tronc, après avoir au préalable disposé sous l'aisselle un point d'appui qui soutient le col de l'humérus; 3° les divers procédés de *dégagement* de la tête, comprenant :

a. La *rotation en dedans*, que l'on exécute en portant l'avant-bras derrière le dos, en relevant le coude et en le portant dans la rotation en dedans, pendant que l'omoplate est retenu en place pour l'empêcher d'être entraîné dans le même mouvement.

b. La *rotation en dehors*, exécutée par Syme le premier, et remise en honneur par Lacour, qui en a fait un procédé particulier, méritant une mention spéciale :

Procédé de Lacour. Le bras est relevé horizontalement en avant et en dehors, l'avant-bras fléchi à angle droit; de la main gauche, le chirurgien exerce sur le bras une traction modérée, puis saisissant le poignet de ce côté avec la main droite, il imprime au membre tout entier un mouvement de rotation très-forte en dehors; immédiatement après, il exécute une légère rotation en dedans, en abaissant le coude.

c. L'*élévation du bras* a été employée par Brunus au treizième siècle, et remise en honneur par White, Mothe et Malgaigne. Ce dernier propose le procédé suivant, que nous mentionnerons aussi d'une manière spéciale :

Procédé de Malgaigne. Le bras est élevé jusqu'à ce que son axe prolongé en arrière réponde à la facette qui termine en dedans l'épine de l'omoplate; le chirurgien place alors une de ses mains dans l'aisselle et ramène le coude du malade près du corps.

Un procédé qui se rapproche du précédent consiste à exercer l'extension directe en haut, le blessé étant couché horizontalement; la contre-extension est faite par le chirurgien lui-même, en maintenant dans une position immuable, avec une de ses mains, la région omo-claviculaire.

(II) Les *méthodes de force* sont au nombre de trois : l'*extension* simple, la *coaptation* et l'*extension* combinée avec la coaptation.

1° L'*extension* seule sur le membre luxé suffit quelquefois; on l'a pra-

tiquée en plaçant le bras dans des attitudes variées. De là une extension *oblique en bas*, dans laquelle le bras fait avec le tronc un angle aigu à sinus dirigé en bas et en dehors; une *extension horizontale*, dans laquelle le bras est relevé à angle droit sur le tronc, et enfin une extension oblique en haut ou tout à fait *verticale*. Ce dernier mode appartient à White et mérite d'être décrit à part.

Procédé de White. Un anneau de fer est vissé à une poutre du plafond; on y attache un des crochets d'une moufle dont l'autre crochet est fixé à l'anse d'un lac qui entoure le poignet du blessé; on tire alors sur la corde de la moufle, de manière à soulever le malade par le bras jusqu'à lui faire perdre terre. On fait ainsi en même temps l'élévation verticale et l'extension, pendant que le poids du corps fait la contre-extension.

Malgaigne a simplifié ce procédé, en s'abstenant de l'emploi de la moufle; il fixe une serviette autour du poignet, et il en ramène les deux chefs par-dessus une porte, jusqu'à ce que le bras se trouve suffisamment élevé; alors il fait fléchir les genoux au malade, et il se suspend à son épaule en s'agenouillant lui-même.

2° La *coaptation* comprend les procédés à *bascule*, et ceux-ci sont nombreux. Les procédés de l'*échelle*, du *bâton*, de la *porte* et de l'*épaule*, employés dans l'enfance de l'art, consistaient à placer le barreau d'une échelle, le haut d'une porte, le milieu d'un bâton, ou l'épaule d'un homme robuste dans le creux de l'aisselle du blessé, de manière qu'après avoir sou-

levé de terre ce dernier, le chirurgien pût faire l'extension en tirant sur le bras, pendant qu'un aide, placé du côté sain, exécutait la contre-extension, en se suspendant avec ses deux mains soit sur l'épaule malade, soit sur celle du côté opposé.

Le procédé du *talon*, remis en honneur par A. Cooper, s'exécute ainsi: le malade est couché sur une table ou sur un sofa, tout près du bord; le chirurgien, placé du côté de la luxation, applique autour du bras, immédiatement au-dessus du coude, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras, une bande mouillée sur laquelle il fixe un mouchoir. Il écarte le coude du patient, place son propre *talon* dans l'aisselle de ce dernier, contre la tête de l'os luxé, et se tenant à moitié assis à côté de lui, il exerce sur le bras, au moyen du mouchoir,

une extension soutenue avec vigueur pendant trois ou quatre minutes, au bout desquelles l'os rentre ordinairement sans difficulté. Ce procédé ne nous semble applicable que dans la pratique d'un hôpital et sur des hommes.

Le procédé du *genou* (fig. 400), également préconisé par A. Cooper, se rapproche beaucoup du précédent. Pour l'exécuter, le blessé est assis sur une

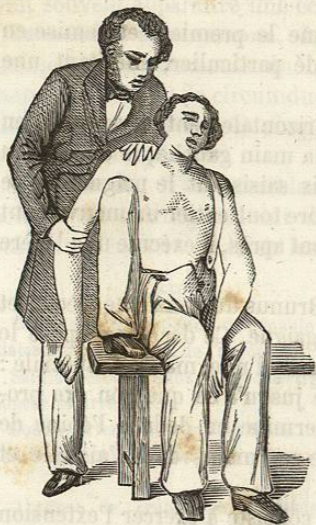


Fig. 400.

chaise basse; le chirurgien, debout du côté malade et un peu plus en arrière, écarte le coude du tronc pour placer son genou dans l'aisselle; puis appuyant le pied sur le bord de la chaise, il applique une main sur l'acromion, il saisit avec l'autre le bras près du coude et l'abaisse en le rapprochant du corps, de manière à imprimer à la tête humérale un mouvement de bascule de dedans en dehors.

Le procédé de la *cravate* (fig. 401), se rapproche encore des précédents. Le chirurgien place la partie moyenne d'une cravate dans l'aisselle, il en ramène les extrémités à la partie postérieure de son cou où il les réunit par un double nœud. Il écarte alors légèrement le coude malade du tronc, fixe l'omoplate avec une main placée sur l'acromion; et tandis qu'il s'efforce d'abaisser le coude avec l'autre main, il relève sa propre tête de manière à entraîner l'extrémité luxée en dehors.

3° L'*extension* combinée avec la *coaptation* est une méthode générale qui comprend une foule de procédés subordonnés à la direction dans laquelle l'extension est faite et à la manière dont on accomplit la coaptation. Nous ne citerons que le procédé suivant que nous appellerons *procédé classique*



Fig. 401.

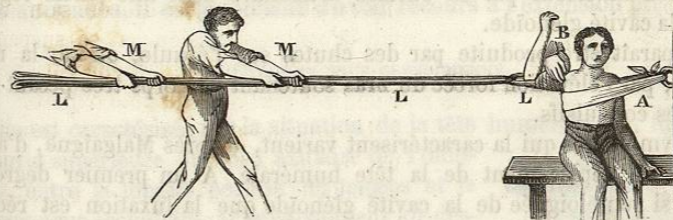


Fig. 402.

(fig. 402). Le malade est assis sur un tabouret peu élevé; on évite autant que possible de le laisser prendre un point d'appui sur le sol. L'avant-bras ayant été fléchi à angle droit sur le bras, et celui-ci ayant été porté dans une direction horizontale, on fixe au-dessus du coude, au moyen de tours de bande fortement serrés, les deux extrémités d'une serviette pliée en cravate, de telle sorte que la partie moyenne (L) reste libre au-dessous du coude où elle forme une sorte d'anneau dans lequel on passe un lacs (LL) sur les extrémités duquel les aides (MM) opèrent les tractions. L'extension étant ainsi assurée, on opère la contre-extension en faisant passer sous l'aisselle, du côté luxé, le plein d'une serviette dont on ramène les deux extrémités (A), l'une en avant, l'autre en arrière de la poitrine, pour les réunir au-dessus de l'épaule du côté sain et les confier à des aides vigoureux, ou pour les

fixer invariablement dans un anneau scellé dans le mur. On procède alors aux tractions d'une manière lente et régulière; le chirurgien lui-même, placé au côté externe du membre, suit avec les mains (B) les mouvements imprimés à la tête de l'humérus, et lorsqu'il juge que celle-ci est arrivée au niveau de la cavité glénoïde, il la fait porter en haut et en dehors, en recommandant aux aides d'exercer des tractions obliques en bas, ou d'abaisser le bras de manière à le ramener près du tronc. On peut seconder les effets de cette dernière manœuvre, en repoussant la tête avec les mains portées dans l'aisselle ou en soulevant l'extrémité supérieure de l'humérus avec la *cravate*. (Voy. *Procédé de la cravate*.)

Quel que soit le procédé que l'on emploie pour réduire la luxation, il faut, immédiatement après la réduction, rapprocher le membre du tronc et le fixer dans cette position, l'avant-bras fléchi sur le bras, au moyen d'un bandage de corps (fig. 62, p. 357) ou d'une écharpe (fig. 64, p. 363). Au bout de douze à quinze jours on lui imprime de légers mouvements dont on augmente peu à peu l'étendue.

2° LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE INCOMPLÈTE.

Cette luxation, admise par J.-L. Petit, Duverney; Chopart, A. Cooper, a été mieux décrite par Malgaigne. D'après ce dernier chirurgien, la tête de l'humérus, placée au-dessous de l'apophyse coracoïde, repose sur le rebord glénoïdien antérieur par sa surface articulaire dont une partie regarde encore la cavité glénoïde.

Elle paraît être produite par des chutes sur l'épaule, ou sur la main étendue, par l'élévation forcée du bras soutenant un corps très-pesant; par des accès convulsifs.

Les symptômes qui la caractérisent varient, d'après Malgaigne, d'après le degré de déplacement de la tête humérale. A un premier degré, la tête est si peu éloignée de la cavité glénoïde que la luxation est réduite le plus souvent avant d'être reconnue. Il existe alors une saillie formée en avant par la tête humérale et une dépression sous l'acromion en arrière seulement. A un degré plus avancé, la tête est portée un peu plus loin; la lésion se présente avec tous les signes de la luxation sous-coracoïdienne complète (p. 496), si ce n'est que la majeure partie de la tête humérale reste en dehors de l'apophyse coracoïde. Enfin, au dernier degré, le bec coracoïdien répondant à la gouttière bicipitale de l'humérus, la luxation se présente avec tous les caractères de l'intra-coracoïdienne (p. 502), si ce n'est que la majeure partie de la tête humérale reste toujours en dehors de l'apophyse coracoïde. L'auteur ajoute même que « dans quelques cas la tête fortement hypertrophiée est arrivée à dépasser en dedans le milieu de la clavicule, de telle sorte que la luxation simule la sous-claviculaire. »

Il y a quelque chose d'étrange, au premier abord, dans cette description faite certainement d'après nature. Comment, en effet, une luxation sous-coracoïdienne incomplète peut-elle simuler une luxation sous-coracoïdienne

complète, une luxation intra-coracoïdienne et même une luxation sous-claviculaire? Malgaigne s'y est trompé lui-même, et dans un cas figuré sur la planche XX de son atlas du *Traité des fractures et des luxations*, il avait diagnostiqué une luxation intra-coracoïdienne, alors que l'autopsie montra une luxation sous-coracoïdienne incomplète. Je crois qu'il est possible de s'expliquer ces faits, en tenant compte d'une disposition anatomique que présente l'apophyse coracoïde du scapulum, et sur laquelle j'ai le premier appelé l'attention. L'apophyse coracoïde n'offre pas la même direction chez tous les sujets, elle est plus ou moins déviée en dehors vers le plan de la cavité glénoïde. De là résulte qu'avec une luxation sous-coracoïdienne incomplète, la tête de l'humérus sera tantôt coiffée à son milieu par l'apophyse coracoïde, tantôt elle débordera notablement cette apophyse en dedans, de manière que cette luxation, tout incomplète qu'elle est réellement, par rapport à la cavité glénoïde, simulera une luxation sous-coracoïdienne complète ou une luxation intra-coracoïdienne.

D'après les considérations précédentes, il sera désormais impossible de fonder le diagnostic différentiel de la luxation complète et de l'incomplète sur les rapports exacts de la tête de l'humérus avec l'apophyse coracoïde, ainsi que le voulait Malgaigne. Il vaut mieux tenir compte de la profondeur moins considérable de la dépression deltoïdienne et de la saillie moins prononcée de la tête humérale dans l'aisselle. Les autres signes de la luxation sont ceux de la sous-coracoïdienne complète amoindris.

La réduction de la luxation sous-coracoïdienne incomplète s'obtient par l'un des procédés de *douceur* précédemment décrits, p. 497. Dans les luxations anciennes, il est préférable d'avoir recours à l'extension préalable.

3° LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE.

Elle est caractérisée par la situation de la tête humérale (TH, fig. 103) à la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate, entre la longue portion du triceps et le muscle sous-scapulaire, immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde (CG).

Causes. Les mêmes que celles de la luxation sous-coracoïdienne complète.

Symptômes. Le moignon de l'épaule est aplati; la voûte acromio-coracoïdienne (ACR, ACO) fait une saillie prononcée, la paroi antérieure de l'aisselle est allongée; le creux sous-claviculaire conservé. La tête de l'humérus est dans l'aisselle, sous la peau, dont elle est séparée, en avant, par le grand pectoral. Le bras est dans une abduction très-prononcée; il est allongé, mais

à un degré variable, suivant que la mensuration est faite dans telle ou telle situation du membre. Plus ce dernier est dans l'abduction, plus la distance entre l'acromion et l'épicondyle sera courte; si l'on veut donc apprécier

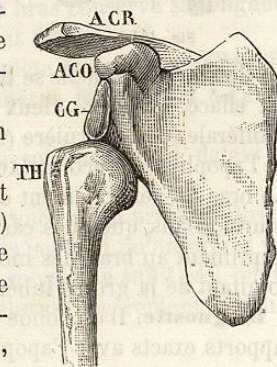


Fig. 103.

exactement les changements de longueur du bras luxé, il faut mesurer comparativement les deux bras également éloignés du tronc. L'avant-bras est fortement fléchi sur le bras; les mouvements volontaires de l'articulation scapulo-humérale sont impossibles; les mouvements communiqués sont plus douloureux.

Diagnostic. On voit, d'après le précédent tableau, que les signes de la luxation sous-glénoïdienne ont une grande ressemblance avec ceux de la luxation sous-coracoïdienne. Mais dans cette dernière la tête de l'humérus est située immédiatement sous l'apophyse coracoïde; dans la première la tête est plus bas. Ici donc l'apophyse coracoïde est le véritable point de ralliement, et c'est l'intervalle entre cette apophyse et la tête de l'humérus qui est le signe pathognomonique.

Traitement. Il ne diffère pas de celui de la luxation sous-coracoïdienne.

4° LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE.

Elle est caractérisée par la situation de la tête humérale, soit en dedans de l'apophyse coracoïde (fig. 104), et plus ou moins près de la clavicule (luxation *sous-claviculaire* de Malgaigne), soit au-dessous de l'apophyse coracoïde qu'elle dépasse en dedans des deux tiers ou des trois quarts (luxation *intra-coracoïdienne* de Malgaigne). Le degré de déviation de l'apophyse coracoïde, variable suivant les sujets, comme nous l'avons dit, joue probablement un certain rôle sur la position qu'occupe la tête de l'humérus par rapport à cette apophyse.

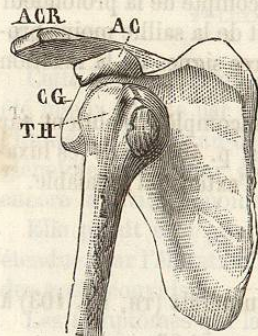


Fig. 104.

Causes. Ce sont des chutes sur le moignon de l'épaule ou sur le coude, sur l'avant-bras, sur la main.

Symptômes. L'acromion (ACR) fait une saillie au-dessous de laquelle se trouve une dépression. Le creux sous-claviculaire est effacé, ou pour mieux dire remplacé par un relief formé par la tête humérale. Cette dernière (TH) est située très-haut dans l'aisselle, en dedans de l'apophyse coracoïde (AC) et plus ou moins rapprochée de la clavicule. Le bras est généralement collé contre le tronc; tantôt allongé, tantôt raccourci. Dans quelques cas, on perçoit une crépitation dans l'épaule, en imprimant au bras des mouvements, ce qui est dû à un arrachement concomitant de la grosse tubérosité de l'humérus.

Diagnostic. Il est fondé sur l'absence de la tête dans l'aisselle et sur ses rapports exacts avec l'apophyse coracoïde et la clavicule.

Traitement. Pour la réduction, Malgaigne accorde la préférence à l'extension oblique en bas d'abord, puis horizontale, combinée avec un mouvement de pression ou de bascule faite sur le genou.

5° LUXATIONS SOUS-ACROMIALES.

Dans ces luxations, la tête de l'humérus est située au-dessous de l'angle postérieur de l'acromion.

Variétés. La luxation est complète ou incomplète. Dans ce dernier cas la tête est à cheval sur le rebord glénoïdien postérieur, ainsi que cela se voit dans la figure 105, où le rebord postérieur de la cavité glénoïde est indiqué par une ligne ponctuée; dans le premier, le rebord glénoïdien répond au col de l'humérus.

Anatomie pathologique. On a trouvé les tendons du muscle sous-scapulaire et du sus-épineux arrachés à leur insertion sur les tubérosités humérales; la tête de l'humérus passée entre le sous-épineux et le petit rond, recouverte par le deltoïde et située, comme nous l'avons dit, au-dessous de l'angle postérieur de l'acromion (fig. 105).

Causes. Ces luxations se sont produites quelquefois dans les attaques convulsives; le plus souvent elles sont occasionnées par des chutes sur l'épaule, sur le coude ou sur la main.

Symptômes. L'épaule est projetée en dehors; l'apophyse coracoïde et l'angle antérieur de l'acromion forment une saillie manifeste au-dessous de laquelle se trouve une dépression. L'aisselle est libre. La tête de l'humérus forme une tumeur saillante en dehors et en arrière, sous l'angle postérieur de l'acromion; une dépression plus ou moins marquée sépare cette tumeur de la fosse sous-épineuse. Le bras est dans la rotation en dedans; le coude est porté en avant et un peu écarté du tronc. Le bras conserve sa longueur normale ou est allongé. Les mouvements en sont douloureux.

Le diagnostic différentiel de la luxation complète et de l'incomplète, est fondé sur la situation exacte de la tête de l'humérus par rapport à l'angle postérieur de l'acromion.

Traitement. Sédillot a réduit une luxation sous-acromiale datant de plus d'un an.

Le procédé de réduction qui mérite la préférence est la pression directe exercée avec les pouces sur la tête de l'humérus pendant qu'on exerce une contre-pression sur le devant de l'épaule. Si ce moyen ne suffit pas, on imprime au bras un mouvement de bascule, en élevant légèrement le coude et en le portant en arrière.

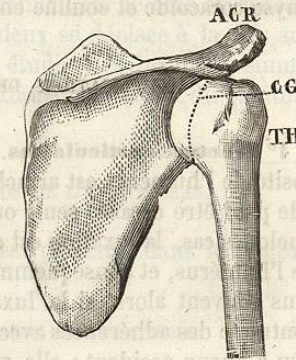


Fig. 105.

6° LUXATIONS SOUS-ÉPINEUSE ET SUS-CORACOÏDIENNE.

(a) La luxation *sous-épineuse* est très-rare; elle est caractérisée par la situation de la tête de l'humérus en arrière de l'angle postérieur de l'acro-