

existe des *dépressions anormales* ou un effacement de celles qui existent normalement (creux sous-acromial, creux sous-claviculaire, creux axillaire).

Selon les rapports nouveaux que contracte la tête de l'humérus, on distingue quatre variétés de luxations de l'humérus : trois se font en avant de la cavité glénoïde de l'omoplate, *luxations antéro-internes* ; la quatrième en arrière, *luxation postéro-externe* (fig. 77 et 78).



FIG. 77. — Luxation sous-coracoïdienne incomplète.

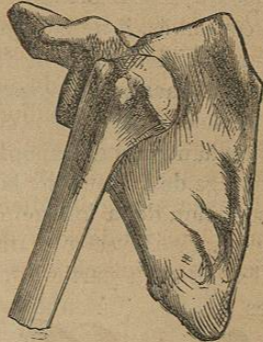


FIG. 78. — Luxation intra-coracoïdienne.

Dans les luxations antéro-internes, la tête de l'humérus peut se placer au-dessous de l'apophyse coracoïde : *luxation sous-coracoïdienne* (fig. 77), complète ou incomplète, selon que la tête a ou non conservé encore quelque rapport avec le bord de la cavité glénoïde ; la tête de l'humérus peut devenir plus interne, se placer en dedans de l'apophyse coracoïde : *luxation intra-coracoïdienne* (fig. 78) ; elle peut, enfin, glisser audessous de la cavité glénoïde : *luxation sous-glénoïdienne* (fig. 79).



FIG. 79. — Luxation sous-glénoïdienne.

Dans la luxation postéro-externe, la tête de l'humérus se place au-dessous de l'épine ; elle conserve presque toujours un point de contact avec les bords de la cavité glénoïde, *sous-épineuse incomplète* (fig. 80). Dans les cas où la tête abandonne complètement la cavité glénoïde, on observe la luxation *sous-épineuse complète* (fig. 81).

Nous avons donc à étudier les luxations sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne, sous-glénoïdienne et sous-épineuse.

**Anatomie pathologique.** — Toutes ces luxations, excepté la sous-coracoïdienne incomplète, s'accompagnent de la rupture de la capsule fibreuse. Le tête de l'humérus contracte les rapports suivants :

1° Dans la sous-coracoïdienne incomplète, la tête est en avant du bourrelet glénoïdien avec lequel elle est en contact.

2° Dans la sous-coracoïdienne complète, la tête de l'humérus est devenue plus interne ; elle est placée entre la face antérieure du col de l'omoplate et le tendon du sous-scapulaire qui se trouve porté en avant.

3° Dans l'intra-coracoïdienne, la tête humérale est encore plus interne ; elle est logée dans la fosse sous-scapulaire, entre l'os et le muscle sous-scapulaire qu'elle soulève.

4° Dans la sous-glénoïdienne, la tête de l'humérus s'appuie sur le côté de l'omoplate, au-dessous de la cavité glénoïde, entre la longue portion du triceps et le muscle sous-scapulaire.

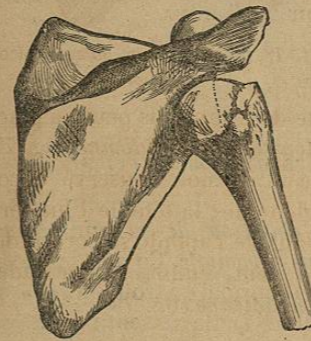


FIG. 80. — Luxation sous-épineuse incomplète.



FIG. 81. — Luxation sous-épineuse complète (variété rare).

5° Dans la sous-épineuse incomplète, qui est l'opposée de la sous-coracoïdienne incomplète, la tête de l'humérus est en contact avec la partie postérieure du bourrelet glénoïdien ; elle est située au-dessous de l'épine de l'omoplate, entre le muscle sous-épineux et l'os.

Quelle que soit la position occupée par la tête de l'humérus, on comprend que son déplacement puisse s'accompagner de désordres plus ou moins étendus du côté de la capsule et des parties qui environnent l'articulation. En effet, le ligament capsulaire peut être largement déchiré, comme nous l'avons déjà dit, les vaisseaux et les nerfs comprimés, tirillés ou rompus, les muscles distendus au point qu'on voit quelquefois les tendons qui s'insèrent à la tête humérale arracher le fragment osseux sur lequel ils s'implantent. La luxation peut aussi se compliquer de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Dans les luxations anciennes, il se produit un travail pathologique



analogue à celui dont nous avons parlé en traitant de ces lésions en général. Une cavité nouvelle se creuse dans le point qui est contigu à la tête, celle-ci se déforme, et, dans les luxations incomplètes, présente une rainure qui reçoit le bord de la cavité glénoïde. Cette dernière se comble peu à peu.

**Causes.** — Un choc direct portant sur la tête de l'humérus peut repousser celle-ci en avant, en arrière ou en bas. Lorsque le coude est appuyé et écarté du tronc, on comprend qu'un choc imprimé à la partie supérieure de l'os peut luxer celui-ci.

Le plus souvent, les causes des luxations de l'humérus sont indirectes; ce sont des chutes sur le coude ou la main, le membre étant écarté du tronc. Dans tous ces cas, au moment de la chute, le mouvement d'abduction du bras est exagéré; la partie externe de la tête humérale, s'appuyant contre le bord externe de l'acromion, tend et déchire la partie inférieure de la capsule pour sortir de la cavité. Si le bras était dirigé en dehors et un peu en arrière, ce sont les variétés antérieures qui se produisent, et le degré dépend de la violence du choc; si le bras était dirigé en avant, c'est la luxation sous-épineuse qu'on observe.

#### Symptômes.

Il y a des symptômes communs à toutes les luxations de l'épaule, et des symptômes particuliers à chacune d'elles.

**1° Symptômes communs.** — Douleur, abolition de certains mouvements; saillie de l'acromion et dépression sous-acromiale. Ce dernier symptôme est pathognomonique; on sait qu'à l'état normal on trouve au-dessous de l'acromion la tête de l'humérus, saillie facile à sentir à travers l'épaisseur du deltoïde. Lorsqu'une luxation existe, il y a un creux à la place de la saillie de la tête humérale.

Il ne faut jamais négliger de comparer les deux épaules. Par cette comparaison, il est souvent facile d'observer deux symptômes qui sont d'un grand secours:

1° La tête de l'humérus étant déplacée et plus interne, et le coude étant le plus souvent plus ou moins écarté, il existe, du côté de la luxation, un angle, une encoche, une sorte de coup de hache, au point d'insertion du deltoïde, ce qui ne se montre pas du côté opposé.

2° Si l'on prolonge par la pensée l'axe de l'humérus de bas en haut, on voit que cet axe passerait soit en avant, soit en arrière, soit au-dessous de la cavité glénoïde.

3° La mensuration comparée du côté sain et du côté malade peut encore donner de bons résultats. On mesure la distance qui sépare l'acromion de l'épicondyle; en général, on observe un allongement plus ou moins considérable suivant la variété en présence de laquelle on se trouve; quelquefois il peut faire complètement défaut, et même, dans

certains cas, le bras paraît raccourci. Il est bon de se rappeler qu'on trouvera toujours une différence de longueur entre deux mensurations, suivant que le bras sera rapproché ou écarté du tronc. En effet, la tête se porte non-seulement en bas, mais encore en dedans. Or, lorsque le bras sera dirigé en haut et en dehors, la distance entre l'acromion et l'épicondyle paraîtra plus petite que lorsqu'il sera placé dans une position verticale.

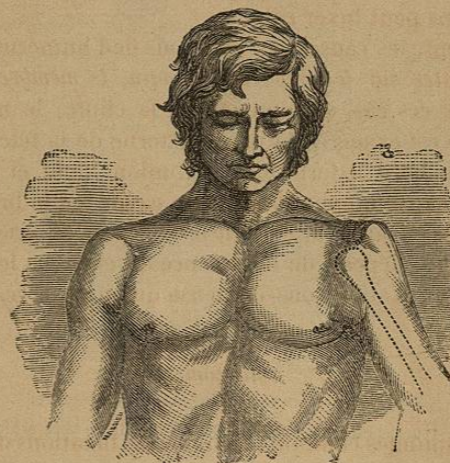


FIG. 82. — Luxation sous-coracoïdienne.

**2° Symptômes particuliers à chaque variété de luxation.** —  
*a. Luxation sous-coracoïdienne.* — Creux sous-acromial prononcé surtout en dehors et en arrière; creux sous-claviculaire moins profond que du côté sain; soulèvement du bord spinal de l'omoplate; saillie osseuse, sensible au toucher sur la paroi antérieure de l'aisselle, au-dessous de l'apophyse coracoïde, et quelquefois à la partie supérieure et antérieure du creux axillaire. Allongement, et parfois raccourcissement du membre; coude un peu écarté du tronc; mouvements volontaires impossibles; mouvements communiqués douloureux; quelquefois crépitation, comme dans les fractures. Dans la pratique, il est très-difficile de distinguer la luxation complète de la luxation incomplète.

*b. Luxation intra-coracoïdienne.* — La tête de l'humérus a subi un déplacement considérable; elle est séparée de la cavité glénoïde par un intervalle de plusieurs centimètres. Le creux sous-acromial se voit également en arrière et en dehors; la partie postérieure et externe de l'acromion fait une saillie; soulèvement fréquent de l'angle inférieur de l'omoplate; saillie osseuse (tête de l'humérus) sensible au toucher, au-dessous de la clavicule, en dedans de l'apophyse coracoïde; la tête est difficile à atteindre dans le creux de l'aisselle. Raccourcissement du membre; le coude est porté en arrière; les mouvements sont impossibles;



le coude ne peut être écarté du tronc, même lorsque le chirurgien veut imprimer lui-même ce mouvement; rarement, on peut sentir de la crépitation.

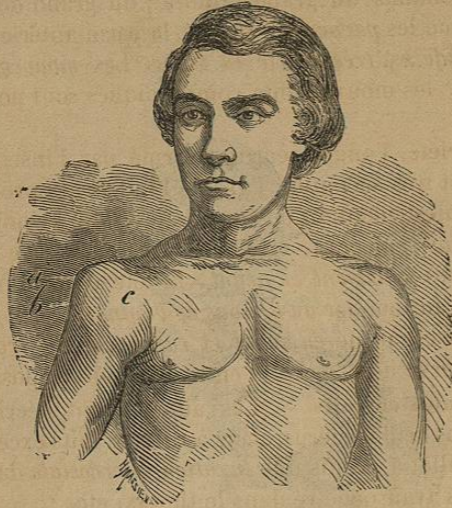


FIG. 83. — Luxation intra-coracoïdienne.

a. Saillie acromiale. — b. Dépression sous-acromiale. — c. Saillie de la paroi antérieure de l'aisselle.

On voit que ces symptômes sont l'exagération de ceux de la luxation sous-coracoïdienne.

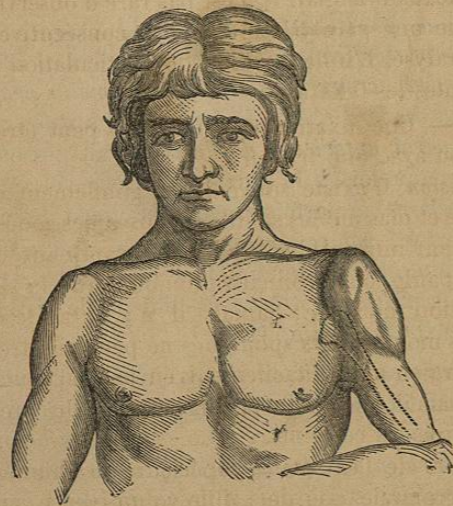


FIG. 84. — Luxation sous-glénoïdienne.

c. Luxation sous-glénoïdienne. — Nous avons vu que la tête de l'humérus est passée au-dessous de la cavité glénoïde, entre la longue portion du triceps et le sous-scapulaire. Ici, les symptômes sont très-accentués :

la saillie acromiale est très-marquée, le creux sous-acromial très-sensible, le deltoïde tendu; on sent la tête de l'humérus dans l'aisselle, où elle est sous-cutanée. Le membre est toujours allongé; l'humérus, étant descendu, a entraîné les tendons du grand pectoral, du grand dorsal et du grand rond, de sorte que les parois de l'aisselle, la paroi antérieure surtout, sont allongées; le coude est très-écarté du tronc. Les mouvements volontaires sont impossibles; les mouvements communiqués sont possibles, excepté l'adduction.

Dans cette variété, l'angle rentrant formé par l'insertion du deltoïde sur l'humérus est très-accentué; l'axe de l'humérus, prolongé de bas en haut, passe manifestement au-dessous de la cavité glénoïde.

d. Luxation sous-épineuse. — La saillie acromiale et le creux sous-acromial sont marqués seulement en avant; la tête de l'humérus forme une tumeur, sensible au toucher au-dessous de l'épine de l'omoplate; le bras est allongé; le coude est porté en avant et rapproché du tronc; les mouvements d'adduction et de projection en arrière sont impossibles.

**Variétés. Complications.** — Les auteurs ont décrit d'autres variétés de luxations de l'humérus, mais à titre de faits exceptionnels. C'est ainsi que M. Sédillot a admis une luxation intercostale dans un cas où la tête de l'humérus avait pénétré dans le thorax, etc.

Une fracture du corps ou du col chirurgical de l'humérus, de l'apophyse coracoïde ou du col de l'omoplate, peut compliquer une luxation de l'humérus. On a observé la déchirure de l'artère axillaire. La complication la plus fréquente est celle qui résulte de la compression, de la contusion du plexus brachial. Il n'est pas rare d'observer un engourdissement et même une paralysie incomplète consécutive. Le deltoïde est quelquefois paralysé. L'inflammation de l'articulation peut se montrer comme dans toutes les luxations.

**Diagnostic.** — Une luxation de l'humérus peut être confondue avec une contusion ou avec une fracture.

Dans la contusion, il existe souvent un gonflement considérable qui déforme l'épaule et masque les saillies osseuses; les mouvements peuvent être complètement impossibles. Mais, en examinant attentivement le moignon de l'épaule, on reconnaîtra toujours que la tête de l'humérus occupe sa position normale; jamais il n'y aura de dépression sous-acromiale. Si les mouvements spontanés ne peuvent être exécutés par le malade, le chirurgien mettra facilement en jeu l'articulation; il causera de la douleur, mais il constatera la conservation du rapport normal des surfaces articulaires.

Dans la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, pas de dépression sous-acromiale, pas de saillie volumineuse, arrondie, dans le creux de l'aisselle. Le membre n'est jamais allongé; souvent même, il est raccourci. On peut le rapprocher facilement du tronc; enfin, la réduction se fait aisément, mais elle se maintient très-difficilement, et le déplacement se reproduit.