

génitale et qui guérit sans éprouver le moindre accident. J'ai moi-même pratiqué deux fois cette opération avec succès. Il est d'ailleurs très facile d'éviter toute introduction dans l'abdomen du liquide qu'on injecte, en fixant le ponce dans l'anneau avec une certaine force sur le pubis, et en le comprimant sur cet os, pendant qu'un aide pousse l'injection. Il ne faut pas croire, en outre, que quelques gouttes de vin qui pénétreraient dans le péritoine pourraient être bien dangereuses. Il en faudrait une assez grande quantité pour produire une phlegmasie très grave. *M. Jules Cloquet* a rapporté l'observation d'un malade chez lequel plusieurs onces de vin avaient été injectées dans le ventre et qui n'a point succombé (1). Le gonflement qui suit l'injection irritante ne permettrait point aux quelques gouttes qui peuvent être restées dans la tunique vaginale de remonter dans le ventre. Quant à l'inflammation du kyste, c'est une phlegmasie adhésive qui s'y développe et qui généralement n'a point de tendance à s'étendre au delà des surfaces qui ont été touchées par le vin. Enfin, les injections iodées, qui n'obligent pas à distendre le sac, qui sont facilement et rapidement absorbées, ne donnent lieu qu'à une inflammation modérée, et ne sont accompagnées d'aucune réaction, pourraient donner encore une plus grande sécurité. On peut donc traiter l'hydrocèle congénitale par la teinture d'iode comme l'hydrocèle ordinaire, en ayant la simple précaution de faire fermer par un aide le canal inguinal pendant qu'on pousse l'injection et sans qu'il soit nécessaire de maintenir ensuite cette compression à l'aide d'une pelote ou d'un bandage quelconque, comme quelques personnes l'ont conseillé.

(1) Un médecin, *M. Norgeu*, a injecté du vin dans le ventre pour guérir une ascite, et la malade n'a pas succombé. Il avait précédemment fait la ponction et évacué le liquide contenu dans l'abdomen.

## ARTICLE III.

## LUXATIONS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE.

Si on s'en rapportait aux écrits publiés il y a dix ans, sur les luxations de l'articulation scapulo-humérale, on pourrait croire que la science est arrivée sur ce point à sa dernière perfection; si, au contraire, on consulte des auteurs tout à fait modernes, *MM. Astley Cooper, Sédillot, Malgaigne, Maisonneuve*, etc., on apprend que tout est à revoir à cet égard, qu'on ne connaît bien ni le mécanisme, ni les espèces, ni les signes, ni le meilleur traitement soit immédiat, soit consécutif, des luxations de l'articulation de l'humérus avec l'omoplate. Presque toute l'histoire de cette maladie a été changée ou présentée sous des points de vue nouveaux. Il résulte de là beaucoup de faits de détails, et un peu de confusion; ayant eu de fréquentes occasions d'observer ces luxations et chaque jour venant encore nous en offrir de nouveaux cas, j'ai senti le besoin d'étudier attentivement cette question actuellement si controversée. Les résultats pratiques auxquels je suis arrivé ne combleront sans doute pas toutes les lacunes, mais ils pourront éclaircir certains points encore obscurs et diminueront je l'espère cette confusion qui se dissipera lorsqu'on aura encore approfondi davantage la matière.

A elles seules les luxations de l'humérus sont plus nombreuses que toutes les autres luxations prises ensemble. On a admis des déplacements de cet os dans tous les sens, *en haut, en bas, en avant, en arrière*.

La question de savoir si les luxations, soit en haut, soit en bas, sont possibles ou non, me semble mal posée, et roule suivant moi plutôt sur les mots que sur les choses. En effet si par luxation en haut on veut entendre le déplacement de l'humérus au dessus de la voûte acromioclaviculaire, cette espèce doit être tout à fait rejetée;

mais on doit l'admettre, au contraire, si par les mots *luxation en haut*, on désigne le déplacement qui se fait sous la clavicule, et qui a été décrite dans ces derniers temps sous le nom de luxation *sous-coracoïdienne* (1), et que je crois devoir plutôt nommer *sous-claviculaire*. Même observation à faire à l'égard de la *luxation en bas*. Car s'il est incontestable que la tête de l'os soit dans l'impossibilité de se fixer sur le bord de l'omoplate entre le tendon du triceps et l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde, il est certain aussi qu'à l'exception peut-être de quelques classificateurs irréfléchis, personne n'en a donné une pareille description. *Duverney, Moïhe, Desault, Delpech, Boyer, Dupuytren* (2), ont évidemment entendu par *luxation en bas* de l'humérus celle qui se fait du côté de l'aisselle. Au surplus, on a pu dire *luxation en bas* ou dans l'aisselle sans cesser d'être exact; car le grand diamètre de la cavité glénoïde étant oblique de haut en bas et dedans en dehors, fait que l'une des moitiés de cette cavité regarde en dedans et en bas, tandis que l'autre se tourne en dehors et en haut dans toute luxation axillaire : aucun auteur n'a certainement prétendu décrire une luxation sur le bord même de l'omoplate au dessous de la cavité glénoïde, d'autant mieux qu'alors elle serait en dehors tout aussi bien qu'en bas. L'observation empruntée à *Desault* comme un exemple de luxation en bas (3), est un fait de luxation axillaire et pas autre chose. Si quelques auteurs parlent de luxation en bas et de luxation en dedans ou en avant comme espèces distinctes, cela tient à ce que la tête de l'humérus peut en effet se placer dans l'aisselle à des hauteurs différentes, et non à ce qu'ils voulaient établir la luxation en bas dont on a si fort repoussé la possibilité de nos jours. En réalité, les luxations de l'épaule en haut et les luxations de l'épaule en bas sont

(1) Par M. Malgaigne,

(2) *Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édition, 1839, 6 vol. in-8<sup>o</sup>, tome 1<sup>er</sup>, page 60.

(3) *Journal de chirurgie*, t. II, p. 434 et suiv.

impossibles, en ce sens que la tête de l'humérus ne se place jamais directement au dessus, ni directement au dessous de l'une des extrémités du grand diamètre de la cavité glénoïde; mais il faut ajouter qu'on ne trouve nulle part la preuve que les observateurs aient eu la pensée de ces sortes de déplacement, et tout indique que le mauvais emploi des termes en a seul imposé sur ce point.

L'humérus ne peut en définitive se luxer que dans deux sens principaux, dans le sens *antéro-interne* et dans le sens *postéro-externe* de la cavité glénoïde, c'est à dire du côté de l'aisselle et dans la fosse sous-épineuse (1).

1<sup>o</sup> *Luxation postéro-externe*. Elle a été nommée encore *sous-acromiale* ou *sous-épineuse*. Elle a été trop souvent observée pour qu'il soit encore permis d'en révoquer en doute l'existence. *Boyer* en a cité un exemple fort remarquable dans son *Traité des maladies chirurgicales*. *Sir Attley Cooper* l'a observée deux fois ainsi que MM. *Coley, Physick, Arnolt, Bert, Levacher, Lepelletier, Kirbridge, Toulmin*. *M. Bérard* aîné m'a dit en avoir observé un cas; moi-même j'en ai vu un qui a été publié par *M. Sédillot*. *M. Marx* en a trouvé trois exemples dans les notes de *Dupuytren*.

Comme je n'ai rien à vous dire sur cette classe de luxations, je ne m'y arrêterai pas davantage pour le moment; j'y reviendrai tout à l'heure quand il s'agira des luxations incomplètes.

On est, je crois, tombé dans la même confusion à l'occasion de la question de ces *luxations incomplètes*. Si par luxation incomplète on veut entendre que la surface cartilagineuse de la tête de l'humérus ne soit échappée qu'à moitié de la cavité glénoïde, nul doute qu'on n'en doive pas admettre l'existence. Mais si au contraire on veut entendre par luxation incomplète un déplacement dans

(1) Cette division correspond à la division établie par *M. Malgaigne* :

1<sup>o</sup> Luxation *sous-coracoïdienne*.

2<sup>o</sup> Luxation *sous-acromiale*.

lequel l'humérus est arrêté par un point de son col anatomique sur le bord de la cavité glénoïde, il est impossible de contester son existence. On ne peut pas dire en effet qu'il y ait luxation complète; dans celle-ci, il faut qu'il y ait sortie entière de la demi-sphère cartilagineuse, et d'une partie du contour osseux qui la sépare du col chirurgical, tandis que dans la luxation incomplète le bourrelet ostéo-fibreux reste en partie dans la capsule. J'ai rencontré pour ma part trois cas de ce genre.

Obs. I<sup>re</sup>. — *Violente distension de l'articulation dans une rixe il y a onze mois. — Allongement du membre. — Douleurs vives dans les mouvements. — Saillie légère de la tête de l'humérus sous le bord postérieur de l'acromion. — Diagnostic. — Luxation sous-épineuse incomplète. — Réduction au bout de treize mois. — Guérison.* — M. G<sup>\*\*\*</sup>, mécanicien, âgé de quarante-un ans, d'une bonne constitution, vint me consulter en 1832 pour une maladie de l'épaule qu'il portait depuis dix à onze mois. Le mal était survenu dans une rixe. Quelques praticiens crurent à une fracture, d'autres à une luxation; un chirurgien célèbre de Paris affirma, au dire du blessé, qu'il n'y avait qu'une entorse, ou une violente contusion de l'articulation. Plusieurs appareils et beaucoup de topiques de nature diverse avaient été appliqués sans succès. Le bras d'un demi-pouce plus long que celui du côté opposé était immobile le long du côté du thorax, et le coude un peu incliné en avant et en dedans. La tête de l'humérus dépassait de six à huit lignes le bord postérieur ou sous-épineux de l'acromion, et ne faisait aucune saillie du côté de l'apophyse coracoïde. L'aisselle était libre et le grand pectoral, ainsi que la portion interne du deltoïde fort déprimés; il n'y avait nul engorgement, nulle trace d'inflammation. Une sorte de demi-ankylose semblait s'être établie entre le col anatomique ou la tête de l'humérus et la cavité glénoïde. Le malade ne souffrait pas si on laissait son bras en repos. Mais il se plai-

gnait de douleurs assez vives dès qu'en essayait de lui imprimer quelques mouvements. Je diagnostiquai une luxation incomplète en dehors, avec adhérences de quelques points des parties déplacées. D'après cette pensée je prévins M. G... qu'en essayant de réduire la luxation dont il était affecté, on réussirait *peut-être*, mais que *peut-être* aussi on aggraverait son état; qu'il était plus prudent, selon moi, de ne rien tenter sous ce rapport, et qu'à la longue, les mouvements de son bras se rétabliraient en partie. Plus tard le malade s'adressa à M. Sédillot qui le guérit à l'aide de tractions et d'un appareil très ingénieux, après treize mois de maladie. Deux fois il avait employé les moyens ordinaires de réduction, en confiant à des aides l'extension et la contr'extension, et deux fois il échoua. Dans ces tentatives, la tête de l'humérus fut momentanément déplacée et portée en dehors de plus d'un demi-pouce. Ces difficultés portèrent M. Sédillot à employer l'appareil suivant. La première pièce servant à la contr'extension était destinée à fixer et à soutenir l'épaule; le plein en était placé sous l'aisselle; une des extrémités remontait de là sur la clavicule, passait sur le bord supérieur du scapulum, l'épine de cet os, et allait se réunir, en croisant sur l'épaule, à l'autre extrémité qui s'étendait horizontalement derrière le dos. Chacune de ces extrémités supportait un anneau traversé par un lien dont les bouts étaient assujettis d'une manière immobile à un crochet en fer scellé dans le mur. Une seconde pièce, d'une forme ovalaire et de huit pouces de longueur, devait encore servir à assujettir l'acromion; le milieu ou plein devait être placé sur cette apophyse; les deux extrémités, portées en avant et en arrière de l'épaule, étaient garnies d'anneaux; les liens qui y étaient attachés passaient dans des poulies fixées au plancher, et permettaient l'emploi de toutes les forces nécessaires pour abaisser l'omoplate de haut en bas, et un peu de dehors en dedans. Une troisième pièce ou brachiale était destinée à l'extension:

une longue bande de flanelle fut roulée autour du membre, depuis les doigts jusqu'au dessus du coude, afin de prévenir l'engorgement; la pièce axillaire contenait l'épaule; les deux anneaux scellés dans le mur pour soutenir les efforts extensifs et contr'extensifs n'étaient pas sur le même plan; l'anneau destiné à la contr'extension étant plus bas que l'autre et que l'épaule, la pièce placée sur l'épaule passait obliquement de haut en bas sur l'acromion et sur le bord supérieur de l'omoplate, de manière à empêcher cet os de basculer.

Tout étant convenablement disposé, une saignée d'une livre et demie fut pratiquée au bras gauche sans aucun effet de syncope, et la traction commencée: elle dura huit ou dix minutes. D'abord successive, elle fut ensuite rendue permanente d'intervalle en intervalle; le malade se plaignait violemment: il accusait de vives douleurs au coude, et demandait qu'on suspendît l'opération. Cependant on apercevait la tête de l'humérus s'approcher peu à peu du bord externe de l'acromion, sans craquement, sans secousse, et sans que la peau de l'aisselle et du bras fût tendue outre mesure. Lorsque la tête de l'humérus eut dépassé le bord externe de l'acromion, et qu'elle fut par conséquent au niveau de la cavité glénoïde, *M. Sédillot* essaya avec la main, puis avec le genou, de la repousser vers l'acromion, en même temps qu'il portait le coude en arrière et qu'il imprimait au bras quelques mouvements de rotation; mais ces efforts restaient sans succès. *M. Sédillot* fit alors appliquer le plein du bandage acromial, resté sans emploi, sur la face postérieure et supérieure du bras; quatre aides en saisirent les cordes et tirèrent vigoureusement en avant, tandis que *M. Sédillot* tirait les cordes en arrière dans une direction absolument opposée; puis, confiant cet effort à un aide, il plaça son avant-bras gauche sous l'aisselle, et fit desserrer lentement le moufle au fur et à mesure qu'il abaissait le coude, en combinant ces deux

mouvements de bascule sur la tête de l'humérus, l'un qui tendrait à la pousser en avant, et l'autre à la faire saillir en dehors: on vit la tête de l'os s'engager sous l'acromion, s'y loger toute entière, et le moignon de l'épaule se reformer. On cessa alors tout à fait l'extension du moufle, le coude fut rapproché du corps, et la luxation se trouva réduite. Toute saillie à la face postérieure du scapulum avait disparu, le moignon de l'épaule était arrondi et reformé en avant; le sommet de l'apophyse coracoïde était enfoncé et profond sous les téguments; les doigts, portés au dessous de l'acromion, rencontraient la tête humérale occupant de nouveau la cavité. Quelques mouvements furent exécutés avec précaution, et la main, qui pouvait à peine s'élever jusqu'au menton avant l'opération, fut facilement portée derrière le cou en passant au dessus de la tête. On plaça un coussin dans l'aisselle, des compresses graduées remplirent la fosse sous-épineuse; le coude fut porté en haut et en arrière au moyen d'un bandage en huit de chiffre, terminé par des circulaires autour de la poitrine; une écharpe fixée par des points de suture compléta l'appareil, et le malade retourna chez lui sans éprouver de douleurs ni de faiblesse. L'appareil fut renouvelé et réappliqué tous les deux jours, après quelques embrocations chaudes sur le membre. La tête de l'humérus avait un peu de tendance à se reporter en arrière: elle faisait entendre un léger bruit de choc dans ses mouvements en avant, et il semblait nécessaire de la fixer dans ce sens.

Il y avait certainement ici luxation en dehors. En effet, il suffit de remarquer que la tête de l'humérus ne pouvait pas être sentie sur le bord coracoïdien de l'acromion, où elle proémine habituellement d'un demi-pouce, et qu'elle faisait au contraire une saillie de près de six lignes sur le bord postérieur de la même apophyse, où on ne la voit point à l'état normal. *M. Sédillot* ne pense pas que ce soit ici un cas de luxation incomplète. Pour moi, je per-

siste dans mon opinion. Remarquons, en effet, certains caractères observés avant la réduction : si la luxation eût été complète, la tête de l'humérus se fût trouvée à plus d'un pouce en arrière du sommet de l'acromion, et elle n'en était qu'à quelques lignes; la cavité glénoïde eût été complètement vide, et elle l'était si peu qu'on pouvait confondre, jusqu'à un certain point, la dépression deltoïdienne avec celle qui résulte d'une fracture du col chirurgical de l'humérus; le coude eût été entraîné jusqu'au niveau des cartilages costaux, et il n'était que légèrement incliné en dedans et en avant; enfin, la fosse sous-épineuse eût été occupée presque en entier par la tumeur, et elle n'en était en quelque sorte que bordée en avant. Ces raisons pourront bien sans doute ne pas paraître concluantes aux yeux de tous les praticiens, d'autant mieux qu'après une aussi longue durée du mal on peut objecter que les parties ont dû s'aplatir, et les saillies comme les creux perdre de leur étendue; mais toutes les raisons qu'on pourrait donner en faveur de l'existence d'une luxation complète seraient, je crois, moins concluantes encore.

Obs. II. — *Chute sur le coude et le devant de la poitrine.* — *Mouvements impossibles ou très douloureux.* — *Allongement du bras.* — *Saillie de la tête de l'humérus sous le bord postérieur de l'acromion.* — *Diagnostic.* — *Luxation sous-épineuse incomplète.* — *Réduction facile.* — *Guérissement très prompt.* — N<sup>\*\*\*</sup>, âgé de cinquante ans, grand, un peu maigre, sujet à des douleurs rhumatismales, quoique d'une bonne santé habituelle, tomba, en montant un escalier, sur le coude gauche et le devant de la poitrine. Ne pouvant remuer le bras, et souffrant de l'épaule, il se fit admettre le lendemain à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Andral qui, après avoir prescrit des cataplasmes et d'autres topiques adoucissants, l'envoya dans ma division au bout de trois jours. Le membre offrait exactement les mêmes caractères anatomiques que dans l'observation

précédente : mouvements volontaires impossibles ou très douloureux, allongement de huit lignes au bras, dépression sur le devant et en dedans de l'acromion, légère saillie de la tête humérale en arrière. Croyant à une luxation incomplète, je résolus d'en tenter aussitôt la réduction. On fit asseoir le malade sur une chaise; un aide placé derrière lui embrassa l'épaule des deux mains en avant et en arrière, comme pour faire la contr'extension. Ayant saisi le bras au dessus du coude avec la main droite, et l'avant-bras demi-fléchi avec la main gauche, je soulevai le tout en tirant un peu, comme pour faire basculer la tête de l'humérus de haut en bas et d'arrière en avant. Le déplacement disparut brusquement avec bruit, avant que j'eusse élevé le coude au niveau de la ligne horizontale et sous le simple effort de mes mains. Dès lors, plus de difformité, ni de douleurs, les mouvements de l'articulation se rétablirent aussitôt, et le malade sortit très bien guéri de l'hôpital au bout de quatre jours.

Ce dernier fait ne me parait laisser aucun doute. Le genre de difformité et surtout la manière dont la réduction s'est opérée ne permettent pas plus de songer à une luxation complète, qu'à une absence de déplacement. Si l'origine du mal, la forme de l'épaule, et le rétablissement instantané des fonctions du membre, mettent la luxation hors de doute, la facilité de la réduction ne rend-elle pas incontestable la luxation incomplète ?

Beaucoup de praticiens ont admis les luxations incomplètes de l'humérus, du côté de l'aisselle. En 1834, M. Laugier en a cité une dans les Archives générales de Médecine. M. Cooper en a également rapportée. J'en avais déjà cité quelques autres, appuyées de l'autopsie cadavérique. Ces diverses observations pouvaient néanmoins présenter quelques doutes. En effet, on voit dans les observations de M. Laugier et de M. Cooper, que la réduction fut impossible, ce qui ne s'accorde guère avec l'idée d'une

luxation incomplète. L'état des pièces recueillies sur le cadavre dans les observations que j'avais citées, pouvait être attribué à une lésion organique de l'articulation; aussi M. Sedillot contestait-il toujours la possibilité de ce genre de luxation.

L'observation suivante la met bien, je crois, dans toute son évidence. Il s'agit ici d'une luxation de l'épaule datant de vingt et un ans. Le malade étant mort, M. Ruzf alors interne a disséqué cette articulation.

Obs. III. — *Chute sur l'épaule, vingt et un ans auparavant. — Réduction incomplète. — Point de changement dans la longueur du membre. — Signes de luxation postérieure. — Mort. — Dissection de l'articulation.* — Le malade avait fait une chute vingt et un ans avant son entrée à l'hôpital sur la place de l'Estrapade, à Paris, et s'était démis le bras. Un rebouteur prétendit, après quelques tractions, l'avoir guéri; mais les mouvemens du bras ne se rétablirent pas, et lorsque le blessé consulta plus tard un chirurgien, celui-ci constata la persistance de la luxation, et l'engagea à garder son membre dans l'état où il se trouvait, sans exposer le peu de mobilité qu'il pouvait recouvrer, et peut-être sa vie, dans des tentatives inutiles, en raison de l'ancienneté du déplacement (il datait d'un mois ou six semaines).

Le malade avait suivi cet avis, et le bras avait peu à peu repris quelques mouvemens, quoique moins fort et moins gros que celui du côté opposé: il était cependant encore très musclé. La saillie deltoïdienne n'avait pas tout à fait disparu; mais, en portant la main sur elle, on sentait proéminer l'extrémité de l'acromion, et les doigts s'enfonçaient au dessous de cette apophyse; la tête de l'humérus était au dessous de l'apophyse coracoïde. Le bras mesuré de l'acromion à l'olécrâne offrait la même longueur que le droit; les mouvemens d'élévation étaient peu étendus, et le malade, en baissant la tête, pouvait à peine

porter les doigts à son front. La rotation était à peu près abolie, et, en examinant le mécanisme des mouvemens, on reconnaissait qu'ils appartenaient presque tous à l'omoplate. Ce malade était entré à l'hôpital pour subir une amputation de la jambe, opération dont il mourut quelques jours après.

*Dissection de l'articulation.* — La peau de la région scapulo-humérale ne présente aucune cicatrice ni aucune adhérence avec les parties sous-jacentes. Les muscles sont volumineux, rouges et d'un bel aspect. On incise le grand pectoral et le grand dorsal à trois pouces de leur insertion à l'humérus, le deltoïde au dessous des apophyses acromion et coracoïde. Le tissu cellulaire de la face interne est plus fibreux qu'à l'état normal, et plus intimement uni à la tête humérale. Le tendon de la longue portion du biceps et le coraco-brachial n'offrent rien à noter; le tendon du muscle sous scapulaire est très large, aplati, moulé sur la tête de l'humérus et sur la capsule, dont on le sépare très difficilement. Les muscles sus et sous épineux et petit rond se confondent à leur terminaison avec le tissu fibreux articulaire, sans cesser d'être reconnaissables. Tous ces muscles sont volumineux, sans indices de lésions soit récentes, soit anciennes; détachés de l'omoplate, ils laissent l'articulation parfaitement à découvert. La face antérieure et externe de cette articulation étant vue en avant et réduite aux éléments ostéo-fibreux, l'épaule n'offre pas les signes ordinaires d'une luxation; la tête de l'humérus est à la vérité moins saillante au dehors que dans l'état naturel, et n'atteint pas le bord de l'acromion; mais elle se trouve sous cette apophyse, et paraît aplatie et déformée; elle a trois pouces de largeur et recouvre toute la cavité glénoïde, puis se porte en dedans, au dessous de l'apophyse coracoïde, avec la face inférieure de laquelle elle est dans un rapport immédiat. La coulisse bicipitale offre un point osseux de quatre lignes environ de hauteur, sous lequel

glisse avec facilité le tendon de la longue portion du biceps. En général, le tissu fibreux est abondant, fortement prononcé, et se confond avec l'origine du ligament capsulaire, qui n'a que quatre ou cinq lignes d'étendue, les os s'écartant à peine l'un de l'autre à la partie supérieure de l'articulation. La face interne et inférieure laisse apercevoir : 1° la fosse sous-scapulaire; 2° un rebord osseux long de deux pouces qui forme la limite de la nouvelle cavité du scapulum; 3° la tête de l'humérus parsemée de tubercules osseux et placée au dessous de l'apophyse coracoïde, qu'elle dépasse à peine en dedans, où elle forme une saillie considérable de deux pouces trois lignes de hauteur; 4° une capsule fibreuse très dense et très épaisse, se portant du scapulum à l'humérus dont elle recouvre un pouce en haut, dix-huit lignes en bas; 5° le tendon du muscle sous-scapulaire fixé au dedans de la coulisse bicipitale, dans une étendue de plus d'un pouce. Vue par sa face postérieure, l'articulation ne présente pas moins de difformité. La fosse sous épineuse et le bord correspondant de la cavité glénoïde paraissent normaux. L'humérus repose sur ce dernier et le dépasse de six lignes en bas et de deux en arrière : il est aplati et a la forme d'une pyramide triangulaire, épaisse d'un pouce en haut et de deux en bas. La portion de capsule qui réunit les deux os est très dense et leur permet peu de mobilité; la longue portion du muscle triceps s'insère très près d'elle et lui envoie des prolongements. Il résulte de l'ensemble de cette description que la tête de l'humérus occupe en même temps toute la cavité glénoïde, le col glénoïdien et une petite partie de la fosse sous scapulaire, qu'elle est fort aplatie, étroite et mince en dehors, renflée en dedans et articulée d'une manière presque immobile sur le scapulum par une capsule qui ne mérite ce nom qu'en dedans, où elle recouvre, en effet, une assez grande épaisseur de la tête osseuse, tandis qu'en bas et en dehors elle s'insère presque au point

de contact des os. Ces choses étant bien constatées, l'articulation fut alors ouverte par sa partie supérieure en incisant le tendon du sus-épineux et la capsule, ou plutôt le ligament court et résistant qui la remplace. L'incision fut prolongée en dedans et en dehors, et ce tissu avait une telle force qu'il fut impossible de le déchirer dans aucun point, et même en se servant de l'humérus en guise de levier et en agissant sur des portions isolées. Les deux os séparés, on vit qu'ils se joignaient par une espèce de ginglyme, et que les surfaces de rapport étaient extrêmement déviées de leur forme naturelle. La nouvelle surface articulaire du scapulum était beaucoup plus large que la naturelle; elle était formée aux dépens de la cavité glénoïde et de tout le col de cette cavité, jusqu'au dessous de l'apophyse coracoïde. Il en résulte la disparition complète du bourrelet glénoïdien et du bord qu'il surmonte. Cependant un changement de direction ou de niveau indique très bien la situation et permet de partager cette nouvelle cavité en deux portions; l'une externe, ancienne cavité normale, encore un peu concave, très allongée, se réunit par une surface mousse, mais un peu moins saillante à la seconde ou interne qui s'incline vers la fosse sous scapulaire, où elle se termine par un rebord osseux. Cette large surface articulaire a deux pouces cinq lignes de hauteur et un pouce quatre lignes de diamètre transversal à son tiers supérieur, deux lignes de moins à son tiers inférieur. Le tissu osseux est à nu et on retrouve à peine quelques traces de cartilage et de périoste. La portion intra articulaire du biceps est très volumineuse; elle s'insère normalement au scapulum, et se continue vers le bord postérieur de la cavité glénoïde avec le bourrelet glénoïdien qui a acquis un très fort volume et est ossifié dans une étendue de treize lignes : une facette de contact existe à la face inférieure de l'apophyse coracoïde. La tête de l'humérus n'est pas moins altérée : au lieu d'offrir une forme sphérique, elle est for-

tement creusée dans son milieu et de haut en bas par un sillon profond qui la partage en deux portions : l'une externe, assez mince et un peu plus large, irrégulièrement convexe, répond à l'ancienne cavité glénoïde, l'autre interne, presque plane, très épaisse, appuyée sur le prolongement de la nouvelle surface articulaire du scapulum. Le sillon profond qui a été noté est en rapport avec l'angle mousse, qui divise en deux la cavité de réception de l'omoplate. L'humérus a, dans sa surface articulaire, deux pouces trois lignes de hauteur, deux pouces de largeur et deux pouces neuf lignes en mesure oblique. La substance osseuse est à nu, et il n'existe que des traces à peine sensibles de cartilage sur les points les moins exposés au frottement. L'humérus tout entier est moins long et moins gros que celui du côté sain, ce qui explique comment le bras ne paraissait pas allongé pendant la vie.

Cette pièce prouve incontestablement l'existence d'une luxation incomplète. *M. Sédillot*, qui a vu le malade pendant sa vie, et qui a disséqué l'épaule avec *M. Ruz*, n'admet pas même dans ce cas la luxation incomplète : il croit que la luxation était complète primitivement et qu'elle n'a pris ce caractère que secondairement. Malgré la valeur des recherches de *M. Sédillot* et la force des arguments donnés en faveur de son opinion à l'occasion de ce malade, je ne puis la partager, et je persiste à regarder ce cas comme un exemple des mieux constatés d'une luxation incomplète de l'humérus.

2° *Luxations antéro-internes ou axillaires.* En se portant vers l'aisselle, la tête de l'humérus ne conserve pas toujours les mêmes rapports avec les parties voisines, de là les différentes espèces de luxations du bras qu'on a voulu établir de nos jours. Si les auteurs classiques n'ont établi presque aucune distinction entre les différentes luxations axillaires, les auteurs modernes en ont multiplié souvent

sans motifs les variétés : c'est ainsi que *M. Sédillot*, par exemple, nomme *luxation intercostale* la luxation dans laquelle la tête de l'humérus a passé entre deux côtes pour se loger dans la poitrine. Alors pourquoi ne pas en faire une autre espèce de celle qui a été rapportée par *Percy*, et dans laquelle le bras avait traversé le thorax de part en part ? Il en est de même encore de quelques autres variétés admises par *M. Sédillot*, de la luxation *sous-cora-coïdienne*, *scapulo-claviculaire*, *costo-claviculaire*. Je crois ne devoir admettre comme véritablement utiles dans la pratique que trois variétés bien séparées : 1° la luxation *sous-pectorale*; 2° la luxation *sous-scapulaire*; 3° la luxation *sous-claviculaire*. Ces luxations ont en effet un mécanisme et un siège tout à fait différents, et exigent pour leur réduction des moyens qu'il ne faut pas confondre.

*Luxation sous-pectorale.* C'est celle dans laquelle la tête de l'humérus s'est placée dans le creux de l'aisselle entre les muscles sous scapulaire et pectoraux. C'est cette variété que les auteurs ont nommé *luxation en bas* et celle que *M. Sédillot* nomme *luxation axillaire*.

*Luxation sous-scapulaire.* Dans celle-ci, la tête de l'humérus se loge dans la fosse axillaire du scapulum, et est séparée du creux de l'aisselle par le muscle sous-scapulaire.

*Luxation sous-claviculaire.* Ici la tête de l'humérus remontée près de la racine de l'apophyse coracoïde ou de la clavicule, se trouve comme bridée en dessous par la portion supérieure du muscle sous-scapulaire.

La luxation sous-pectorale aura principalement lieu si au moment du déplacement, le bras se trouve élevé au dessus de l'angle droit sur le scapulum. La capsule se déchire alors en bas et en dedans, de telle façon que la tête de l'humérus glisse sur le bord inférieur ou bien à travers les faisceaux les moins élevés du muscle sous-scapulaire pour se loger sous le muscle grand pectoral, un peu plus haut, un peu plus bas, dans le creux de l'aisselle.