

teur précité, « le diagnostic ne pourra en général être établi positivement que par l'autopsie ».

c. *Fractures du col chirurgical.* — Sous le nom de fractures du col chirurgical, les auteurs décrivent les solutions de continuité de l'os qui se trouvent situées au-dessous de la tête et des tubérosités, au-dessus de l'insertion des muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal. Parmi les circonstances qui président à la production de ces fractures, nous retrouvons encore les coups, les chutes sur le moignon de l'épaule (causes directes), sur le coude ou sur la main (causes indirectes). GOYRAND a vu un malade qui s'était fracturé le col dans l'action de lancer une boule, le mécanisme d'un semblable accident est absolument comparable à celui qui détermine la rupture d'un bâton avec lequel on frappe l'air.

Ordinairement la fracture est transversale et les fragments présentent à leur extrémité des dentelures qui résistent au déplacement, surtout lorsque le périoste est resté intact; comme le fait remarquer MALGAIGNE, cette membrane et la longue portion du biceps jouent alors le rôle d'attelle; lorsqu'il existe un chevauchement entre les fragments, il résulte de la violence même qui a occasionné la fracture et de l'action musculaire; le déplacement est toujours plus considérable lorsque la fracture possède une direction oblique en bas et en dedans (fait habituel), ou en bas et en dehors. Le fragment inférieur se trouve attiré en dedans par l'action des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond. DESAULT l'a vu cependant faire saillie en arrière, et dans une observation rapportée par NIMIER il perforait le deltoïde à la partie antérieure.

Il est rare que le fragment supérieur abandonne entièrement l'inférieur. Quelquefois le muscle sous-épineux lui communique un mouvement de rotation qui a pour effet de le porter en haut et en dehors. Signalons enfin la pénétration et l'engrènement intime des deux fragments.

Avec des types de fracture si variés, on comprend que les symptômes soient fort différents; ainsi la mobilité anormale fait souvent défaut; la crépitation, facile à produire quand il n'y a pas de pénétration ou quand le déplacement n'est pas complet, devient impossible si les extrémités de l'os ont pénétré l'une dans l'autre. Contrairement à ce qui se passe dans la luxation, la main peut être aisément placée sur l'épaule du côté opposé pendant que le coude regarde sur la partie antérieure de la poitrine.

L'épaule ne présente pas de déformation bien caractérisée, le bras conserve habituellement sa longueur normale. C'est principalement avec la luxation de l'épaule que le praticien est exposé à confondre les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. A l'exemple de VIDAL (de Cassis) et de NÉLATON, nous réunirons sous forme de tableau les divers signes qui permettront d'éviter l'erreur.

FRACTURE

- 1° Le moignon de l'épaule paraît peu déformé; tant que la tête est contenue dans sa cavité l'épaule reste arrondie.
- 2° L'acromion ne fait pas de saillie anormale. Le doigt enfoncé au-dessous s'arrête sur la tête humérale.
- 3° Tumeur irrégulière peu volumineuse située contre la paroi externe de l'aisselle.
- 4° Une règle appliquée sur le côté externe du bras, depuis l'épaule jusqu'au coude, ne touche pas l'acromion, elle en demeure distante d'au moins un centimètre et en général de deux centimètres et demi (HAMILTON).
- 5° Adduction douloureuse mais possible.
- 6° Réduction facile, reproduction rapide du déplacement.

LUXATION

- 1° Aplatissement très manifeste du moignon de l'épaule.
- 2° L'acromion fait saillie, le doigt enfoncé au-dessous reconnaît une cavité dans laquelle se laisse déprimer le deltoïde.
- 3° Tumeur lisse volumineuse, située très haut dans l'aisselle.
- 4° A moins que l'épaule ne soit très tuméfiée, la règle appliquée sur le côté externe du bras touchera l'acromion.
- 5° Adduction impossible.
- 6° Réduction difficile mais permanente.

d. *Décollement épiphysaire.* — La disjonction traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus signalée par ROBERT SMITH et A. COOPER, étudiée par E. MOORE (de Rochester) et HAMILTON, appartient en propre au jeune âge et ne saurait être rencontrée au-dessus de la vingtième année; elle résulterait d'une violence directe, en particulier d'une chute d'un lieu élevé sur le moignon de l'épaule. MOORE fait remarquer que le déplacement est incomplet d'ordinaire « et que l'extrémité supérieure du fragment inférieur se trouve portée en dedans sur une étendue égale au quart de son diamètre; elle est arrêtée en ce point parce qu'une convexité de ce fragment inférieur se loge dans une concavité naturelle du fragment supérieur. » Tout en admettant la justesse de ces observations, HAMILTON ne pense pas que la disjonction soit toujours incomplète.

Les signes de la disjonction diffèrent peu de ceux de la fracture du col chirurgical, toutefois la crépitation est moins franche et moins rude que dans le cas précédent.

Pronostic et traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Si nous laissons de côté les fractures du col anatomique dont nous avons signalé les conséquences, nous pourrions dire que le pronostic des solutions de continuité de l'extrémité supérieure de l'humérus paraît bénin; seize (16) fois sur quarante-quatre (44) cas relevés par HAMILTON, les blessés ont guéri avec un membre parfait et repris le libre usage de leurs mouvements; dans les autres observations la consolidation a été obtenue, mais avec un certain déplacement. Une seule fois il persista une pseudarthrose. La consolidation se fait dans un laps de temps qui varie entre trente et cinquante jours, selon l'âge des sujets et l'obliquité de la fracture.

Remettre en place les fragments est généralement chose facile; en revanche, la contention nécessite de grandes précautions. Le nombre des appareils pro-

posés successivement par LEDRAN, LARREY, DESAULT, BONNET, SEUTIN, AD. RICHARD, etc., prouve la vérité de nos assertions. Dans la majorité des circonstances, l'écharpe de Mayor, combinée avec l'emploi d'un coussin axillaire, nous semble constituer le plus simple, le plus solide et le meilleur des appareils; si la réduction ne pouvait manifestement être obtenue de la sorte, il faudrait utiliser le plâtre, la gutta-percha ou le zinc et confectionner une gouttière qui prendrait point d'appui sur l'épaule et immobiliserait le coude.

§ 2. — Luxations de l'épaule ou scapulo-humérales

- Bibliographie.** — a. *Luxations en général.* — BUSCH, *De luxat. humeri*, Berlin, 1817. — FLAUBERT, *Répert. d'anat. et de phys.*, Paris, 1827. — DUPUYTREN, *eod. loc.*, 1828. — MALGAIGNE, *Journal des Progrès*, 1830. — GÉRARD, *Gaz. hebdom.*, 1834. — SÉDILLOT, *Gaz. méd.*, 1834, et *Journ. des conn. méd. chir.*, 1835. — MALGAIGNE, *Gaz. méd.*, 1835, et *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1836. — VELPEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1837. — DEVILLE, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1841. — LENOIR, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1851. — CALLENDER, *Saint-Bartholemew's Hospital Reports*, 1866. — ANGER (TH.), *Gaz. des Hôp.*, 1866. — PANAS, art. ÉPAULE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1870. — JOSSEL, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1874. — GRANDLESSO SYLVESTRI, *lo Sperimentale*, 1874. — HAMILTON, *New-York Med. Record*, 1875. — TH. ANGER et NICAISE, *Soc. de chir.*, 1876. — LE DENTU, *Soc. de chir.*, 1877. — QUÉNU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1877. — LAPIERRE, BAZY, *France méd.*, 1878. — COMBY (Procédé de KOCHER), *France méd.*, 1879. — DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — JONES, *Saint-George's Hosp. Reports*, 1880. — JAMES KELLY, *The Dublin Journ. of Med. Sciences*, 1882. — KÆRTE, *Arch. f. klin. Chir.*, 1882. — CEPPI, *Revue de chir.*, 1882. — RAMONAT, *Congrès de La Rochelle*, 1882. — JERSEY, *New-York Med. Journ.*, 1883. — KELLY, *Dublin Journ. of Med. Sciences*, 1883. — GERSTER, *New-York Med. Journ.*, 1884.
- Thèses de Paris. — 1814, DEMERSAY. — 1835, GÉRARD. — 1865, HURTAUX. — 1866, LOIGNON. — 1876, MERLIN, LEMAS. — 1877, RENAULT, PETIT. — 1878, CEPPI. — 1882, BARDON-LACROZE. — 1884, OGER.
- b. *Luxations en bas.* — LEPELLETIER, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. IV, 1835. — MOULINIÉ, *Gaz. des Hôp.*, 1835. — GOYRAND (d'Aix), *Mém. de la Soc. de chir.*, 1847. — FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877. — SCATLIFF, *The Lancet*, 1878.
- c. *Luxations en avant.* — LAUGIER, *Arch. gén. de méd.*, 1834. — GUÉPRATTE, *Journ. des conn. médico-chir.*, 1844. — LACOUR, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1847, t. 1^{er}. — MALGAIGNE, *Revue méd. chir.*, 1851. — RICHEL, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — HUTCHINSON, *Med. Times and Gaz.*, 1873. — KIRMISSON, *Bull. de la Soc. anat.*, 1877. — CEPPI, *Revue de chir.*, 1882.
- d. *Luxations en arrière.* — SÉDILLOT, *Gaz. méd.*, 1834. — DESCLAUX, *Revue méd.*, 1850. — VAN BUREN, *New-York Med. Journ.*, 1851. — PARKER, *eod. loc.*, mars 1852. — LEPELLETIER, *Mém. de l'Acad. de méd. de Paris*, t. IV. — TROWBRIDGE, *Bost. Med. and Surg. Journ.*, t. XXVII, p. 99. — KIRKBRIDGE, *New-York Med. Journ.*, 1852. — ROGERS, *Amer. Med. Times*, 1861. — DESPRÈS, *Gaz. des Hôp.*, 1865. — MARKHAM, *Amer. Med. Journ.*, 1873. — MOLLIÈRE, *Gaz. des Hôp.*, 1875. — C. BALL, *Brit. Med. Journ.*, 1876. — PÉRIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878. — DUPLAY, *eod. loc.*, 1879. — SCHMIDT, *Berl. klin. Wochens.*, 1882.
- Thèse de Paris. — 1877, PETIT.
- Thèse de Strasbourg. — 1851, PIEL.

- c. *Luxations en haut.* — LAUGIER, *Arch. gén. de méd.*, 1834. — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857-1858. — BUSCH, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XIX, Heft 3, p. 400. — PELLIER, *Th. de Paris*, 1878. — ALBERT, *Wien. med. Blatt.*, 1879.

1° LUXATIONS RÉCENTES

Division. — Au milieu des classifications sans nombre proposées par les auteurs pour faciliter l'étude des luxations de l'épaule, nous adopterons celle de A. COOPER qui, suivant le sens du déplacement, reconnaît une luxation en bas, en avant, en arrière. A ces trois groupes nous joindrons une dernière variété très rare : les luxations en haut. Selon l'étendue du déplacement, les types primitifs se subdivisent à leur tour. Le tableau ci-dessous, emprunté au livre de DUPLAY, résume la division la plus ordinairement acceptée.

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1° Luxation en bas ou sous-glénoïdienne. | | | |
| 2° Luxation en avant et en dedans. | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Luxation sous-coracoïdienne} \\ \text{— intra-coracoïdienne.} \\ \text{— sous-claviculaire.} \end{array} \right.$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{complète.} \\ \text{incomplète.} \end{array} \right.$ | |
| 3° Luxation en arrière. | | | $\left\{ \begin{array}{l} \text{— sous-acromiale.} \\ \text{— sous-épineuse.} \end{array} \right.$ |
| 4° Luxation en haut ou sus-coracoïdienne. | | | |

Fréquence. — Les luxations de l'épaule sont beaucoup plus communes à elles seules que toutes les autres ensemble; nous avons vu en effet (t. 1^{er}, p. 862) que sur onze cent cinq (1105) cas de luxations, six cent cinq (605), soit 54,7 p. 100, appartenait à l'articulation scapulo-humérale. La situation particulièrement exposée de l'épaule, sa constitution anatomique dans laquelle la solidité a été sacrifiée à la mobilité, suffisent à expliquer cette particularité; mais toutes les variétés ne sont pas également nombreuses; les luxations sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes paraissent les plus fréquentes; la sous-glénoïdienne et la sous-acromiale sont rares, les dernières seraient tout à fait exceptionnelles.

Étiologie. — Traumatisme et action musculaire, tels sont les deux facteurs sous l'influence desquels se produisent les luxations scapulo-humérales.

Le traumatisme agit directement sur la tête humérale (coups, chutes sur l'épaule), ou indirectement (chutes sur le coude, sur la main, élévation brusque du bras). Ainsi que l'a fait remarquer MALGAIGNE, l'action des causes directes jouerait ici un plus grand rôle qu'on ne serait tenté de le croire. La majorité des auteurs admettent toutefois l'influence prépondérante des causes indirectes, parmi lesquelles ils placent en première ligne les chutes sur la main et sur le coude écarté du tronc. Dans le mouvement forcé qui s'opère, l'omoplate étant fixée par l'action musculaire, le trochiter vient appuyer sur le bord glénoïdien, l'humérus se trouve alors transformé en un levier du premier genre dont le point d'appui est en arrière et en haut, la résistance représentée par la capsule en avant et en bas. La puissance placée à l'extrémité du

bras de levier, c'est-à-dire suivant les circonstances au niveau du coude ou de la main, agit avec une grande force pour triompher de la résistance; aussi la tête déchire la partie antérieure et inférieure de la capsule et se trouve projetée dans l'aisselle. Le plus souvent, à ce premier mouvement s'en ajoute un second par lequel la tête de l'os remonte sous l'apophyse coracoïde.

Ce mécanisme s'appliquerait plus particulièrement aux luxations en bas et en avant.

Les recueils de chirurgie contiennent un certain nombre de luxations dans lesquelles la contraction musculaire paraît avoir agi seule pour déterminer le déplacement. Enfin on peut lire dans l'ouvrage d'HAMILTON la relation d'une luxation simultanée des deux épaules chez un homme de trente-huit ans qui était tombé d'une voiture avec les bras étendus devant lui, tout le poids de la chute portant sur les mains.

Anatomie pathologique. — 1° *Luxations en bas.* — Cette variété serait très rare, d'après MALGAIGNE, qui en a réuni à grand'peine douze (12) cas; HAMILTON cependant regarde cette luxation comme le type de toutes les autres; plusieurs auteurs pensent, en effet, que la tête de l'humérus, pour s'échapper de la cavité, doit se porter plus ou moins en bas.

La tête humérale vient presser sur la capsule, au-dessus et immédiatement en avant du tendon de la longue portion du biceps; cette membrane cède et la tête se place au contact de la facette triangulaire qui se voit sur le bord externe de l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde, à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres de la coracoïde, en dedans plutôt qu'en dehors de cette apophyse; elle repose sur le ventre du muscle sous-scapulaire. Dans quelques observations, la tête portée plus en dedans appuyait sur la paroi costale. Aussi PANAS a-t-il décrit deux espèces de luxations sous-glénoïdiennes, qu'il désigne sous les noms de scapulaire et costale. Une large déchirure divise la capsule en bas et en avant; le sous-scapulaire, quelquefois arraché de son insertion à la petite tubérosité, se trouve plus souvent simplement distendu; dans les deux cas, le nerf circonflexe qui suit le bord inférieur de ce muscle est exposé à des lésions graves. Les muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité subissent aussi une elongation et peuvent être déchirés; on a même vu une portion où la totalité de la grosse tubérosité complètement arrachée, et le fragment entraîné par l'action des muscles qui s'y attachent.

2° *Luxations en dedans.* — Suivant la situation qu'occupe la tête déplacée, la luxation est sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne ou sous-claviculaire.

a. *Variété sous-coracoïdienne.* — A. COOPER et MALGAIGNE admettent ici deux degrés du déplacement, et étudient les luxations incomplètes et les luxations complètes. Dans la première forme, la capsule rompue ne livrerait passage qu'à une petite portion de la tête humérale qui se placerait à cheval sur le rebord antérieur de la cavité glénoïde. Plusieurs auteurs, entre autres PANAS et HUTCHINSON, pensent que de nouveaux faits sont indispensables pour prouver la réalité d'un genre de déplacement que l'expérimentation démontre comme à peu près impossible; nous n'y insisterons pas autrement.

Dans la luxation sous-glénoïdienne complète, la capsule largement déchirée à la partie inférieure a laissé sortir la totalité de la tête humérale; MALGAIGNE

a pu préciser par la dissection la situation de la tête. Elle était placée directement sous l'apophyse coracoïde qui tombait à peu près juste en son milieu. Le col anatomique de l'humérus était retenu sur le bord glénoïdien et le trochiter appliqué sur la partie interne et inférieure de la cavité glénoïde. Nombre d'autopsies faites par divers chirurgiens démontrent que ces rapports sont à peu près constants.

La courte portion du biceps et le coraco-brachial sont placés en avant de la tête humérale, les vaisseaux et les nerfs occupent toujours la partie interne, fait commun à toutes les variétés de luxations antéro-internes, (PANAS). Le muscle sous-scapulaire a subi d'ordinaire de violents tiraillements; le deltoïde, le sus-épineux, le sous-épineux sont fortement tendus.

b. *Variété intra-coracoïdienne.* — La tête de l'humérus, engagée un peu plus que dans la luxation précédente, est située complètement en dedans de la coracoïde dont le bec est en rapport avec le col anatomique. Les dissections de DUPUYTREN, LALLEMAND, ROBERT, MALGAIGNE, etc. ont établi nettement les caractères anatomo-pathologiques de ces luxations. Il existe d'habitude une rupture à peu près totale de la capsule avec arrachement de la grosse tubérosité, déchirure ou distension exagérée du muscle sous-scapulaire; le bord antérieur de la cavité glénoïde a pénétré dans la ligne de séparation du trochiter arraché (engrènement), ou bien la grosse tubérosité bute contre la saillie du bord glénoïdien. La tête, regardant franchement en dedans et appuyée contre les côtes correspondantes, est recouverte par les muscles pectoraux. On voit le coraco-brachial et le tendon de la longue portion du biceps rester en dehors de la tête, ce dernier est parfois luxé. D'après PANAS, les paralysies du membre supérieur notées dans certaines luxations de l'épaule se remarqueraient uniquement à la suite des luxations intra-coracoïdiennes, elles résulteraient de la lésion des nerfs du plexus brachial comprimés par la tête de l'humérus sur le plan des côtes.

c. *Variété sous-claviculaire.* — Nous retrouvons dans cette luxation les diverses lésions signalées précédemment, mais à un degré plus avancé: l'extrémité supérieure de l'humérus a passé tout entière de l'autre côté de la coracoïde et remonte près de la face inférieure de la clavicule; la capsule est largement ouverte, la grosse tubérosité souvent arrachée.

3° *Luxations en arrière.* — a. *Variété sous-acromiale.* — Nous relevons dans la science environ cinquante (50) luxations de ce genre; quelques auteurs les subdivisent en deux classes, incomplètes et complètes. Dans la première variété, comparable à la luxation sous-coracoïdienne incomplète, la surface articulaire de l'humérus reste en contact avec le bord postérieur de la cavité glénoïde; dans la luxation complète, la tête abandonnant totalement sa cavité de réception va se loger dans cette sorte de dépression située au-dessous de l'acromion. Elle se trouve en rapport avec les muscles sous-épineux et petit rond. LAUGIER, en disséquant une luxation encore récente, a vu la tête sous le deltoïde, elle avait passé entre le sous-épineux et le petit rond; le sous-scapulaire était rompu.

b. *Variété sous-épineuse.* — MALGAIGNE a eu l'occasion de disséquer une luxation sous-épineuse; elle s'accompagnait de déchirures considérables de la

capsule et des muscles, de fractures de l'omoplate et des côtes. De nombreuses expériences sont venues étayer ces résultats; pour produire un déplacement semblable, il faut que la capsule et les muscles soient déchirés sur une grande étendue; la tête regardant en arrière va se placer sous la racine de l'acromion.

4° *Luxations en haut.* — Cette variété excessivement rare est regardée comme impossible par NÉLATON et SÉDILLOT; cependant MALGAIGNE en rapporte un exemple dans son ouvrage; depuis lors, VERNEUIL, LE DENTU, HOLMES, BUSCH ont publié des observations analogues; enfin ALBERT d'Innsbruck a fait l'examen anatomique d'un sujet qui présentait une double luxation en haut. Les données ainsi réunies ont été confirmées par les recherches cadavériques de B. ANGER et PANAS. D'après ce dernier, la tête, remontée de 0^m,005 à 0^m,01 au plus, se place dans la rotation en dehors et appuie contre la face postérieure de l'apophyse coracoïde. « Elle demeure fixée dans cette position par le fait de la tension de la portion restante de la capsule et du muscle sous-scapulaire, à quoi il faut ajouter les muscles fortement enroulés autour du col chirurgical, portion antérieure du deltoïde, grand pectoral, grand rond et grand dorsal. » Des déchirures étendues accompagnent toujours ce déplacement.

Symptômes. — Quelle que soit la variété à laquelle elles appartiennent, les luxations de l'épaule présentent toutes un ensemble de symptômes communs : 1° l'attitude du malade et du membre blessé; 2° la déformation de l'épaule; 3° les variations de longueur du membre; 4° la gêne des mouvements; 5° des douleurs, un gonflement plus ou moins accentué suivant les cas. Nous examinerons ces symptômes dans les différentes luxations.

1° *Luxations en bas.* — *Luxations sous-glénoïdiennes.* — Un fait a particulièrement frappé tous les observateurs; c'est une forte abduction du bras, susceptible d'aller jusqu'à l'angle droit et même davantage (PANAS). Le coude est porté en arrière, l'angle inférieur de l'omoplate rapproché de l'épine dorsale (GOYRAND); le moignon de l'épaule paraît aplati, la paroi antérieure de l'aisselle allongée. On voit sur la face externe du bras deux plans inclinés l'un sur l'autre, se coupant au niveau du point d'insertion du muscle deltoïde; instinctivement le malade incline la tête et le tronc du côté blessé.

L'acromion fait une saillie très marquée; au-dessous existe une dépression masquée par le gonflement ou l'embonpoint. Chez certains sujets la mensuration pratiquée à l'aide d'un ruban tendu entre l'acromion et l'épitrôchlée révèle un allongement qui peut aller jusqu'à 0^m,03; l'axe du membre se dirige vers l'aisselle, au niveau de laquelle un relief accuse quelquefois la position de la tête luxée. Plusieurs blessés se plaignent d'un engourdissement du membre accompagné de vives douleurs qui augmentent dès que l'on essaye de rapprocher le coude du tronc; les mouvements volontaires sont gênés, les mouvements communiqués restent possibles, néanmoins ils provoquent des crises douloureuses. Au cours de ces manœuvres, la main du chirurgien perçoit assez fréquemment un bruit de frottement, surtout si l'os est luxé depuis quelques jours. Cette crépitation ne serait pas toujours l'indice d'une fracture (HAMILTON).

2° *Luxations en dedans.* — a. *Variété sous-coracoïdienne.* — L'écartement du membre est beaucoup moins accusé que dans le cas précédent, la distance qui

sépare le coude du tronc varie entre 0^m,10 et 0^m,12. Soutenu par la main du côté opposé, l'avant-bras se place dans la demi-flexion, l'épaule paraît abaissée, la tête et le tronc s'inclinent du côté malade. En examinant l'épaule on constate un aplatissement manifeste, les fibres du deltoïde tendues se dessinent sous la peau, il existe une saillie de l'acromion et immédiatement au-dessous une dépression dans laquelle pénètre le doigt. Le bord spinal de l'omoplate est soulevé, la paroi antérieure de l'aisselle allongée.

Dirigé en dedans, l'axe du membre, prolongé, irait tomber sur le milieu de la clavicule.

Sur la paroi externe du creux sous-claviculaire, la vue et la palpation permettent de distinguer une tumeur lisse, arrondie, formée par la tête déplacée; en déprimant fortement la paroi pectorale, on reconnaît le bec de l'apophyse coracoïde au-dessous de laquelle roule la tête humérale pendant les mouvements du bras. Un ruban tendu entre l'acromion et l'épitrôchlée révèle une augmentation de longueur qui, d'après MALGAIGNE, ne dépasserait jamais 11 à 16 millimètres.

On constate une gêne marquée des mouvements du bras, néanmoins le malade arrive encore à le porter en avant et en arrière; comme dans toutes les luxations de l'épaule, le patient ne saurait placer la main sur l'épaule du côté sain pendant qu'au même moment le coude appuie sur le devant de la poitrine (signe de DUGAS). Les mouvements communiqués sont douloureux; il est toujours possible d'augmenter l'abduction, de porter le bras en avant et en arrière, tandis que l'on ne saurait rapprocher le coude du tronc.

b. *Variété intra-coracoïdienne.* — Nous retrouvons ici la plupart des symptômes précédents, toutefois la tête cachée dans l'aisselle ne fait aucune saillie appréciable; il devient difficile de l'atteindre par la palpation, la main enfoncée dans l'aisselle ne sent que la face interne de l'humérus. Le bras se trouve placé dans la rotation en dedans, le coude peu distant du tronc, l'aplatissement de l'épaule et la saillie de l'acromion sont très marqués. La mensuration fournit des résultats différents; tantôt il y a un allongement, tantôt un raccourcissement de quelques millimètres, souvent on trouve la même longueur des deux côtés.

Comme dans les autres luxations de l'épaule, les mouvements spontanés sont notablement diminués; les mouvements communiqués restent possibles, mais ils s'accompagnent de douleurs vives; parfois le chirurgien sent une crépitation franche et rugueuse. MALGAIGNE attribuait cette crépitation à la fracture ou plutôt à l'arrachement de la grosse tubérosité; mais, ainsi que le fait remarquer PANAS, semblable arrachement est rare, aussi croyons-nous avec cet auteur que ce bruit résulte du frottement de la tête contre les parties osseuses environnantes (rebords glénoïdiens, face inférieure de la coracoïde, paroi costale).

c. *Variété sous-claviculaire.* — Cette variété présente la plus grande analogie avec la luxation intra-coracoïdienne; le bras est collé contre le corps, le coude à peine écarté de 0^m,05 à 0^m,06 du tronc. D'après MALGAIGNE, le membre supérieur ne subirait aucune rotation; les recherches de PANAS le portent à croire au contraire qu'il existerait toujours de la rotation en dedans. La tête de