

### III LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Outre les classiques et les traités spéciaux de MALGAIGNE, BARDENHEUER, STIMSON, nous citerons : PANAS, art. ÉPAULE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII. — CEPPI, *Revue de chir.*, 1882, p. 827, et Thèse de Paris, 1878. — FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 591. — KOCHER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, t. XXX, 1890, et *Berl. klin. Woch.*, 1870, n° 9. — HENNEQUIN, *Revue de chir.*, 1890. — BROCA et HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1890.

De toutes les luxations, celles de l'épaule sont les plus fréquentes; les relevés statistiques de Malgaigne, de Gurtl, de Bardenheuer, de Krönlein, réunis dans les tableaux publiés par Stimson, montrent que ces luxations entrent pour une

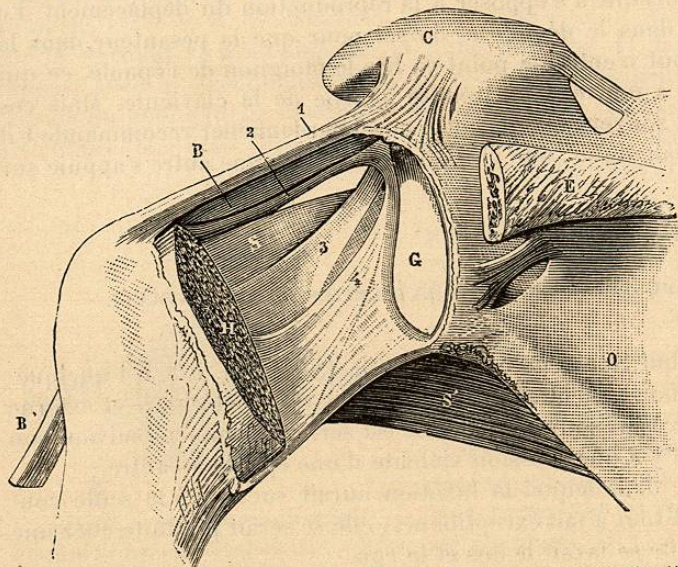


FIG. 10. — L'intérieur de l'articulation scapulo-humérale gauche vu d'arrière en avant, après fenestration de la moitié postérieure de la capsule et résection de la tête articulaire.

O, fosse sous-épineuse de l'omoplate. — E, épine de l'os (l'acromion a été scié). — C, coracoïde. — G, cavité glénoïde. — H, surface de section du col anatomique de l'humérus. — B, tendon bicipital intra-articulaire. — B', le même en dehors de l'articulation. — S, bord supérieur intra-articulaire du tendon sous-scapulaire. — S', bord inférieur du même muscle visible dans l'angle scapulo-huméral. — 1, ligament coraco-huméral. — 2, ligament sus-gléno-sus-huméral. — 3, ligament sus-gléno-préhuméral. — 4, ligament prégléno-sus-huméral. — Entre 2 et 3, boutonnière de pénétration du tendon sous-scapulaire. — Entre 2 et 4, portion mince de la capsule. (Farabeuf.)

seule luxation au-dessous de dix ans, et qu'il n'en a rencontré que deux au-dessous de vingt ans, c'est que la violence extérieure donne lieu chez l'enfant soit à la luxation du coude, soit à la fracture de la clavicule, soit à la disjonction épiphysaire de l'humérus (Küstner).

Bien qu'elles soient exceptionnelles, on a cité bon nombre de cas de luxations doubles de l'épaule (1).

(1) Cas de luxations doubles des épaules : ALLEN, *Lancet*, 16 août 1890. — YEOMAN, *Lancet*,

proportion de 46 à 60 pour 100 dans le nombre total des luxations.

Beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, 184 luxations chez l'homme pour 25 chez la femme (Krönlein), 570 chez l'homme pour 97 chez la femme (Malgaigne), elles sont aussi beaucoup plus communes à l'âge moyen de la vie que dans l'enfance ou la vieillesse.

Stimson fait remarquer avec Krönlein que si les luxations de l'épaule sont rares pendant les vingt premières années au point que sur un relevé de 207 cas il n'a pas trouvé

**Étiologie.** — Nous ne saurions énumérer les traumatismes divers qui ont produit des luxations de l'épaule. Qu'il nous suffise de savoir que la luxation

peut être occasionnée par une violence extérieure agissant directement sur le moignon de l'épaule, coups, chute, etc., ou par une cause indirecte, chutes sur le coude, sur la main, provoquant l'abduction forcée du bras. Dans quelques cas, la luxation peut succéder à la contraction musculaire seule; chez les épileptiques par exemple; mais presque toujours les luxations produites par la contraction musculaire seule ont été précédées d'une luxation traumatique.

Je ne rappellerai pas l'anatomie de l'articulation de l'épaule. Les deux planches que j'emprunte à Farabeuf valent mieux qu'une description et permettront de me suivre dans l'étude des déchirures capsulaires.

**Classification.** — On a proposé un très grand nombre de classifications des luxations de l'épaule. Je ne ferai qu'énumérer les noms de leurs auteurs : J.-L. Petit, Malgaigne, Sédillot, Velpeau, Pétrequin, Goyrand, Nélaton, etc. Je signalerai aussi, pour la rejeter, la classification d'A. Cooper, admise encore par Hamilton. Elle conduit à réunir certains groupes de luxations manifestement distincts, telles que les luxations en bas et celles en avant. Depuis longtemps nos auteurs français ont évité de commettre cette erreur qu'on retrouve dans la plupart des auteurs anglais.

Nous suivrons la division déjà ancienne adoptée par nos classiques : Follin, et Duplay, Panas, Bouilly, et nous décrirons quatre familles de luxations scapulo-humérales.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| I. Les luxations en avant (antéro-internes) comprenant . . . . . | { | l'extra-coracoïdienne (luxation sans déchirure capsulaire).<br>la sous-coracoïdienne,<br>l'intra-coracoïdienne,<br>et la sous-claviculaire. |
|--|---|---|

31 oct. 1891. — SZEZYPIORSKI, *Gaz. des hôp.*, juillet 1892. — HANNO, *Nors klin. Mag.*, oct. 1895. — SULLIVAN, *Brit. med. Journal*, 28 oct. 1895. — POWERS, *New-York med. Journal*, 2 juin 1894. — OLDACRES, *British med. Journal*, 9 nov. 1895. — HASLIP, *Lancet*, 29 août 1896. — STUART, *British med. Journal*, 6 juin 1896.

- II. Les luxations en bas . . . . . } sous-glénoïdienne,  
 } *luxatio erecta*,  
 } et sous-tricipitale.
- III. Les luxations en arrière . . . . . } sous-acromiale (luxation avec  
 } ou sans déchirure capsulaire),  
 } et sous-épineuse.
- IV. La luxation en haut et en avant supra-glénoïdienne.

Dans chacune de ces familles de luxations, la tête humérale rompt la capsule articulaire et la traverse en un point déterminé toujours le même. Ces points sont les suivants :

Dans les luxations en avant (l'extra-coracoïdienne exceptée), la capsule est rompue à sa partie antérieure, inférieure et interne. L'extrémité inférieure de la déchirure peut atteindre le niveau de la longue portion du triceps, ou dépasser un peu ce point en arrière. Son extrémité supérieure est située au-dessous de la boutonnière capsulaire par laquelle le tendon du muscle sous-scapulaire pénètre dans l'articulation.

Dans les luxations en bas, la perforation, variable dans son étendue, siège à la partie la plus déclive de la capsule articulaire. Le ligament *prégléno-sous-huméral* n'est point déchiré et marque la limite antérieure de la rupture.

Dans les luxations en arrière, lorsque la capsule est rompue, la tête sort par une déchirure postérieure qui longe le bord correspondant de la glène, et s'étend depuis le bord postérieur du ligament coraco-huméral, jusqu'au tendon de la longue portion du triceps.

La déchirure capsulaire de la luxation supra-glénoïdienne est placée en avant et en haut, elle intéresse la partie la plus résistante de la capsule.

Chacun des points par lequel la tête sort de l'articulation est constant, pour chacun des groupes de luxations que nous avons admis. Ces points sont en rapport avec le mécanisme qui produit le déplacement, et qui sollicite la tête humérale à s'échapper dans telle ou telle direction. Les variétés de chaque groupe n'apportent que des différences légères dans la forme ou l'étendue de la déchirure capsulaire, mais ce qui détermine, ou pour mieux dire *impose* la variété de la luxation, c'est la résistance de la portion de capsule située du côté opposé à la déchirure.

Soit, par exemple, une luxation antérieure de variété sous-coracoïdienne. Sa déchirure capsulaire est celle que j'ai précédemment énoncée, et la tête reste sous la coracoïde, parce que la portion postérieure de la capsule, intacte ou à peu près, l'empêche d'aller plus loin.

Soit, au contraire, une luxation intra-coracoïdienne, la portion postérieure de la capsule est désinsérée du trochiter, ou cette apophyse elle-même est arrachée, la tête humérale peut alors se porter en dedans de la coracoïde et s'y porter.

Soit enfin une sous-claviculaire, la portion postéro-supérieure de la capsule est presque entièrement et quelquefois en totalité désinsérée, ce qui permet à l'épiphyse humérale de se déplacer encore beaucoup plus loin en dedans.

Or, dans tous ces cas, l'orifice de sortie est le même; peut-être s'élargit-il plus ou moins lorsque la tête s'éloigne de sa glène, mais, je le répète, ce n'est point lui qui fixe la position de la tête dans l'une ou l'autre des variétés que nous venons de passer en revue, mais bien la portion capsulaire postérieure, la bande d'arrêt, comme le dit Farabeuf.

Il en est de même pour la *luxation en bas*. Dans les variétés scapulaire et costale la tête humérale s'écarte peu de la cavité glénoïde, aussi les portions supérieures de la capsule opposées à la déchirure présentent-elles des lésions peu étendues. Au contraire la *luxatio erecta* et la luxation sous-tricipitale dans lesquelles la tête descend très bas nécessitent des désinsertions ligamenteuses ou des arrachements beaucoup plus grands. Les variétés scapulaire et costale sont déjà très rares en raison de la résistance des ligaments supérieurs sollicités par la violence extérieure, les variétés *erecta* et sous-tricipitale sont exceptionnelles.

Je répéterai la même chose pour les *luxations en arrière*. La luxation sous-acromiale est beaucoup plus fréquente parce qu'elle est seule possible sans déchirure étendue des portions antéro-supérieures de la capsule.

La variété sous-épineuse qui nécessite la rupture totale de ces parties est exceptionnelle, et succède à un traumatisme considérable.

Il n'y a qu'une variété de luxation *sus-glénoïdienne*, ou supra-coracoïdienne d'ailleurs fort rare.

**Physiologie et anatomie pathologique.** — I. LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES.

— Que ce soit sous l'action d'une cause directe ou indirecte, le bras est porté dans l'abduction forcée, en même temps qu'il subit un mouvement de rotation externe. La tête humérale roule sur la surface cartilagineuse de la glène de dedans en dehors, le sillon postérieur du col anatomique vient buter contre le rebord glénoïdien postérieur, tandis que la tête cartilagineuse se portant en bas en avant et en dedans distend la capsule (fig. 12).

Si la capsule résiste ou ne cède que par quelques-unes de ses fibres, la tête reprend sa place normale une fois l'effort terminé, il n'y a eu qu'une distension ligamenteuse, une entorse de l'épaule plus ou moins violente. Mais si la violence extérieure est plus grande, la partie postérieure du col anatomique qui arc-boute sur le rebord glénoïdien postérieur fournit à la sphère humérale un point d'appui autour duquel un mouvement de bascule va se produire. Il aura pour effet ou bien de décoller la portion antérieure de la capsule de ses insertions glénoïdiennes ou bien de la déchirer.

Dans le premier cas, le déplacement correspondra à la luxation sous-coracoïdienne incomplète de Malgaigne, extra-coracoïdienne de Panas. Dans le second, nous aurons affaire à la luxation sous-coracoïdienne complète.

Dans la luxation sous-coracoïdienne *incomplète* (extra-coracoïdienne), on trouvera donc la tête humérale contenue dans une cavité articulaire *fermée*, mais agrandie par le décollement d'un grand lambeau capsulo-périostique.

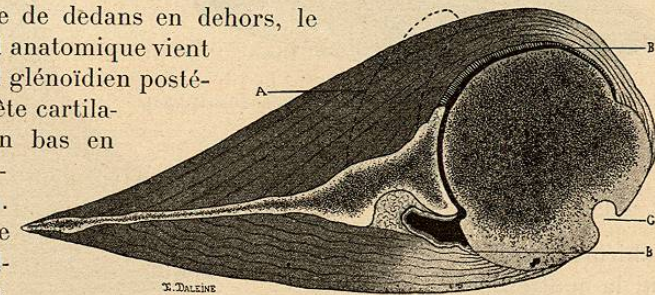


FIG. 12. — Coupe horizontale passant par la tête humérale et le scapulum droits d'une articulation intacte pendant le mouvement de rotation externe forcé.

A, projection de la coracoïde. — B, portion antérieure de la capsule distendue. — C, coulisse bicipitale. — D, grosse tubérosité qui vient appuyer sur le rebord glénoïdien postérieur.

Ce lambeau est formé par la portion antérieure de la capsule qui se continue avec la partie antérieure du bourrelet glénoïdien et avec le mince périoste arraché de la face antérieure du col de l'omoplate. Ainsi est constituée au-devant de l'articulation une large poche dans laquelle s'engage la sphère cartilagineuse humérale. Suivant l'étendue du décollement périostique la partie postéro-externe de cette sphère se place au-devant du col de l'omoplate ou répond au rebord glénoïdien antérieur. Le bras est en forte rotation externe et la coulisse bicipitale regarde directement en dehors (fig. 13).

Ces lésions et la position occupée par la tête humérale déplacée ont été établies par plusieurs dissections de luxations récentes : Eve<sup>(1)</sup>, Stimson<sup>(2)</sup>, Ewill<sup>(3)</sup>.

L'examen anatomique de luxations anciennes et spécialement de luxations récidivantes a également permis de noter l'absence de toute

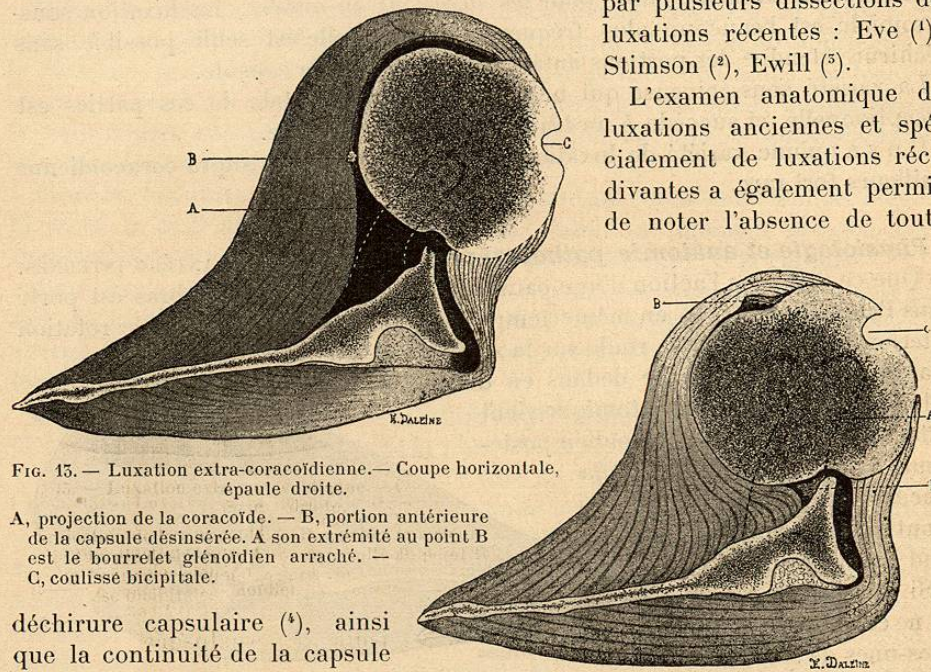


FIG. 13. — Luxation extra-coracoïdienne. — Coupe horizontale, épaule droite.

A, projection de la coracoïde. — B, portion antérieure de la capsule désinsérée. A son extrémité au point B est le bourrelet glénoïdien arraché. — C, coulisse bicipitale.

déchirure capsulaire<sup>(4)</sup>, ainsi que la continuité de la capsule avec le bourrelet glénoïdien désinséré et le mince périoste de la fosse sous-scapulaire<sup>(5)</sup>. Nous avons pu nous-même constater cette continuité au cours d'une arthrotomie pratiquée pour remédier à une luxation récidivante de l'épaule.

Cette manière de comprendre la luxation sous-coracoïdienne incomplète de Malgaigne, extra-coracoïdienne de Panas, déjà indiquée par Hennequin<sup>(6)</sup>, a été bien établie par A. Broca et Hartmann<sup>(7)</sup>.

(1) EVE, *Med.-chir. transact.*, LXIII, p. 517, 1880.

(2) STIMSON, *Loco citato*, p. 211.

(3) EWILL, *Brit. med. Journal*, t. II, 1880.

(4) POPKE, *Inaug. Dissert.* Halle, 1882.

(5) BROCA, *Soc. anat.*, 1890.

(6) HENNEQUIN, *Revue de chirurgie*, 1890.

(7) Broca et Hartmann admettent en outre que, dans ces luxations *sous-capsulo-périostiques*, la tête humérale peut s'avancer sous la coracoïde et même en dedans d'elle, de manière à prendre les positions des luxations sous ou intra-coracoïdiennes. Ils déclarent encore que ce déplacement semble lié à un type spécial de luxations : la luxation par cause directe.

La luxation sous-coracoïdienne *complète* s'accompagne au contraire de déchirure capsulaire. Comme tout à l'heure le bras est dans l'abduction forcée, combinée avec une rotation externe plus ou moins grande, la tubérosité externe bute contre le rebord glénoïdien postérieur, la sphère humérale distend la portion antérieure et inférieure de la capsule. Puis le mouvement forcé est exagéré et cette fois la capsule se rompt. Celle-ci n'a pas plus tôt cédé que la sphère cartilagineuse s'échappe entre les lèvres de la déchirure et tombe au-devant du rebord glénoïdien antérieur. En même temps la partie postérieure du col anatomique, tout à l'heure arc-boutée contre le rebord glénoïdien postérieur, se déclenche au moment où la capsule cède, glisse d'arrière en avant sur la glène et vient s'arrêter sur le rebord glénoïdien antérieur. Là, la tête est retenue par la tension de la portion postéro-externe de la capsule qui ne lui permet pas de s'avancer plus loin. En même temps la contraction des muscles adducteurs périarticulaires lui imprime un léger mouvement de rotation de dehors en dedans, l'applique contre le rebord glénoïdien antérieur, et produit l'engrenage de ce rebord dans le sillon postérieur du col anatomique.

La luxation sous-coracoïdienne peut donc être considérée comme le deuxième degré du groupe des luxations antéro-internes. La tête est sortie de la cavité articulaire par une déchirure. Au lieu de rester, comme tout à l'heure en dehors de la coracoïde, elle s'est abaissée et engagée au-dessous d'elle, en esquissant un léger mouvement de rotation interne; aussi la coulisse bicipitale ne regarde plus autant en dehors que dans la variété extra-coracoïdienne et le bec coracoïdien divise maintenant l'épiphyse en deux parties égales (fig. 14 et 15).

Il est certain que la tête humérale peut perforer le manchon capsulaire directement en bas comme elle le fait dans la luxation sous-glénoïdienne pour remonter ensuite sous la coracoïde en déchirant les portions antérieures de la capsule. Mais nous pensons que le mécanisme précédemment indiqué est le plus commun; car les déplacements antéro-internes succèdent généralement à un mouvement combiné d'abduction et de rotation externe qui fait porter le maximum de l'effort sur la portion antérieure et inférieure de la capsule.

Quoi qu'il en soit la déchirure capsulaire est située à la partie antérieure inférieure et interne de la capsule. On lui donne généralement pour limites en haut le bord inférieur du tendon du sous-capsulaire, en bas le bord du tendon de la longue portion du triceps. Cependant, d'après l'expérimentation cadavérique, on peut dire que le tendon du sous-scapulaire déchiré dans ses deux tiers inférieurs n'est presque jamais atteint au niveau de sa boutonnière capsu-

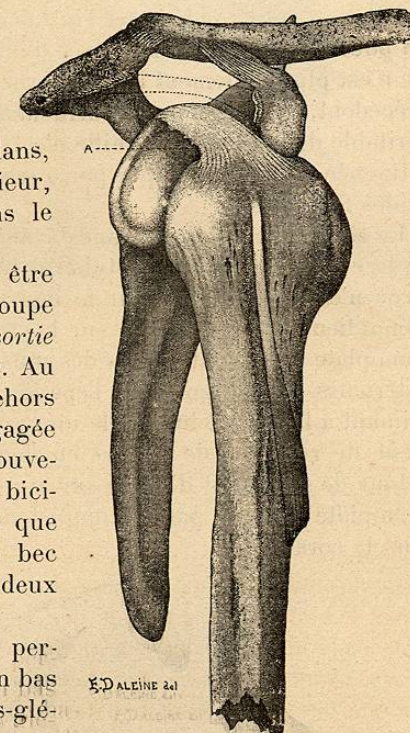


FIG. 15. — Luxation sous-coracoïdienne. — La portion postérieure de la capsule est enlevée et laisse voir la grosse tubérosité appuyant encore sur le rebord glénoïdien antérieur.

laire et presque toujours le ligament sus-gléno-préhuméral qui forme la lèvre inférieure de cette boutonnière reste intact (voy. fig. 10 et 11).

En même temps on a signalé assez souvent l'arrachement des insertions du sus et du sous-épineux, mais ces arrachements sont très limités, les parcelles osseuses séparées de la tête de l'os par une petite rainure ne sont point détachées. On a noté parfois aussi la déchirure de la coulisse bicipitale avec déplacement du tendon.

Le troisième degré des luxations du groupe antéro-interne est représenté par la luxation *intra-coracoïdienne*. La déchirure capsulaire est la même que dans la sous-coracoïdienne, quoique généralement un peu plus étendue. Mais les lésions qui distinguent essentiellement ces deux variétés l'une de l'autre sont localisées au niveau des insertions postéro-externes de la capsule et des muscles sous-épineux et petit rond. Dans l'intra-coracoïdienne ces insertions sont déchirées, ou pour mieux dire leur surface d'implantation sur les tubérosités est arrachée. Ce n'est plus seulement ici une ligne, une fissure osseuse, comme dans le degré précédent, mais bien un arrachement véritable dans lequel l'esquille n'est plus rattachée à l'épiphyse que par quelques brides fibreuses.

La tête luxée s'éloigne donc davantage de la cavité glénoïde. La tubérosité externe n'est plus retenue sur le bourrelet glénoïdien antérieur, mais sur le col de l'omoplate et la contraction des muscles antérieurs du moignon de l'épaule, imprimant à la sphère humérale un mouvement de rotation de dehors en dedans autour de son point d'appui sur le col de l'omoplate la fait passer complètement sous la coracoïde.

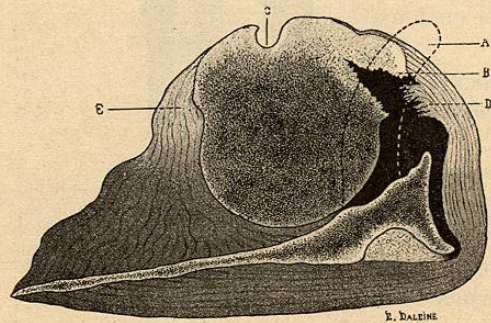


FIG. 16. — Luxation intra-coracoïdienne.—Épaule droite.

A, projection de la coracoïde. — B, trochiter arraché. — D, tendon du sous-épineux arraché. — E, sous-scapulaire.

La position de la tête est alors la suivante : placée en dedans de la coracoïde, elle regarde franchement en dedans, et, ainsi que l'a fait remarquer Panas, elle appuie contre les côtes correspondantes; la coulisse bicipitale est dirigée en avant (fig. 16 et 17).

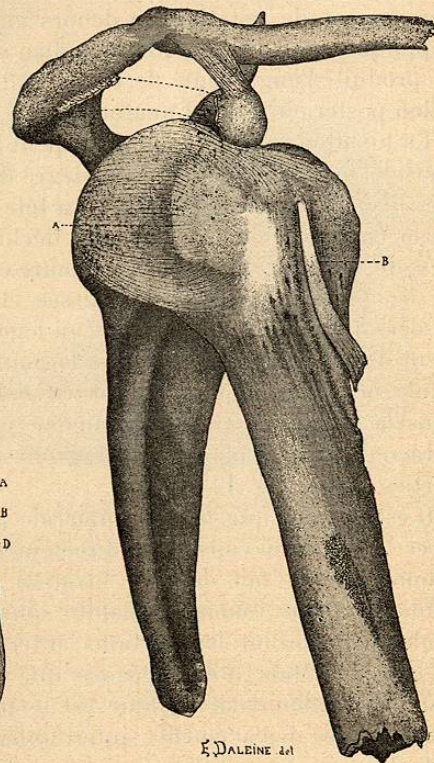


FIG. 17. — Luxation intra-coracoïdienne.

La portion postérieure de la capsule est tendue; en A on voit la saillie d'un fragment de la grosse tubérosité arrachée.

Souvent aussi les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond sont détachés et le tendon de la longue portion du biceps sorti de sa gaine déchirée.

Le quatrième degré des luxations du groupe antéro-interne correspond à la luxation *sous-claviculaire*. La tête abandonnant sa cavité de réception a déchiré largement la capsule et le muscle sous-scapulaire. Elle passe sous la coracoïde, arrive jusqu'au contact de la clavicule. Les tendons des muscles qui prennent insertions aux tubérosités humérales sont dilacérés, ou ces tubérosités complètement arrachées, et la tête, débarrassée de ces moyens de contention, est folle, aussi peut-elle prendre telle position que la direction de la violence extérieure cherche à lui imposer. Si généralement on la trouve en arrière et en dedans appuyant d'une part sur le côté interne de la coracoïde et d'autre part sur les côtes, on a pu quelquefois constater une tout autre situation. Sur la pièce 750

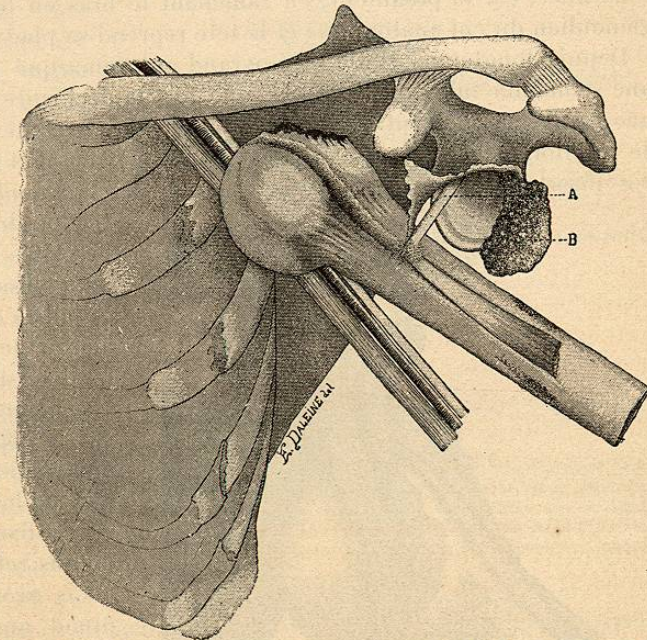


FIG. 18. — Luxation sous-claviculaire. (Pièce 750 du Musée Dupuytren.)  
A, tendon de la longue portion du biceps. — B, trochiter arraché.

du Musée Dupuytren, la tête regarde en dehors et les tubérosités en dedans. C'est une luxation qui succède à une violence considérable, et comme toujours en pareil cas, les désordres sont très grands et variables.

La tête, dans son déplacement vers la clavicule, passe généralement au-dessous du sous-scapulaire en le déchirant largement; mais dans un cas de Mac-Namara, l'os luxé avait complètement décollé ce muscle de la fosse sous-scapulaire, et était venu se faire jour au-dessous de la clavicule.

Ailleurs la tête passe en avant du sous-scapulaire et même des tendons de la courte portion du biceps et du coraco-brachial (cas de Roser) cheminant ainsi juste derrière le petit pectoral. Quelquefois même elle peut devenir sous-cutanée et saillir dans l'interstice du deltoïde et du grand pectoral.

II. LUXATIONS EN BAS. — L'omoplate étant fixée et le bras brusquement porté dans l'abduction forcée, la tête humérale glisse de haut en bas sur la fosse glénoïdienne, sa tête cartilagineuse distend la portion inférieure de la capsule, tandis que sa grosse tubérosité arc-boute par son sommet sur le rebord glénoïdien supérieur. Si la violence est supérieure à la résistance de la portion inférieure de la capsule, cette dernière est rompue et la tête s'échappe dans l'aisselle; le bras s'élève verticalement, et le sommet de la grosse tubérosité

glissant sur la cavité glénoïde, la rainure formée par le col anatomique à l'union de la tête cartilagineuse avec les tubérosités, arrive vis-à-vis le cran formé par le rebord glénoïdien inférieur.

Cependant, malgré la déchirure capsulaire large, malgré le contact du rebord glénoïdien avec le sillon supérieur du col anatomique, si la violence extérieure ne va pas plus loin, il est *rare* que le déplacement persiste et que la luxation soit constituée, car la pesanteur, en ramenant le bras en bas, dégage le bourrelet glénoïdien du col anatomique et la tête reprend sa place.

Depuis longtemps Malle et Goyrand ont remarqué que pour rendre stable une semblable luxation, il fallait, une fois la déchirure ligamenteuse produite, une fois l'échappement de la tête effectué, faire exécuter au bras un mouvement de rotation externe forcé. Ce mouvement a pour effet d'amener l'arrachement des insertions supérieures de la capsule, des ligaments coraco-huméraux, du

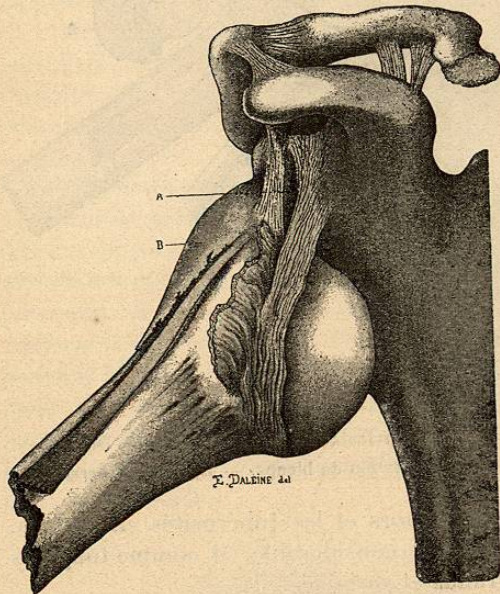


FIG. 19. — Luxation sous-glénoïdienne. — A, boutonnière du sous-scapulaire. — B, grosse tubérosité arrachée.

tendon du sus-épineux ou des tubérosités. Ces lésions permettent un abaissement de la tête plus grand de quelques millimètres, et augmentent à ce niveau la profondeur du col anatomique; l'engrènement du rebord glénoïdien sur le col est ainsi favorisé, et la contraction musculaire des muscles adducteurs de l'épaule peut rendre fixe le déplacement lorsque le bras retombe.

Ce groupe de luxations comprend aussi plusieurs variétés. C'est d'abord la variété *scapulaire* (Panas) dans laquelle la partie supérieure du col anatomique repose sur le bord glénoïdien inférieur, puis la variété *costale*. Cette dernière ne diffère que bien peu de la précédente: la tête étant un peu plus basse, c'est la grosse tubérosité en partie arrachée qui bute contre le rebord glénoïdien. La tête tournée en dedans repose sur la troisième ou la quatrième côte, et répond le plus souvent au troisième espace intercostal.

Dans les deux cas la déchirure capsulaire siège à la partie inférieure du manchon articulaire, elle est large; mais ce qui paraît particulier à ce groupe, c'est la conservation du ligament gléno-sous-huméral (Farabeuf)<sup>(1)</sup> qui bride la tête, et l'empêche de se transformer en sous-coracoïdienne. La coulisse bicipitale regarde en haut et en dehors.

A ces variétés de la luxation sous-glénoïdienne ordinaire, déjà rares, il nous faut en ajouter deux autres plus rares encore. C'est d'abord la variété connue sous le nom de *luxatio erecta*, dans laquelle la tête s'avance beaucoup plus bas

<sup>(1)</sup> FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 391.

au-dessous de la cavité glénoïde. Il en résulte que le bras est dirigé directement en l'air. La *luxatio erecta* n'est en somme que l'exagération des variétés précédentes. Il en existe un seul examen nécropsique de Middeldorff<sup>(1)</sup>, d'après lequel il est impossible d'établir une description précise.

Vient ensuite la variété sous-tricipitale que Farabeuf a décrite d'après l'observation de quelques cas cliniques, et les résultats d'expériences cadavériques.

Voici ce qu'il en dit: « Je relève le bras violemment pour déchirer la partie inférieure de la capsule; à l'aide d'une poussée énergique et brusque, ou d'un coup de maillet frappé sur le coude redressé, je fais descendre la tête humérale à plusieurs centimètres au-dessous de la cavité glénoïde, et naturellement devant le tendon du triceps, rabattant alors le bras en avant, la tête se porte en arrière, et s'engage sous ce tendon, qui la retient et balance le poids du membre désormais fixé dans l'abduction et la prépuulsion avec rotation en dedans plus ou moins marquée. »

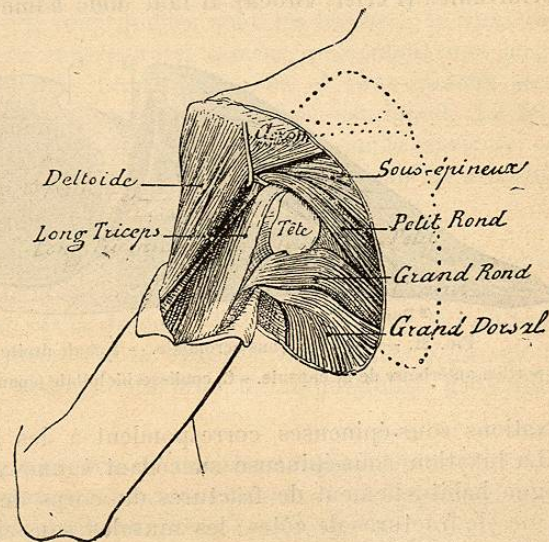


FIG. 20. — Luxation de l'épaule en bas et en arrière, sous-tricipitale. — Le crochet relève le bord postérieur du muscle deltoïde pour laisser voir le nerf circonflexe qui se dégage entre le tendon de la longue portion du triceps et l'insertion plus ou moins rompue du petit rond. (Expérience cadavérique.) (Farabeuf.)

III. LUXATIONS EN ARRIÈRE. — Ce groupe comprend les variétés sous-acromiale et sous-épineuse.

*Variété sous-acromiale.* — Le bras étant porté en avant et dans l'abduction, un mouvement de rotation forcée de dehors en dedans lui est imprimé. La tête glisse sur la cavité glénoïde, sa sphère cartilagineuse distend la partie postéro-externe de la capsule, tandis que la partie antérieure du col anatomique au niveau du trochin vient buter contre le rebord glénoïdien inférieur. Si l'effort continué, l'épiphyse humérale ainsi arrêtée par le cran glénoïdien prend point d'appui sur lui et la sphère cartilagineuse distendant de plus en plus la partie postérieure de la capsule, en amène la déchirure. Entre ses lèvres, la tête articulaire s'échappe vers la fosse sous-épineuse. Maintenant elle est arrêtée par la portion antérieure de la capsule demeurée intacte, qui permet à la partie antérieure du col anatomique de venir s'engrèner sur le bord postérieur du bourrelet glénoïdien, mais qui s'oppose à ce qu'elle s'avance plus loin (fig. 21).

La tête est maintenue dans cette position par la contraction des muscles périarticulaires. Le bord glénoïdien postérieur est enclavé dans la partie antérieure de la gouttière anatomique, le trochin répond à la cavité glénoïde dont le

<sup>(1)</sup> MIDDELDORFF, in STIMSON, *Loco citato*, p. 239, et ALBERTI, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1884, p. 475.