

Sur treize cas vérifiés à l'autopsie, que ce chirurgien a pu réunir, cinq fois la luxation portait sur la deuxième vertèbre dorsale, trois fois sur la première vertèbre lombaire, deux fois sur la deuxième vertèbre dorsale, et une fois seulement sur la sixième vertèbre dorsale, sur la neuvième dorsale et sur la deuxième lombaire.

ÉTIOLOGIE. — Les causes qui agissent le plus souvent pour produire ces luxations sont : une chute sur le dos d'un lieu élevé, l'action d'un corps pesant tombant sur les reins, pendant que le tronc était courbé en avant. On a vu encore la luxation se produire dans une chute sur le sacrum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le déplacement peut avoir lieu *en avant, en arrière, ou latéralement*. La première variété est de beaucoup la plus commune. Quel que soit le sens du déplacement, il est rare que la luxation ne soit pas accompagnée de désordres considérables, et surtout de fractures des vertèbres, principalement au voisinage de la lésion articulaire. On s'explique sans peine qu'il en soit ainsi, si l'on se reporte par la pensée aux moyens d'union si solides qui unissent les vertèbres dorso-lombaires entre elles. Il faut, pour la production de cette lésion, une violence extérieure considérable qui amène de grands délabrements.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous indiquerons seulement ici les symptômes des luxations en avant, mieux connus que ceux des luxations en arrière et latérales, dont on ne possède que quelques exemples. Ces symptômes sont les suivants : la saillie de la vertèbre inférieure en arrière, la dépression laissée par la vertèbre supérieure portée en avant, l'inclinaison du haut du rachis dans le même sens, la paralysie des nerfs qui prennent origine au-dessous du point comprimé. Mais, bien que ces signes appartiennent à la luxation, ils reconnaissent également pour cause une fracture du corps de la vertèbre, de sorte qu'on ne peut pas les considérer comme pathognomoniques. Toutefois il faut ajouter que dans la fracture on aura de la crépitation, ce qui permettra, dans quelques cas au moins, d'établir le diagnostic différentiel. Mais on ne saurait recommander une trop grande prudence dans la recherche de ce diagnostic.

Le PRONOSTIC est, comme on peut le prévoir, d'une extrême gravité. Tous les individus atteints d'une semblable lésion ont succombé, quelques-uns même dans les premiers jours qui ont suivi l'accident.

Le TRAITEMENT devra consister surtout à maintenir l'immobilité du rachis, car nous n'oserions conseiller les tentatives de réduction, en raison des désordres considérables qui accompagnent d'ordinaire ces déplacements.

§ V. — Luxations de la clavicule.

Les divers déplacements de la clavicule ont été décrits avec détail par Morel-Lavallée (1) dans un excellent mémoire auquel les recherches de ses successeurs n'ont permis d'ajouter que fort peu de chose.

(1) *Annales de la chirurgie*, 1843, t. IX, p. 145, 258 et suiv.

On peut observer : 1° des luxations de l'extrémité interne; 2° des luxations de l'extrémité externe; 3° des luxations simultanées des deux extrémités.

1° Luxations de l'extrémité interne (*luxations sterno-claviculaires*).

Nous admettons, avec la plupart des auteurs modernes, trois variétés de luxations sterno-claviculaires : *a.* une luxation en avant ou présternale; *b.* une luxation en arrière ou rétro-sternale; *c.* une luxation en haut ou sus-sternale.

a. Luxation en avant ou présternale. — De toutes les luxations sterno-claviculaires, la présternale est la plus fréquente.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les causes déterminantes sont : une chute sur le moignon de l'épaule, et toutes les violences qui ont pour effet de porter fortement les épaules en arrière, et par conséquent de faire saillir en avant l'extrémité interne de la clavicule, d'où résultent la distension et la déchirure des ligaments antérieurs.

On connaît l'exemple de Boyer, dans lequel la luxation survient chez une jeune fille à qui son maître de danse avait rapproché vivement les coudes et les épaules en arrière. On a encore vu la luxation se produire sur un enfant que l'on avait retenu par le bras au moment où il allait être lancé hors d'une cabriolet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La luxation peut être *complète* ou *incomplète*. Dans le premier cas, l'extrémité interne de la clavicule est portée en avant de la fourchette sternale, entraînant avec elle le fibro-cartilage interarticulaire; parfois même, elle empiète sur la face antérieure du sternum, et descend plus ou moins bas au-dessous de la fourchette sternale (fig. 44).

Dans la luxation *incomplète*, l'extrémité interne de la clavicule repose encore en partie sur la facette sternale, et se trouve seulement placée plus en avant qu'à l'état normal.

Les ligaments sont rompus en totalité ou en partie, suivant le degré du déplacement. Lorsque celui-ci est complet, on a même vu la déchirure de la portion interne du muscle sterno-mastoïdien. Dans la luxation incomplète, au contraire, les ligaments peuvent être simplement distendus. Enfin, dans un cas compliqué, observé par J. Cloquet, l'extrémité interne

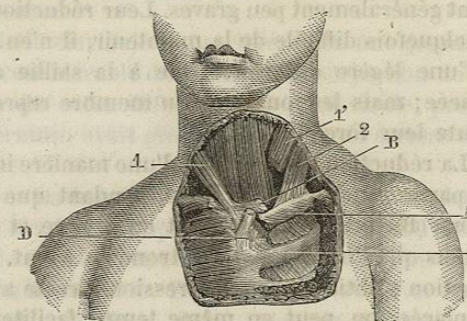


FIG. 44. — Luxation présternale de la clavicule. — A, extrémité interne de la clavicule; B, facette articulaire du sternum; C, cartilage de la deuxième côte; D, face antérieure du sternum; 1, 1, faisceau sternal du muscle sterno-mastoïdien; 2, 2, faisceau claviculaire du même muscle. (B. Anger.)

de la clavicule était fendue en deux moitiés qui embrassaient dans leur écartement la facette articulaire du sternum.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les signes de la luxation présternale de la clavicule sont : la douleur qui siège au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et qui augmente dans les mouvements du bras ; l'attitude particulière du blessé, semblable à celle que présentent les individus atteints de fracture de la clavicule ; la gêne ou l'impossibilité de l'abduction, et surtout de l'élévation du bras.

En examinant la région sterno-claviculaire, on constate que la clavicule est dirigée en bas et en avant, et qu'elle paraît plus courte que celle du côté opposé. Il existe sur le côté de la fourchette sternale une saillie anormale, une tumeur osseuse, répondant aux mouvements de l'épaule. Peu prononcée, dans le cas de luxation incomplète, cette saillie, qui saute aux yeux lorsque la luxation est complète, peut alors être située beaucoup au-dessous de la facette sternale. Au niveau de cette dernière et au-dessus de la clavicule, on trouve une dépression inaccoutumée.

DIAGNOSTIC. — Les commémoratifs ne permettront pas de confondre une luxation ancienne avec une exostose. La fracture de l'extrémité interne de la clavicule se distinguera de la luxation, avec laquelle elle présente certains points de ressemblance, à l'aide de la mensuration pratiquée avec soin. Si, à la suite de cet examen on trouve les deux clavicules de même longueur, on peut affirmer qu'il s'agit d'une luxation et non d'une fracture.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Les luxations sterno-claviculaires en avant sont généralement peu graves. Leur réduction est aisée à obtenir, et s'il est quelquefois difficile de la maintenir, il n'en résulte d'autre inconvénient qu'une légère difformité due à la saillie anormale de l'extrémité déplacée ; mais les fonctions du membre reprennent toute leur étendue et toute leur force.

La réduction peut se faire d'une manière indirecte, en attirant en dehors la partie supérieure du bras, pendant que le coude est rapproché du tronc (Boyer), ou en attirant en arrière et en dehors les deux épaules, tandis que l'on repousse le tronc en avant. Mais, le plus souvent, la réduction s'obtient par une pression directe avec les doigts sur l'extrémité déplacée ; on peut en même temps faciliter cette manœuvre en faisant attirer l'épaule en dehors.

Il est généralement difficile de maintenir la luxation réduite. Dans les cas de déplacements incomplets, l'appareil le plus simple, l'écharpe de Mayor, par exemple, suffit amplement. Mais, s'il s'agit d'une luxation complète, on doit avoir recours à d'autres moyens plus énergiques pour s'opposer à la reproduction du déplacement. Les divers bandages employés pour les fractures de la clavicule trouveraient ici leur application : tels sont les appareils de Desault, de Velpeau ; mais, de même que pour la contention des fractures, il est malheureusement assez fréquent de constater l'impuissance de ces bandages.

Dans le but d'agir directement sur l'extrémité sternale de la clavicule, Mèlier (1) avait imaginé un appareil assez compliqué muni d'une pelote et d'un ressort, et plus récemment Demarquay (2) a fait connaître un appareil analogue, plus compliqué encore, consistant en un plastron de cuir rigide, et une pelote à ressort qui traverse un trou pratiqué dans le plastron vis-à-vis de l'extrémité osseuse déplacée, de manière à exercer une pression directe. Mais à ces divers appareils on pourrait le plus souvent, suivant le conseil de Malgaigne et de Nélaton, substituer un simple bandage herniaire à ressort.

b. Luxation en arrière, ou rétro-sternale. — L'histoire de cette luxation, niée par J. L. Petit et Boyer, repose aujourd'hui sur une dizaine d'observations authentiques.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — La luxation rétro-sternale peut être produite indirectement par une violence extérieure ayant pour effet de porter l'épaule en avant, comme, par exemple, une traction violente de la main en avant, le tronc étant retenu en arrière. Dans d'autres cas, une pression directe d'avant en arrière a déterminé la luxation rétro-sternale. Enfin, A. Cooper rapporte une observation de luxation graduelle de la clavicule en arrière, chez une jeune fille affectée d'une déformation considérable du rachis, avec projection du scapulum en avant. Par suite de cette déformation, la clavicule, pressée entre le scapulum et le sternum, avait glissé peu à peu en arrière de ce dernier os.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La luxation peut être *complète* ou *incomplète*. Suivant Malgaigne, la luxation complète se ferait plus particulièrement en arrière et en bas ; le déplacement directement en arrière appartiendrait plutôt à la luxation incomplète. Enfin, on peut observer encore un déplacement en arrière et en dedans, dans lequel la clavicule chevauche sur la face postérieure du sternum.

Les ligaments de l'articulation et le faisceau interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien sont déchirés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Outre la douleur, quelquefois assez vive pour occasionner une syncope, les malades accusent la sensation d'une pression incommode à la partie supérieure du thorax. On a de plus observé la gêne de la déglutition et de la respiration ; enfin, dans un cas rapporté

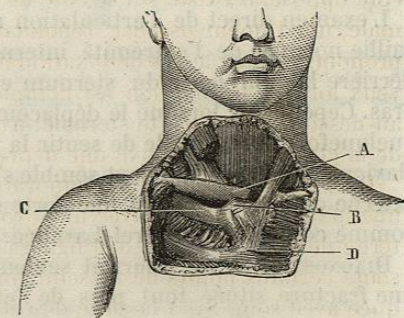


FIG. 45. — Luxation rétro-sternale de la clavicule. — A, extrémité interne de la clavicule ; B, facette claviculaire du sternum ; C, D, première et deuxième côte. (B. Anger.)

(1) Archives gén. de méd., 1827, t. XIX, p. 53.

(2) Bull. de l'Acad. de méd., 1865, t. XXX, p. 1173.

par A. Cooper, le pouls manquait à la radiale. Tous ces phénomènes sont dus à la compression exercée par l'extrémité osseuse déplacée sur les organes de la région cervico-thoracique.

L'attitude du blessé se rapproche de celle des individus atteints de fracture de la clavicule. La tête est penchée du côté de la luxation, l'épaule est portée en avant, la clavicule est inclinée en dedans et en arrière; quelquefois, lorsque le déplacement est peu étendu, elle se dirige horizontalement; dans d'autres cas, elle est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Les mouvements du cou, et principalement ceux de rotation, sont plus ou moins gênés et douloureux. Il en est de même de ceux du bras.

L'examen direct de l'articulation montre une dépression au lieu de la saillie normale de l'extrémité interne de la clavicule; cette saillie existe derrière la fourchette du sternum et suit les mouvements imprimés au bras. Cependant, lorsque le déplacement a lieu en bas et en arrière, il est quelquefois plus difficile de sentir la saillie de l'extrémité sternale de la clavicule. Celle-ci est fixe et semble s'enfoncer dans le cou; son extrémité externe ou scapulaire fait une forte saillie. Ce dernier signe est regardé comme constant par Morel-Lavallée.

DIAGNOSTIC. — On pourrait seulement confondre avec cette luxation une fracture située tout près de l'extrémité interne de la clavicule, et accompagnée d'enfoncement des fragments, ainsi que l'a observé Bérard. Il faut alors déterminer avec soin le siège exact de l'articulation sterno-claviculaire, et rechercher s'il existe un vide à ce niveau.

Le PRONOSTIC de cette luxation n'est pas grave, quoique l'on rencontre d'assez grandes difficultés à maintenir la réduction. En effet, même dans les luxations non réduites, les mouvements se rétablissent, et il ne reste qu'une difformité très-légère.

TRAITEMENT. — La réduction s'opère assez facilement en portant les épaules en arrière et en dehors, tandis que le chirurgien, placé derrière le malade, soutient le tronc avec le genou. Quant à la contention, il est souvent fort difficile de l'obtenir. On pourrait, à cet effet, employer les divers bandages de Desault, de Boyer, etc., pour la fracture de la clavicule; mais nous donnerions la préférence à l'appareil dont Lenoir s'est servi une fois avec succès, et qui se compose d'une alèze pliée en cravate, et formant un huit de chiffre, dont chaque anneau embrasse l'épaule correspondante et vient se croiser sur un coussin placé au milieu du dos. Un bandage de corps doit fixer le coude sur la poitrine.

c. *Luxation en haut ou sus-sternale.* — Elle est très-rare, puisque la science n'en possède que deux exemples, dus à Baraduc (1) et à Sédillot (2).

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1842.

(2) Dictionnaire des études médicales, t. III, p. 576.

Produites par une chute sur le moignon de l'épaule, ces luxations diffèrent peu, au point de vue symptomatologique, des luxations en arrière. Dans les deux faits connus, on a signalé la facilité que l'on éprouvait à sentir l'extrémité de la clavicule au-dessus de la fourchette sternale; il existait une dépression triangulaire au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; enfin, dans l'observation de Baraduc, l'extrémité de l'os semblait

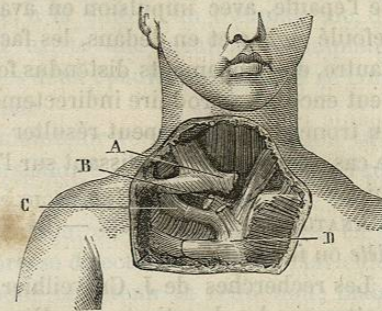


FIG. 46. — Luxation sus-sternale. — A, extrémité interne de la clavicule; B, facette claviculaire du sternum; C, D, première et deuxième côte. (B. Anger.)

située entre le muscle sterno-mastoïdien et le muscle sterno-hyoïdien. La réduction a été facile chez le malade de Sédillot, mais le déplacement se reproduisit et persista sans gêne pour le malade. Baraduc appliqua le bandage cubito-claviculaire que nous décrirons à propos des luxations sus-acromiales, et la réduction semble avoir été parfaite.

2° Luxations de l'extrémité externe de la clavicule (*luxations acromio-claviculaires*).

Certains auteurs les désignent sous le nom de luxations de l'omoplate, ce qui est plus conforme aux principes de la nomenclature des luxations. Mais l'usage en a décidé autrement, et, dans les luxations acromio-claviculaires, on admet généralement que c'est la clavicule qui se déplace, et qu'elle peut, dans son déplacement, se porter, soit en haut, soit en bas, c'est-à-dire au-dessus ou au-dessous de l'acromion; de là deux variétés de luxations : a. la *luxation en haut* ou *sus-acromiale*; b. la *luxation en bas* ou *sous-acromiale*.

Suivant quelques auteurs, il existerait une troisième variété, *luxation sous-coracoïdienne*, dans laquelle l'extrémité externe de la clavicule viendrait se placer au-dessous de l'apophyse coracoïde. Godemer (1) aurait observé cinq fois, et Pinjon (2) une fois, cet étrange déplacement. Mais nous partageons entièrement les doutes exprimés par Nélaton au sujet de la réalité de cette luxation, et nous attendrons, pour tracer son histoire, que des faits plus explicites se soient produits.

a. *Luxation en haut ou sus-acromiale.* — Cette variété est la plus fréquente de toutes les luxations de la clavicule. Elle est connue depuis l'antiquité, et Galien lui-même s'en fit une en s'exerçant au gymnase.

ÉTIOLOGIE. — Produite par une chute sur le moignon de l'épaule, la luxation reconnaît surtout pour cause, d'après Morel-Lavallée, une

(1) Revue méd.-chirurg., t. II, p. 155.

(2) Journ. de méd. de Lyon, juillet 1842.

forte impulsion du tronc en avant. En effet, dans une chute sur le côté de l'épaule, avec impulsion en avant, le scapulum est en même temps refoulé en bas et en dedans, les facettes articulaires s'inclinent l'une sur l'autre, et les ligaments distendus font seuls obstacle à la luxation. Celle-ci peut encore se produire indirectement dans une chute sur le coude écarté du tronc. Enfin, elle peut résulter d'une pression directe, comme dans le cas où un fardeau, glissant sur l'épaule, pèse exclusivement sur l'acromion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La luxation sus-acromiale peut être *complète* ou *incomplète*.

Les recherches de J. Cruveilhier et de Bouisson (1) doivent faire admettre que les luxations *complètes* sont celles dans lesquelles les ligaments coraco-claviculaires ont été rompus; dans les luxations *incomplètes* ou *imparfaites*, suivant l'expression de Bouisson, les ligaments acromio-claviculaires ont été seuls déchirés, et les coraco-claviculaires ont résisté.

SYMPTOMATOLOGIE. — Une douleur vive, augmentant par les mouvements spontanés du bras, une attitude semblable à celle des individus atteints de fracture de la clavicule : tels sont les signes communs aux luxations complètes et incomplètes.

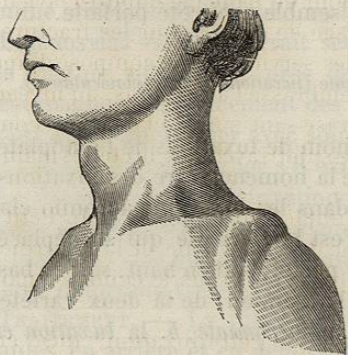


FIG. 47. — Luxation sous-acromiale de la clavicule. Déformation.

Dans la luxation *incomplète*, l'extrémité de la clavicule fait au-dessus de l'acromion une légère saillie, que l'on réduit aisément par une pression directe et par l'élévation du bras correspondant.

Dans la luxation *complète* (fig. 47), la saillie de l'extrémité de la clavicule peut devenir très-considérable; on a vu cette extrémité s'écarter de l'acromion de 4 centimètres et demi, et dans ces cas il n'est pas rare qu'il y ait chevauchement. L'épaule paraît aplatie et le bras allongé. L'omoplate est portée en bas, en dedans et en avant.

La clavicule est quelquefois fixée solidement par la contraction musculaire; mais le plus souvent elle est très-mobile.

DIAGNOSTIC. — La mensuration comparative des deux clavicules ne permettrait pas de confondre une luxation avec une fracture de cet os.

En raison de la déformation du moignon de l'épaule, on a pu croire, dans certains cas de luxation sus-acromiale, à l'existence d'une luxation de l'épaule. Mais l'examen de l'articulation scapulo-humérale, l'intégrité de ses mouvements, devront faire cesser l'erreur.

(1) *Annales de chirurgie*, 1843, t. IX, p. 321.

Enfin, on doit être prévenu que, chez certains individus, et à l'état normal, l'extrémité externe des deux clavicules présente une saillie notable au-dessus de l'acromion, en sorte que, à la suite d'un traumatisme, on pourrait croire, à première vue, qu'il existe une luxation incomplète, tandis que, par l'examen comparatif des deux épaules, on arrive à se convaincre que cette disposition est normale.

PRONOSTIC. — Quoique difficile à maintenir réduite, la luxation sus-acromiale n'est pas grave; car la persistance d'un déplacement léger n'apporte ni gêne ni faiblesse dans les mouvements du bras.

TRAITEMENT. — Pour opérer la réduction, on fait élever le bras en le portant en dehors, tandis que l'on presse directement sur la clavicule. Divers bandages ont été proposés pour maintenir la réduction; mais, malheureusement, la plupart sont insuffisants. Aussi Velpéau conseillait-il de faire simplement placer le bras dans une bonne écharpe, sans chercher à obtenir une contention impossible.

Nous adoptons pleinement cette manière de voir dans les cas de déplacements incomplets, mais nous pensons que, lorsque le déplacement est considérable, il y a indication réelle à le corriger autant que possible. L'appareil désigné par Baraduc, sous le nom de bandage cubito-claviculaire, et qui est une modification du bandage de Boyer pour les fractures de la clavicule, pourrait peut-être rendre des services. Il se compose d'une courroie de cuir pourvue de boucles, qui embrasse l'avant-bras, au niveau du coude fléchi à angle droit, et l'épaule en passant sur la clavicule recouverte d'un coussin. Un bandage de corps assujéti avec des bretelles maintient le coude fléchi et rapproché du tronc.

Malgaigne et Laugier ont employé un simple tourniquet de J. L. Petit : la pelote était placée sur l'extrémité externe de la clavicule, et la courroie, passant le long de la face postérieure du bras, puis sous le coude, venait par devant rejoindre la pelote.

b. Luxation sous-acromiale. — L'existence de cette luxation, mise en doute par Boyer, est parfaitement démontrée aujourd'hui par de sérieuses observations. Morel-Lavallée, dans son premier travail déjà cité, avait rapporté trois exemples authentiques de luxations sous-acromiales; depuis cette époque, ayant eu l'occasion d'en observer un cas, il en a fait le sujet d'un intéressant mémoire, lu à la Société de chirurgie le 18 février 1863.

ÉTIOLOGIE. — La cause ordinaire paraît être une pression directe enfonçant la clavicule sous l'acromion : un poids de 136 livres posés sur l'épaule d'un enfant de six ans, un coup de pied de cheval, un coup de bâton sur l'épaule, telles sont les causes mentionnées. Le malade observé par Morel-Lavallée avait fait une chute, et l'on ne put rien savoir sur le mode de production de la luxation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les expériences pratiquées sur le cadavre par Morel-Lavallée et Benjamin Anger ont parfaitement démontré la possibilité, mise autrefois en doute, du déplacement de la clavicule au-

dessous de l'acromion, sans fracture de l'apophyse coracoïde. Cependant Morel-Lavallée a reconnu que, chez certains sujets, en raison du peu d'intervalle existant entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, la luxation aurait la plus grande peine à se produire et serait même impossible sans fracture préalable de l'apophyse coracoïde.

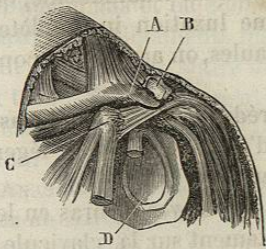


FIG. 48. — Luxation sous-acromiale de la clavicle. — A, extrémité externe de la clavicle enfoncée sous l'acromion; B, C, apophyse coracoïde; D, cavité glénoïde.

Dans la seule autopsie que l'on possède, on a trouvé les ligaments acromiens et coracoïdiens rompus; l'extrémité de la clavicle s'engageait profondément sous l'acromion.

SYMPTOMATOLOGIE. — Outre la douleur, on observe : un raccourcissement de l'épaule, une saillie anormale de l'extrémité interne de la clavicle en haut et en avant. Le trapèze contracté fait une forte saillie et le creux sus-claviculaire est effacé. Le moignon de l'épaule proémine en avant; la clavicle est fixe. Au lieu de la saillie normale de son extrémité externe, il existe une dépression, et l'acromion est plus apparent qu'à l'ordinaire. Dans un cas où la clavicle était fortement engagée sous l'acromion, on aurait senti, au-dessous des parties molles, une saillie entre l'acromion et la tête humérale.

Le DIAGNOSTIC d'une semblable luxation ne paraît devoir offrir aucune difficulté, et quoique la reproduction du déplacement soit aussi à redouter, le PRONOSTIC n'est pas grave.

TRAITEMENT. — Pour opérer la réduction, la contre-extension étant pratiquée avec une alèze passée sous l'aisselle, le chirurgien fait exercer sur le bras des tractions en bas et en dehors, tandis que, placé derrière le malade, il tire la tête humérale en arrière et en dehors, en passant son bras sous l'aisselle du malade.

Les mêmes difficultés se trouvent encore ici pour maintenir la réduction. Le bandage de Desault, le bandage spiroïde de Velpeau, l'écharpe de Mayor, pourront être appliqués.

3^o Luxations simultanées des deux extrémités de la clavicle.

Cette lésion a été observée pour la première fois par Richerand; un second fait semblable s'est présenté en 1857 à Morel-Lavallée. Une chute ou une pression sur le moignon de l'épaule ont été les causes de la luxation. Dans le cas de Richerand, la luxation sterno-claviculaire était plus complète que la luxation acromio-claviculaire; le contraire avait lieu dans le cas de Morel-Lavallée.

Dans l'un et l'autre cas, l'extrémité interne était déplacée en haut et en avant, l'extrémité externe directement en haut.

La réduction s'est faite assez facilement, mais on n'a pu maintenir ré-

duite qu'une seule des luxations, et c'est la luxation la plus complète qui a résisté à la contention. Celle-ci a été faite à l'aide de compresses graduées appliquées sur les extrémités luxées et maintenues par un bandage de Desault.

§ VI. — Luxations de l'humérus (luxations scapulo-humérales ou de l'épaule).

De toutes les luxations, celles de l'articulation scapulo-humérale sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles présentent en outre de très-nombreuses variétés; aussi est-il nécessaire, dès le début de leur étude, de les classer avec méthode. A différentes époques, cette question a préoccupé les chirurgiens qui, dans leurs essais de classification, ont surtout cherché à déterminer chaque variété de déplacement d'après des données anatomiques précises, soit d'après les rapports des os entre eux, soit d'après les rapports des os avec les muscles.

Notre intention n'est pas de tracer ici l'histoire de ces diverses classifications, qui ne nous paraît offrir qu'un médiocre intérêt, et nous semble au contraire de nature à jeter la confusion dans l'esprit de ceux qui étudient pour la première fois les luxations de l'épaule. Nous renvoyons du reste, sur ce point, à un très-bon mémoire de Deville (1), dans lequel le lecteur trouvera un exposé critique de toutes les classifications admises depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

A l'exemple de J. L. Petit, qui le premier détermina avec quelque précision les divers déplacements de la tête humérale, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Malgaigne, Sédillot (2), Velpeau (3), Pétrequin (4), Goyrand (5), Nélaton (6), ont proposé des classifications des luxations de l'épaule. Entre ces classifications, les différences sont souvent plus apparentes que réelles, et consistent fréquemment dans de simples changements de nomenclature, ce qui ne contribue pas peu à obscurcir l'étude de ces luxations, la même variété se trouvant désignée, tantôt sous un nom, tantôt sous un autre.

De plus, certains auteurs ont eu le grave tort, à notre avis, de multiplier outre mesure le nombre des variétés, et surtout d'imposer à chacune d'elles des désignations particulières, comme si elles différaient toutes essentiellement les unes des autres, tandis que, au contraire, des nuances légères les séparent seulement. Or, il ne faut pas se dissimuler qu'à l'épaule plus encore que pour toute autre articulation, les déplacements sont pour ainsi dire innombrables, et que la tête humérale, en abandonnant la ca-

(1) *Annales de la chirurgie*, 1841, t. I, p. 105-205, et p. 280-299.

(2) *Journ. des connaissances méd.-chirurg.*, avril 1837.

(3) *Archives génér. de méd.*, 1837, t. XIV, et *Leçons orales*, 1840, t. I, p. 275.

(4) *Gaz. méd.*, 1837, p. 306.

(5) *Gaz. méd.*, 1848.

(6) *Eléments de pathol. chirurg.*, t. II.