

On doit s'attendre à la luxation sous-scapulaire, si le coude est un peu moins élevé, ou à peu près sur le même plan que l'épaule, lorsque le déplacement s'effectue, soit par cause directe, soit par cause indirecte.

La luxation sous-claviculaire n'est guère possible, qu'à la suite de violences exercées sur le coude ou sur la main de bas en haut, et de dehors en dedans, ou bien à l'occasion d'efforts et de coups portés sur le tiers supérieur dans le même sens, pendant que le coude serait retenu par quelque puissance.

Ces trois sortes de luxations antéro-postérieures, sous-pectorale, sous-scapulaire, sous-claviculaire présentent des signes différentiels qui varient très-peu. Je vais vous les présenter d'une manière générale.

Dans la luxation sous-pectorale, le muscle grand pectoral est plus ou moins élevé et bombé. La dépression sous-claviculaire est conservée, l'acromion est très saillant, il y a un aplatissement considérable du deltoïde. La tête de l'humérus est presque à nu sous la peau dans l'aisselle qu'elle remplit. Elle est facile à sentir à travers le grand pectoral d'avant en arrière; les mouvements volontaires et les mouvements communiqués sont généralement assez faciles, le coude est écarté du thorax et légèrement porté en arrière. Le bras est plus long de deux à douze lignes, que celui du côté opposé; l'angle inférieur du scapulum est fortement relevé en arrière, et écarté de la colonne vertébrale.

Dans la luxation sous-scapulaire le grand pectoral est à peine soulevé ou bombé. Le creux sous-claviculaire est à peu près effacé, l'acromion est moins saillant et le deltoïde moins tendu; la tête de l'humérus est séparée de la peau de l'aisselle par une couche épaisse de tissus; on ne la sent que difficilement à travers le grand pectoral: on peut glisser les doigts entre elle et la paroi interne du thorax. Les mouvements du bras sont bornés assez difficiles, et produisent une sorte de

crépitation, le coude est écarté du thorax et porté un peu en avant: le bras est de quelques lignes plus long, de quelques lignes plus court que celui du côté opposé, ou de même longueur que celui du côté opposé: tout le bord du scapulum est soulevé en arrière.

Dans la luxation sous-claviculaire, le grand pectoral est épaissi sans être soulevé, il y a un relief à la place du creux sous-claviculaire, la saillie acromiale et la dépression deltoïdienne sont plus évidentes en arrière qu'en avant, la tête de l'humérus est au sommet de l'aisselle, et difficile à bien sentir; elle est appréciable en avant à travers la portion élevée des muscles deltoïde et grand pectoral; les mouvements sont douloureux et presque impossibles à produire: quelquefois il y a de la crépitation, le bras est légèrement déjeté en arrière, mais à peine écarté du thorax en dehors; le membre est plus court que celui du côté opposé, le bord postérieur de l'omoplate est plus saillant ou plus soulevé en haut qu'en bas.

Dans ces trois espèces de luxations que j'ai établies, il peut se trouver des nuances assez voisines l'une de l'autre pour embarrasser le praticien, pour en rendre la détermination rigoureuse impossible: dans quelques cas, par exemple, que la petite tête de l'humérus soit fracturée ou non, il arrive que la tête cartilagineuse s'engage entre les fibres du muscle sous-scapulaire, en bas, en haut, ou au milieu, au point d'en rendre le dégagement et la réduction très-embarrassants et très-difficiles; mais à en juger par ce que j'ai observé, ces cas doivent être assez rares.

Le soulèvement de l'angle inférieur, de l'angle supérieur ou de tout le bord postérieur de l'omoplate, et l'écartement plus ou moins manifeste de la partie de l'épine vertébrale, m'ont semblé mériter dans la pratique une attention qu'aucun auteur, excepté *M. Sedillot*, ne leur a donnée jusqu'ici.

Je vous ai parlé d'un *craquement* particulier qui se rencontre dans la luxation sous-scapulaire. Ce signe existe aussi quelquefois dans la luxation sous-claviculaire; mais on ne l'observe pas dans les luxations sous-pectorales. Ce bruit est parfois très fort. Pour le bien entendre ou le bien sentir, il faut embrasser à pleine main le sommet de l'épaule, en appuyant sur l'acromion, pendant que de l'autre main on imprime des mouvements un peu brusqués de rotation et de refoulement au bras. Pouvant faire naître l'idée d'une fracture du col anatomique ou chirurgical de l'humérus, de la clavicule, de l'apophyse coracoïde ou de l'omoplate, ce symptôme doit être étudié avec soin. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'au lieu des caractères de la crépitation fine ou sonore d'un os brisé, il a quelque chose de sourd, de profond, du *croquant* des cartilages, qui indique que deux corps durs et bosselés glissent l'un sur l'autre.

Obs. IV. — *Chute dans un escalier. — Luxation sous-scapulaire droite. — Craquement des surfaces articulaires simulant la fracture du col de l'humérus. — Allongement du bras luxé de trois lignes le premier jour de l'examen du bras. — Disparition de cet allongement le lendemain.* — Michot Suzanne, âgée de soixante-cinq ans, marchande, d'une bonne constitution, fit, le 20 juin 1835, une chute dans un escalier, sans savoir précisément comment était placé son bras droit, qui depuis ce moment resta douloureux dans son articulation avec l'épaule; elle se releva seule, ne put se servir de ce bras et garda la chambre.

Le 23 juin elle entre à l'hôpital de la Charité; elle présente le coude droit écarté de la base de la poitrine en devant, avec impossibilité de le mouvoir en avant et en arrière; elle peut le rapprocher du tronc, mais lentement: néanmoins elle ne peut mettre la main sur la tête. Il y a une concavité à la partie externe de l'épaule avec saillie de l'acromion. Lorsqu'on relève le bras à angle droit il n'y a pas de dépression sous-claviculaire de ce côté. Dans l'ais-

selle on sent très distinctement, au dessous, la tête de l'humérus qui se ment lorsqu'on remue le membre. Le bras, mesuré de l'acromion à l'épicondyle, est plus long d'environ trois lignes que celui du côté gauche. Dans les mouvements du bras on sent très distinctement un *craquement* produit par des surfaces raboteuses, mais non une crépitation nette: de sorte qu'il est probable qu'il n'y a pas de fracture du col de l'humérus, et qu'il s'agit seulement d'une luxation sous-scapulaire. La réduction a été essayée une première fois par l'élévation du bras parallèlement à l'axe du corps, et n'a pas réussi; on n'insiste pas, dans la crainte d'une luxation compliquée de fracture. Le 24 juin, l'allongement du membre n'a pas été retrouvé. On maintient le bras appliqué sur la poitrine jusqu'au 3 juillet. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et depuis que le bras est maintenu appliqué sur la poitrine, les mouvements sont devenus plus libres, la malade lève le coude à angle droit, avance et recule le bras. La réduction est alors essayée par les moyens ordinaires, c'est à dire par l'extension horizontale: elle réussit facilement. On maintient libre le bras appliqué contre la poitrine; le craquement et tous les autres symptômes ont disparu; les mouvements ne sont plus gênés, et la malade peut se servir de son bras sans douleurs. Elle sort le 12 juillet suivant (1).

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. La longueur d'abord plus grande du bras est un phénomène qui démontre, contrairement à ce qu'ont dit quelques chirurgiens modernes, que la tête de l'humérus n'est pas susceptible de déplacements consécutifs. Ajoutez à cette particularité, le craquement, la crépitation très prononcée dont l'épaule était le siège, et qui auraient pu aisément faire croire à une fracture du col anatomique de l'humérus, soit simple, soit compliquée de luxation. Aussi *M. Sedillot, Hippolyte Larrey,*

(1) Observation recueillie par *M. Agneil.*

et quelques autres praticiens qui virent la malade, restèrent-ils dans le doute comme moi pendant quelques jours. Ayant constaté depuis le même bruit, et l'expliquant par le frottement de l'os du bras contre le côté interne de la cavité glénoïde, il m'a servi à caractériser les luxations sous scapulaires et sous-claviculaires. Un malade que j'ai vu en mai 1837 avec *M. Bérard* aîné, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui offrait ce craquement au plus haut degré, a complètement justifié mes remarques sous ce rapport.

Le changement de longueur dans le bras est un point qui mérite beaucoup d'attention, et qu'il importe d'éclaircir après tout ce qui a été dit à ce sujet dans ces derniers temps. Je vais donc étudier avec soin ce symptôme. Cette remarque de l'allongement du bras avait été déjà faite par les anciens : *Celse* (1) avait dit que le bras luxé était plus long que l'autre, quand la luxation avait lieu en dedans. *Duverney* (2) ne s'est pas borné à noter le fait ; il a cherché à s'en rendre compte en disant que le bras était plus long parce que la tête de l'os se trouve au dessous de la cavité glénoïde. *Petit Radet* (3) prétend qu'on ne remarque l'allongement que dans les luxations internes ou externes, tandis que dans les luxations en avant, on observe un raccourcissement. *M. Malgaigne* (4) soutint que l'allongement du bras était constant dans toute luxation de l'épaule, qu'il ne peut jamais être raccourci. Enfin, *M. Sedillot* (5) prétendit que l'absence de cet allongement serait inexplicable dans les luxations récentes de l'humérus. Je partageai d'abord l'opinion de ces deux auteurs, opinion fondée sur les données anatomiques des observations et des expériences. Voyant d'un autre côté que c'était un moyen

(1) *Celsi. De re medicâ*, livre 8.

(2) *Duverney, Maladies des os*, t. II, p. 142.

(3) *Encyclopédie méthodique*, partie chirurgicale, t. I, p. 227.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1834.

(5) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, p. 255.

infaillible de distinguer les luxations des fractures du col de l'humérus, puisque le bras est à peu près inévitablement raccourci dans celles-ci, je ne négligeai rien pour bien vérifier la chose. Je me convainquis alors que cet allongement était loin de toujours exister ; je pris toutes mes mesures avec le plus grand soin, les deux bras ayant toujours été mesurés dans la même position, c'est-à-dire en les rapprochant modérément du tronc ; un ruban était porté ensuite de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'épicondyle, ou de l'épitroclée, ou de l'olécrâne. J'ai trouvé chez les uns un raccourcissement, chez les autres un allongement. J'ai fait ces observations soit à l'hôpital de la Pitié, soit à l'hôpital de la Charité, depuis la fin de 1834 et le commencement de 1835, époque à laquelle je fis sur ce sujet deux leçons cliniques. D'autres personnes ont confirmé la plupart de mes observations : *M. Laugier* avait déjà trouvé un demi-pouce de raccourcissement dans une luxation qu'il croyait incomplète ; *M. Robert* m'en a communiqué un exemple plus concluant encore ; enfin, *M. Maisonneuve*, qui était alors interne dans mon service, fit de nombreuses expériences sur le cadavre, et il alla bientôt jusqu'à dire, dans sa thèse inaugurale (1), que dans les luxations de l'humérus le bras est toujours raccourci.

Il est donc certain que tantôt le bras est allongé, et que tantôt il est raccourci dans les luxations de l'épaule. Quelles sont les causes de ces différences ? Je pensai d'abord pouvoir expliquer le raccourcissement du bras dans quelques luxations de l'épaule, en admettant que, dans certaines d'entre elles, l'omoplate éprouve un mouvement de bascule qui abaisse plus ou moins le sommet de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, en même temps que l'humérus déplacé représente une ligne diagonale, eu égard à l'axe qu'on tire de l'acromion à l'épicondyle. Mais, après

(1) Thèse n° 401. Paris, 1835.

avoir fait des expériences sur le cadavre, je me suis assuré qu'il y avait allongement de quelques lignes, d'un demi-pouce, d'un pouce même, dans les luxations *sous-pectorales*; une longueur à peu près égale, de deux ou trois lignes, en plus ou en moins que du côté sain, dans les luxations *sous-scapulaires*; enfin un raccourcissement variant de quelques lignes, à un pouce, dans les luxations *sous-claviculaires*. J'ai fait sur le vivant les applications de ces expériences sur le cadavre, et jusqu'à présent je les ai trouvées parfaitement exactes.

A ce sujet, Messieurs, j'ai fait une remarque qu'il est bon de ne pas perdre de vue, relativement à la longueur du bras luxé; c'est que certains sujets ont les membres de longueur dissemblable avant l'accident, et cela pour causes diverses. Il faut donc se tenir sur ses gardes à cette occasion. En novembre 1836, il vint à la clinique de la Charité une femme âgée de soixante-treize ans, qui s'était luxé l'épaule gauche dix jours auparavant. Ici la mesure comparative était impossible, car le bras droit, qui n'avait pris aucun développement depuis l'âge de dix ans, semblait être complètement atrophié; la luxation était sous-scapulaire, et fut facilement réduite par les tractions horizontales.

M. Sédillot, modifiant ses premières opinions, prétendit plus tard que, loin d'être toujours allongé, le bras luxé devait être constamment raccourci, quand on prenait la précaution de le tenir dans une position horizontale, c'est à dire à angle droit sur le tronc, pendant qu'on en prend la mesure comparative. En effet la tête de l'humérus ayant glissé du côté de la fosse sous-scapulaire, doit se trouver sur un plan postérieur à celui de la cavité glénoïde, ce qui rend inévitable le raccourcissement du membre. Cette manière de voir que j'adoptai d'abord ne tarda pas à être démentie par l'observation.

Obs. V. — *Chute sur le coude gauche.* — *Luxation sous-scapulaire.* — *Allongement du bras de quatre lignes dans la position horizontale.* — Le 5 septembre 1836 on conduisit à l'hôpital de la Charité, pendant la visite, un jeune homme âgé de vingt-sept ans, exerçant la profession de boucher, et très fortement musclé. Il s'était luxé l'épaule gauche le matin même en tombant sur le coude. Tous les signes de la luxation sous-scapulaire existaient. Mesuré le long du tronc le bras luxé offrit une longueur égale à celle de l'autre. Relevé à angle droit, nous le trouvâmes plus long de *quatre lignes*. Surpris de ce résultat inattendu, je répétai et fis répéter l'expérience un grand nombre de fois et de toutes les façons possibles, sans pouvoir obtenir autre chose. Le fait étant bien constaté, il fallait donc faire céder l'impossibilité anatomique à l'examen clinique. J'opérai la réduction au moyen de l'extension horizontale, et nous réussîmes.

Sur cinq autres sujets dont le bras était luxé, et sur lesquels je mesurai comparativement les bras dans la position horizontale, j'ai trouvé aussi cet allongement, ou au moins aucun raccourcissement. Sur l'un d'eux, j'ai même rencontré un allongement de près d'un pouce.

Obs. VI. — *Chute sur le côté, le bras droit étendu.* — *Luxation sous-pectorale.* — *Allongement dans le sens horizontal (un centimètre) et dans le sens vertical (deux centimètres).* — *Réduction.* — *Louis Brunet*, âgé de trente-neuf ans, entra à l'hôpital de la Charité le 26 avril 1837. Il avait fait une chute le 18 avril au soir. En atteignant le haut d'une rampe d'escalier, un de ses pieds ayant été retenu par le rebord de la dernière marche, il tomba de côté, sur le pallier, en étendant le bras droit vers le mur. Mais ce point d'appui ne fut rencontré par le coude et l'avant-bras demi-fléchi, que lorsque l'équilibre ne pouvait plus être rétabli; de sorte que l'articulation de l'épaule droite supporta sous le poids du corps une extension for-

cée. Immédiatement après la chute, il a si peu souffert qu'il a pu se déshabiller, et s'endormir comme s'il n'avait éprouvé qu'une légère contusion. Cependant, au milieu de la nuit, il fut réveillé par de vives douleurs dans l'épaule, et c'est alors seulement qu'il commença à s'apercevoir que les mouvements de son bras étaient devenus très difficiles. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il fit sur la partie malade des applications d'eau-de-vie et de savon qui firent disparaître le gonflement et la douleur. La gêne des mouvements persista, et les efforts que faisait le malade pour étendre son bras en avant, produisaient dans tout ce membre un engourdissement et des fourmillements qui l'empêchèrent de reprendre son état de tailleur. Huit jours après son accident, il entra à l'hôpital de la Charité.

Cet homme a eu jadis la clavicule droite fracturée dans son milieu. On voit encore sur ce point un cal assez volumineux. Il n'a jamais eu de luxations de l'épaule, ni de fractures du bras.

*Examen de la partie malade.* L'acromion fait une saillie considérable en dehors, ce qui donne à l'épaule, une forme anguleuse très prononcée. Si l'on déprime avec les doigts les faisceaux externes du muscle deltoïde, tendus perpendiculairement au dessous de cette apophyse, on ne sent point la tête arrondie de l'humérus, et l'on n'est arrêté que par la surface glénoïdienne. Au niveau du tiers externe du grand pectoral, à deux ou trois travers de doigt de la clavicule, existe une bosse arrondie qui est due au soulèvement des parties molles par un corps dur, que l'on fait tourner sur place, sans douleur ni craquement, en imprimant au bras de légers mouvements de rotation sur son axe. C'est évidemment la tête de l'humérus sortie de la cavité glénoïde.

L'angle postérieur et inférieur de l'omoplate est soulevé et plus écarté du sillon dorsal que celui du côté gauche. La même différence existe pour l'angle supérieur.

La région sous-épineuse est plus oblique en devant et en dehors que celle du côté sain, et le relief du muscle sous-épineux dont les fibres sont distendues est tout à fait effacé.

Le coude est écarté du tronc et porté un peu en arrière : on peut sans déterminer de douleur le ramener sur le côté et même un peu en devant, mais non le rapprocher du thorax. Ces mouvements font remonter la saillie sous-pectorale. Si on examine la face externe et postérieure du bras, on voit, au niveau de l'insertion deltoïdienne, une dépression très marquée, dont on augmente la profondeur en élevant le coude en dehors. Si en maintenant cette portion, on palpe le creux axillaire, on sent derrière la paroi antérieure, la tête de l'humérus au dessous de la peau. L'élévation du coude au devant de la poitrine est impossible. L'élévation du bras en dehors peut être portée jusqu'à la position horizontale.

La réunion de tous ces signes ne permet pas de douter de l'existence d'une luxation de l'épaule en bas et en avant (luxation sous-pectorale), il n'y a aucun signe de fracture du col de l'humérus, ni des os de l'épaule, ni de toute autre complication.

Pour compléter la collection des signes de cette luxation. On mesure comparativement les deux bras, d'abord dans la position verticale, c'est à dire abaissés le long du thorax, puis dans la position horizontale en dehors, en prenant pour points fixes des mesures la saillie postérieure de l'apophyse acromion et l'épicondyle. Dans la position verticale, le bras luxé est plus long que l'autre de près de deux centimètres, dans la position horizontale il est plus long d'un centimètre seulement.

Le 28 avril on procède à la réduction de la manière suivante : le malade étant couché sur un plan horizontal, un aide fait la contr'extension en déprimant l'épaule avec le pied. *M. Velpeau*, après avoir étendu le membre luxé,

lui fait décrire un demi-cercle horizontal, et en confie l'extrémité à un aide vigoureux, qui placé vers la tête du malade pour la contr'extension, est chargé d'exercer dans la direction de l'axe du corps, de fortes tractions. En même temps, le chirurgien fait la coaptation; dès que la tête de l'os est dégagée de dessous les muscles pectoraux et placée en face de la cavité glénoïde, il s'empare du bras luxé avec la main gauche, et le ramène promptement sur le côté du thorax, tandis qu'avec sa main droite il refoule la tête de l'humérus, en dehors et en haut. Une seule tentative a suffi pour opérer la réduction qui n'a pas été douloureuse. Avant d'envelopper le bras d'une écharpe, on le mesure de nouveau comparativement à l'autre, et on les trouve parfaitement égaux. Le lendemain Brunet sortit de l'hôpital (1).

Obs. VII. *Chute sur le bras gauche. — Luxation sous-scapulaire. — Allongement horizontal du bras luxé d'un pouce.* — Lafond, âgé de trente-deux ans, tailleur, est entré à l'hôpital de la Charité le 19 janvier 1857. Le 16 de ce mois il a fait une chute sur le bras gauche, mais il ne peut rendre compte des circonstances de cette chute. Voici les symptômes qu'il présente :

Le coude gauche est écarté du tronc de quatre à cinq pouces; il y a impossibilité pour le malade de le rapprocher du corps; dépression au niveau du deltoïde, au dessous de l'acromion, qui fait saillie à la partie externe de l'épaule, où le toucher ne peut constater la présence de la tête de l'humérus. L'angle inférieur de l'omoplate est plus écarté de la ligne médiane que dans l'état normal. On sent une tumeur arrondie, dure dans l'aisselle, un peu au dessous et à la partie interne de l'apophyse coracoïde. Mis dans une position analogue, le long de la poitrine et me-

(1) Observation recueillie par M. Moissenet, élève interne à l'hôpital de la Charité.

surés de l'angle postérieur de l'acromion à l'épitroclée, les deux bras offrent exactement la même longueur. Soulevés à angle droit et d'une manière égale des deux côtés, puis mesurés à partir des mêmes points, ils diffèrent beaucoup. En effet, le bras luxé est d'un pouce plus long que le bras sain. Pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreur sous ce rapport, plusieurs personnes renouvelent l'examen le dimanche matin et le lendemain au lit du malade. Le ruban est successivement adressé à toutes les saillies de l'acromion et du coude sans donner d'autres résultats; il en est de même à l'amphithéâtre, où les mesures sont prises de nouveau en présence des élèves. Les premières tentatives de réduction dirigées directement en dehors et horizontalement ont rétabli sans peine les surfaces articulaires dans leur état normal; on soutint le membre réduit dans une écharpe, et le malade sortit le lendemain de l'hôpital (1).

Obs. VIII. *Chute. — Luxation sous scapulaire du bras droit. — Même longueur des deux bras, dans la position horizontale et dans la position verticale.* — Jules Comte, corroyeur, âgé de soixante-huit ans, entra à la Charité le 3 mars 1857; il avait fait l'avant-veille une chute de sa hauteur. Il ne peut rendre compte des circonstances de cette chute. Depuis, il n'a pu se servir de son bras droit.

Voici ce que l'on constate. L'épaule droite est beaucoup plus saillante que la gauche: elle semble gonflée ou le siège d'une infiltration. La clavicule de ce côté est moins apparente que celle de l'autre; son extrémité acromiale semble abaissée. Ce n'est qu'avec douleur que le bras se rapproche du corps; il y a un vide sous l'acromion. Le creux sous claviculaire a disparu. Dans l'aisselle, on sent une grosseur que l'on reconnaît pour être l'extrémité supérieure de l'humérus. Le coude est porté en avant plutôt qu'en arrière. Les deux bras, rapprochés du corps, sont de la même longueur; il

(1) Observation recueillie par M. Gros-Lambert.

en est de même quand on les relève à angle droit sur le tronc, il n'y avait pas entre eux la moindre différence. *M. Velpeau* procède à la réduction par des tractions horizontales. Ce ne fut qu'à la seconde tentative qu'on réussit. Le bras fut soutenu dans une écharpe. Le lendemain il y avait une vaste ecchymose recouvrant tout le moignon de l'épaule; elle se dissipa au bout de quatre jours presque entièrement. Le malade sortit de l'hôpital le 7 avril (1).

Obs. IX. *Chute sur le côté droit. — Luxation sous-scapulaire, allongement du bras luxé d'un centimètre et demi. — Jacques Gressier, âgé de cinquante-cinq ans, paveur, étant en état d'ivresse fait une chute de sa hauteur sur le côté droit. Le 20 juin il entre à l'hôpital de la Charité. Voici son état :*

Le coude est écarté du tronc et porté en avant, le malade ne peut lui-même imprimer des mouvements au membre. Lorsqu'on cherche à le rapprocher du tronc, la douleur est vive : l'épaule est déformée, sa sphéricité a disparu; l'acromion est saillant; au dessus de cette apophyse on ne sent point par le toucher la tête de l'humérus comme dans l'état normal. Le deltoïde est manifestement tirailé, distendu et allongé, on voit ses fibres se contracter spasmodiquement tantôt dans un point, tantôt dans un autre, sous l'influence de l'irritation causée par leur distension forcée et permanente. Cette contraction partielle et continue des fibres a lieu sans que le malade veuille imprimer aucun mouvement à son bras, et dans l'état de repos le plus complet. Le creux sous-claviculaire est un peu effacé. La main, portée dans le creux de l'aisselle, trouve une tumeur dure, non sous-cutanée, mais un peu enfoncée dans la profondeur des tissus. Les deux bras dans leur direction naturelle, mais pendants à côté du corps, étant mesurés avec la plus scrupuleuse attention, sont

(1) Observation recueillie par *M. Fortineau*.

exactement de la même longueur; dans la position horizontale, le bras luxé est d'un centimètre et demi plus long que l'autre, soit qu'on le dirige en avant, soit qu'on l'incline autant que possible en arrière.

La réduction fut faite de la manière suivante : on place sous l'aisselle, du côté malade, un coussin sur lequel on applique la partie moyenne d'un drap plié en cravate, dont les chefs sont confiés à des aides; on applique ensuite une serviette sur le poignet, etc., etc. Les tractions sont dirigées horizontalement d'abord, puis rapidement en bas et un peu en avant, pendant que le chirurgien tenant à pleine main le bras du côté malade poussait la tête de l'os dans sa cavité. La tête de l'os reutra sans bruit, ce qui fit que l'extension fut plus énergique et plus soutenue qu'elle n'aurait dû l'être, car rien n'avertissait que les surfaces articulaires fussent déjà en rapport, quand elles s'y trouvaient effectivement; on appliqua des compresses imbibées d'eau blanche sur l'épaule, le bras étant maintenu contre le tronc par quelques tours de bande. Le malade sortit guéri le 28 juin (1).

Obs. X. — *Chute sur le côté. — Luxation sous-scapulaire. — Même longueur des deux bras dans la position verticale. — Allongement de six lignes dans la position horizontale. — Madame J..., âgée de soixante-deux ans, grande, forte, douée d'un certain embonpoint, jouissant d'une bonne santé, fit une chute dans l'escalier le soir en rentrant chez son fils à Passy; ce fut le coude qui porta sur le sol, et comme pour retenir le tronc à la manière d'un crochet. Il en résulta une douleur vive de l'épaule et l'impossibilité de mouvoir le bras; on me prévint de l'accident le lendemain, et je me rendis près de la malade à midi. La luxation de l'épaule était évidente. Le coude fortement écarté du tronc était un peu porté en avant. Le*

(1) Observation recueillie par *M. Gros-Lambert*.

muscle grand pectoral légèrement soulevé laissait apercevoir le creux sous-claviculaire; on sentait dans l'aisselle une tête dure séparée de la peau par une couche épaisse de tissus. Tout le bord postérieur de l'omoplate proéminent est écarté d'un centimètre de plus que celui du côté opposé et dans toute sa longueur. Mesuré de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, le bras tenu près du thorax offre exactement la même longueur que le bras sain. Élevé à angle droit et horizontalement sur le tronc, le bras luxé est de six lignes plus long; une sorte de crépitation, de craquement, qu'on sent bien en embrassant à pleine main le moignon de l'épaule, se manifeste quand on remue le membre, qui peut être facilement porté en avant et en haut.

Pensant avoir affaire à une luxation sous-scapulaire, je crus pouvoir annoncer que la réduction serait facile à l'aide des tractions horizontales. Une serviette roulée en cravate, fixée par sa partie moyenne autour du poignet et dans la main à l'aide de tours de bande, est aussitôt confiée aux deux aides chargés de faire l'extension. La contr'extension est exercée au moyen d'un drap aussi plié en cravate et qui entoure la poitrine en prenant son point d'appui sur une pelotte de linge placée entre les deux bords de l'aisselle du côté malade: une autre personne se chargea de fixer le bord supérieur du scapulum avec la main. Tout étant ainsi disposé, je soulevai le membre à angle droit et me plaçai en avant. Ayant saisi le bras par la face antérieure de la main droite près de l'aisselle, pendant que de la main gauche je l'embrassais par derrière vers le coude, je me mis en mesure de favoriser le mouvement de bascule, et de faire rentrer la tête luxée dans sa cavité naturelle. L'extension était à peine commencée qu'il me suffit du plus léger effort pour remettre les choses en place. La secousse, le bruit caractéristique de ces sortes de réduction, se firent aussitôt entendre, et indiquèrent à la

malade comme aux assistants que le mal avait disparu. L'épaule revint sur le champ à sa forme normale, et les mouvements du bras reprirent leur liberté. Une écharpe pour soutenir le coude et l'avant-bras, des compresses sur l'épaule, et le repos, ont été prescrits pour quelques jours. Le 25 juin, quinze jours après l'accident, la malade n'éprouvait plus qu'un peu de gêne et de raideur dans l'articulation.

Nous avons vu jusqu'à présent des observations avec allongement ou longueur égale à peu près du bras. Ces luxations appartenaient au groupe des sous-pectoraux toujours accompagnées d'allongement, ou au sous-scapulaires qui présentent presque toujours une longueur égale ou bien une différence de deux à trois lignes en plus ou en moins. Voici actuellement d'autres observations de luxations sous-scapulaires et sous-claviculaires accompagnées de raccourcissement.

Obs. XI. — *Chute. — Luxation sous-scapulaire droite. — Raccourcissement du bras de trois lignes.* — M. Solaville, étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, tombe dans un escalier. Le bras d'abord écarté à angle droit, a été ensuite refoulé en arrière. Une douleur violente, qui arrache des cris perçants au malade, se fait aussitôt sentir et se maintient dans toute l'aisselle. J'arrive quatre heures après. M. Tanquerel des Planches avait également été appelé. Le bras de deux à trois lignes plus court que l'autre, est dévié en dehors et légèrement en arrière du côté du coude. On sent la tête de l'humérus profondément dans le creux de l'aisselle. La dépression sous-claviculaire est effacée; l'affaissement sous-acromial et tous les autres signes de la luxation existent d'ailleurs au plus haut degré.

Nous tentons la réduction par le procédé de M. Mothe à deux reprises différentes, mais sans succès. Alors je fis mettre le malade sur une chaise; un drap placé en cravate