

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.

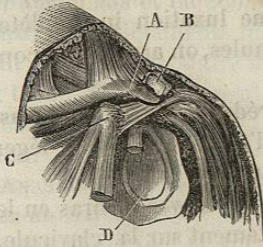


FIG. 48. — Luxation sous-acromiale de la clavicle. — A, extrémité externe de la clavicle enfoncée sous l'acromion; B, C, apophyse coracoïde; D, cavité glénoïde.

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^e 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.

tivité glénoïde, peut se porter à peu près dans toutes les directions, en sorte que ce serait vouloir compliquer indéfiniment la classification de ces luxations que de prétendre désigner par des noms différents toutes les variétés de déplacements, sans tenir compte des analogies qui les rapprochent.

Au lieu de procéder de cette manière, il est bien préférable d'établir, d'après tous les faits connus, un certain nombre de groupes généraux, nettement séparés les uns des autres et renfermant chacun des variétés qui ne présentent entre elles que des différences dans le degré du déplacement, mais qui se distinguent des variétés du groupe voisin par l'ensemble de leurs caractères anatomiques et symptomatologiques. Ces principes ont servi de bases aux classifications de Velpeau, de Malgaigne et de Nélaton.

C'est également en nous fondant sur les mêmes principes que nous nous sommes arrêtés à la classification suivante, qui, du reste, diffère peu des trois précédentes. Nous avons également conservé les désignations adoptées par Malgaigne et Nélaton, qui, dans la détermination de chaque variété, ont pris pour point de départ unique de leur nomenclature les nouveaux rapports de la tête luxée avec les os voisins.

La tête humérale peut s'échapper de la cavité glénoïde, soit en avant et en dedans, soit directement en bas, soit en arrière et en dehors, soit directement en haut; de là quatre groupes principaux de luxations.

1° Les luxations antéro-internes, de beaucoup les plus fréquentes, offrent plusieurs variétés, que l'on peut considérer à bon droit comme des degrés différents de la même lésion. Ces variétés sont au nombre de trois: a. la luxation sous-coracoïdienne, qui peut être complète ou incomplète; b. la luxation intra-coracoïdienne; c. la luxation sous-claviculaire.

2° La luxation en bas, sur laquelle on a tant discuté, existe réellement, quoique très-rare. Elle ne comprend qu'une seule et unique variété, nommée luxation sous-glénoïdienne, car il nous paraît tout à fait superflu de considérer comme variétés distinctes les cas dans lesquels la tête, en même temps qu'elle se déplace en bas, se porte un peu en avant ou en arrière: le déplacement en bas est le fait capital.

3° Les luxations postéro-internes comprennent deux variétés, suivant certains auteurs; d'autres ne veulent en admettre qu'une seule. De même que pour les luxations précédentes, il ne s'agit, en effet, que de différences plus ou moins accusées dans le degré de déplacement.

a. La luxation sous-acromiale est le degré le plus faible; b. la luxation sous-épineuse représente le même déplacement porté plus loin.

4° Enfin, la luxation directement en haut doit être mentionnée à titre d'exception rare; mais, comme elle constitue un groupe tout à fait distinct par le sens du déplacement, il nous semble qu'elle mérite de figurer dans la classification des luxations de l'épaule. On l'a désignée sous le nom de luxation sus-coracoïdienne.

Nous résumerons cette classification dans le tableau suivant :

1° Luxations antéro-internes (en avant et en dedans).	} a. Luxation sous-coracoïdienne b. Luxation intra-coracoïdienne. c. Luxation sous-claviculaire.	} complète. incomplète.	
2° Luxations en bas.....			Luxation sous-glénoïdienne.
3° Luxations postéro-externes (en arrière et en dehors).			a. Luxation sous-acromiale. b. Luxation sous-épineuse.
4° Luxations en haut.....	Luxation sus-coracoïdienne.		

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Examinons maintenant les rapport exacts de la tête humérale dans chacune de ces variétés de luxations.

1° LUXATIONS ANTÉRO-INTERNES. — a. Luxation sous-coracoïdienne. — Nous avons dit que cette variété pouvait être incomplète ou complète. Nous décrirons d'abord la luxation complète, beaucoup plus commune et mieux connue que la première. On comprendra plus facilement ensuite en quoi consiste la luxation incomplète.

Dans la luxation sous-coracoïdienne complète (fig. 49), la tête humérale, qui a totalement abandonné la cavité glénoïde, répond par sa partie la plus élevée, et juste en son milieu, à la concavité de l'apophyse coracoïde. Le col anatomique de l'humérus repose sur le rebord glénoïdien, et le trochiter sur la partie inférieure et interne de la cavité glénoïde.

Le coraco-brachial est situé à la partie antérieure de la tête luxée, la courte portion du biceps un peu plus en dehors; le sous-scapulaire recouvre sa partie supérieure et interne, tandis que les sus- et sous-épineux sont tendus sur la cavité glénoïde. Nélaton et Velpeau citent des cas dans lesquels la tête humérale a traversé le sous-scapulaire et est venue se mettre en rapport avec les muscles grand pectoral et grand dentelé.

La capsule fibreuse est intacte, ou seulement arrachée à ses insertions sur l'humérus en avant, tandis que sa partie postérieure est tendue sur la cavité glénoïde.

Les vaisseaux et les nerfs sont soulevés par la tête luxée; le nerf circonflexe n'est pas tirailé.

La luxation sous-coracoïdienne incomplète a été décrite pour la première fois par A. Cooper, qui admet que la tête est située au côté externe de l'apophyse coracoïde. Malgaigne a montré que la tête, placée au-dessous du bec coracoïdien, répond encore par sa partie postérieure à la cavité glénoïde, et se trouve à cheval sur le rebord antérieur de cette cavité. Dans cette variété, on observe quelquefois la fracture du bec coracoïdien, et South avait à tort considéré cette fracture comme nécessaire



FIG. 49. — Luxation sous-coracoïdienne complète. — A, tête de l'humérus; B, apophyse coracoïde; C, cavité glénoïde.

pour la production du déplacement. La déchirure de la capsule est beaucoup plus rare encore que dans la luxation complète.

Lorsque la réduction n'a pas été faite, il se produit à la longue des modifications importantes dans la forme et la structure des parties contiguës, par suite des nouveaux rapports qu'elles affectent. Ces modifications ont été étudiées déjà d'une manière générale; aussi nous bornerons-nous à quelques indications sommaires. Du côté du scapulum, une nouvelle cavité se creuse sur la partie antérieure du col glénoïdien, et, suivant que la luxation est incomplète ou complète, cette cavité nouvelle est en partie formée aux dépens de l'ancienne cavité glénoïde, ou en est au contraire complètement indépendante, et se trouve située en avant de cette dernière. En outre, dans la luxation *incomplète*, la face inférieure de l'apophyse coracoïde, surtout près de son sommet, est également lisse et excavée, et fait partie de la cavité glénoïde nouvelle.

Du côté de la tête humérale, on observe une dépression plus ou moins

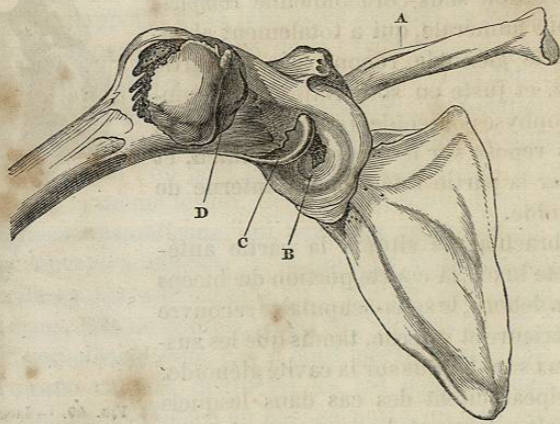


FIG. 50. — Luxation sous-coracoïdienne complète ancienne. — A, clavicle; B, ancienne cavité glénoïde; C, nouvelle cavité; D, gouttière creusée sur la tête humérale par le rebord glénoïdien. (Malgaigne.)

profonde, creusée par la pression de cette extrémité osseuse contre le rebord glénoïdien, et dont la situation indique précisément le degré du déplacement. Ainsi, cette dépression existe sur la partie moyenne de la tête humérale, dans la luxation *incomplète* (fig. 50), tandis que, dans la luxation *complète*, la dépression se trouve entre la tête articulaire et le trochiter.

b. Luxation intra-coracoïdienne. — Très-improprement désignée par quelques auteurs sous le nom de luxation en haut, elle répond à la luxation sous-scapulaire de Velpeau.

La tête humérale (fig. 51) est placée au-dessous de l'apophyse coracoïde, comme dans la luxation sous-coracoïdienne; seulement elle ne répond pas

au bec coracoïdien par sa partie moyenne, mais le déborde en dedans dans les deux tiers ou les trois quarts de son diamètre, en sorte que l'apophyse coracoïde repose sur la coulisse bicipitale ou même en dehors. Aussi, dans les luxations intra-coracoïdiennes anciennes, la tête humérale ne s'articule pas avec la face inférieure de l'apophyse coracoïde, mais elle répond à une surface concave ou aplatie, creusée aux dépens du col de l'omoplate et du rebord glénoïdien. Si le trochiter est arraché, ce qui arrive très-souvent, le rebord glénoïdien se trouve engagé dans l'échancrure qui en résulte; si le trochiter est intact, il regarde du côté de la cavité glénoïde, dont il reste distant.

La tête humérale est recouverte par le muscle sous-scapulaire; le coraco-brachial et le biceps sont placés à son côté externe. La capsule est déchirée. Les vaisseaux et les nerfs passent en avant de la tête luxée. Le nerf circonflexe est à l'abri de toute compression.

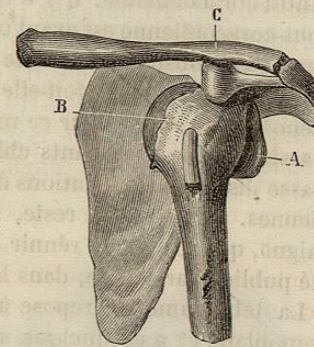


FIG. 51. — Luxation intra-coracoïdienne. — A, ancienne cavité glénoïde; B, tête de l'humérus; C, apophyse coracoïde.

c. Luxation sous-claviculaire. — Cette variété n'est qu'un degré plus prononcé de la luxation intra-coracoïdienne; elle paraît assez rare, puisque Malgaigne n'a pu en réunir que quatre cas.

La tête humérale située en dedans de l'apophyse coracoïde est plus rapprochée de la clavicle que dans la luxation intra-coracoïdienne. Dans deux des faits indiqués par Malgaigne, la tête avait glissé entre le muscle sous-scapulaire et l'omoplate, et même une fois elle avait franchi le bord supérieur du muscle sous-scapulaire, et n'était plus recouverte que par le deltoïde et le grand pectoral; enfin, sur un blessé observé par Malgaigne, la tête avait écarté ces deux muscles et était tout à fait superficielle. La capsule était largement déchirée.

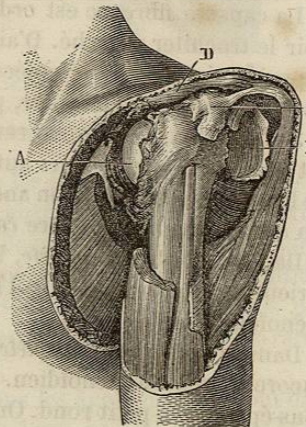


FIG. 52. — Luxation sous-claviculaire. — A, tête de l'humérus; B, cavité glénoïde; C, apophyse coracoïde; D, clavicle. (B. Anger.)

2° LUXATION EN BAS. — *Luxation sous-glénoïdienne.* — Signalée par J. L. Petit sous

le nom de luxation en bas, cette variété a reçu de Goyrand (1) la désignation qu'elle porte aujourd'hui. Malgaigne l'a rangée dans le groupe

(1) Mémoires de la Société de chirurgie, t. I, p. 21.

des luxations dans l'aisselle, avec la sous-coracoïdienne, et Nélaton dans le groupe des luxations antéro-internes avec la sous-coracoïdienne et l'intra-coracoïdienne. Il y a certainement là une confusion : la luxation sous-coracoïdienne est avant tout une luxation en avant et en dedans, et ne peut être considérée comme une luxation en bas ; à plus forte raison, l'intra-coracoïdienne doit-elle être nettement séparée de la luxation sous-glénoïdienne. C'est pour ce motif que nous avons cru devoir modifier les classifications des savants chirurgiens, et admettre comme formant une classe distincte les luxations directement en bas ou luxations sous-glénoïdiennes. Celles-ci, du reste, sont regardées comme très-rares par Malgaigne, qui n'a pu en réunir que douze cas. Une nouvelle observation a été publiée par Parise, dans la *Gazette médicale* de 1863.

La tête humérale repose à la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate, et a en quelque sorte glissé sur le plan oblique en bas et en dedans que présente la surface d'insertion de la longue portion du triceps. Elle se trouve de 2 centimètres et demi à 3 centimètres au-dessous de l'apophyse coracoïde, en dedans de cette apophyse, et non en dehors, ainsi que Goyrand l'avait avancé : elle est placée entre la longue portion du triceps et le sous-scapulaire. Mais, dans certains cas, le déplacement ne s'arrête pas là. La tête luxée peut se porter plus en avant sous le grand pectoral, ou en arrière sous le grand dorsal. Malgaigne l'a vue se mettre en rapport avec le troisième espace intercostal.

La capsule fibreuse est ordinairement déchirée, et il n'est pas rare de voir le trochiter arraché. D'ailleurs on comprend que les déchirures de la capsule soient proportionnées à l'étendue du déplacement, qui, ainsi que nous l'avons fait remarquer, présente de très-notables différences.

3° LUXATIONS POSTÉRO-EXTERNES. — *a. Luxation sous-acromiale.* — Elle est désignée par plusieurs auteurs sous le nom de luxation en dehors ou de luxation en arrière ; son anatomie pathologique est encore peu connue. On admet qu'elle peut être *complète* ou *incomplète*.

Dans la luxation *complète*, la tête est placée au-dessous de l'angle postérieur de l'acromion ; le col huméral répond au bord externe de la cavité glénoïde.

Dans la luxation *incomplète*, la surface articulaire de l'humérus répond encore au rebord glénoïdien. La tête luxée est en rapport avec les muscles sous-épineux et petit rond. On l'a vue, dans un cas, glisser entre ces deux muscles et venir se placer au-dessous du deltoïde.

b. Luxation sous-épineuse. — Dans cette variété (fig. 53), due à l'exagération du déplacement précédent, la tête se trouve sous l'épine de l'omoplate, en arrière de l'angle postérieur de l'acromion. Des déchirures considérables de la capsule et des muscles, des fractures de l'omoplate et des côtes, accompagnaient cette lésion dans la seule autopsie rapportée par Malgaigne.

4° LUXATION EN HAUT. — *Luxation sus-coracoïdienne.* — Elle paraît extrêmement rare, puisque Malgaigne n'en cite qu'un seul exemple qu'il a eu

l'occasion d'observer. Dans un cas plus récent, décrit par Holmes (1), il existait une fracture de l'apophyse coracoïde. La tête humérale était venue se placer au-dessus et un peu en avant de la cavité glénoïde, et reposait sur le bec coracoïdien et la clavicule ; elle avait traversé les fibres du muscle deltoïde et était seulement recouverte par les téguments. La pièce est déposée au musée de Saint-George's Hospital. Enfin, B. Anger (2) a pu produire sur le cadavre des luxations sus-coracoïdiennes : dans ses expériences, la tête humérale venait se placer au-dessus de l'apophyse coracoïde, ainsi qu'on peut le voir sur la figure 54 ; les muscles étaient déchirés dans une étendue considérable.

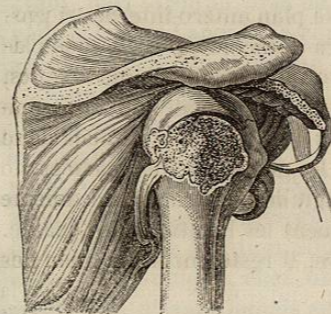


FIG. 53. — Luxation sous-épineuse avec arrachement du trochiter. (Malgaigne.)

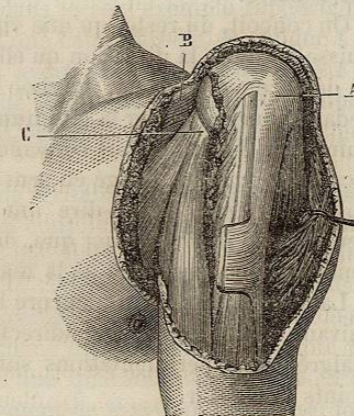


FIG. 54. — Luxation sus-épineuse. — A, tête humérale ; B, clavicule ; C, apophyse coracoïde. (B. Anger.)

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — On sait que les luxations de l'épaule sont à elles seules plus communes que toutes les autres ensemble. Mais il existe des différences notables relativement au degré de fréquence de chaque variété. Les luxations antéro-internes, et, parmi celles-ci, les luxations sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes, sont de beaucoup les plus fréquentes ; la sous-glénoïdienne et la sous-acromiale sont assez rares ; les autres sont tout à fait exceptionnelles.

Les luxations de l'épaule s'observent à tous les âges, mais surtout dans l'âge adulte. D'après les statistiques de Malgaigne, au delà de soixante-dix ans, les luxations de l'épaule se rencontrent presque à l'exclusion de toutes les autres. Quant à l'influence du sexe, le même auteur a trouvé dans ses relevés quatre ou cinq fois plus d'hommes que de femmes.

L'existence de luxations antérieures exerce une influence prédisposante considérable, et nous avons cité ailleurs le cas d'un malade chez lequel

(1) *Med.-Chirurg. Transactions*, t. XLI, p. 447.

(2) *Traité iconographique des maladies chirurgicales* (Luxations et fractures).

Erichsen réduisit pour la quarantième ou la cinquantième fois une luxation de l'épaule.

Les causes efficientes sont tantôt directes, tantôt indirectes. Les premières, comme les coups, les chutes sur l'épaule, agissent directement sur la tête humérale qu'elles chassent hors de sa cavité. Il arrive souvent que, dans ces circonstances, le mécanisme suivant lequel se produit le déplacement échappe à peu près complètement; mais nous pensons avec quelques auteurs, et en particulier avec Malgaigne, que les causes directes agissent plus souvent qu'on n'a coutume de le croire et de le répéter. Il en serait ainsi pour les luxations intra-coracoïdienne et sous-claviculaire.

On conçoit, du reste, qu'une violence extérieure appliquée sur l'épaule puisse, suivant la direction qu'elle affecte, déterminer toutes les variétés de déplacements. Ainsi, un choc dirigé d'arrière en avant et de dehors en dedans pourra chasser la tête humérale sur le plan antéro-interne, et produire une luxation sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne ou sous-claviculaire; un choc dirigé en sens inverse pourra déterminer une luxation postéro-externe, c'est-à-dire une luxation sous-acromiale ou sous-épineuse. Mais il faut avouer que, dans bien des cas, il est fort difficile de se rendre un compte exact de la manière dont les choses se sont passées.

La difficulté augmente encore lorsqu'il s'agit de pénétrer le mécanisme suivant lequel les causes indirectes déterminent les luxations de l'épaule. Malgré les expérimentations sur le cadavre, il reste encore là bien des points à éclaircir.

De toutes les variétés de luxations, la sous-coracoïdienne est celle qui paraît le plus souvent reconnaître pour origine une cause indirecte, comme une chute sur la paume de la main ou sur le coude écarté du tronc. Dans le mouvement d'abduction forcée qui s'opère, la tête humérale vient prendre un point d'appui sur le bord postérieur de la cavité glénoïde; l'humérus est converti alors en un levier du premier genre dont la résistance est représentée par la partie antérieure et inférieure de la capsule, et dont la puissance, placée à l'extrémité du bras, ou même à l'extrémité du membre (chute sur la main), agit avec une grande force pour triompher de la résistance. La capsule déchirée, et le mouvement de bascule continuant, le col huméral vient appuyer sur le bord de l'acromion, et la tête est projetée directement en bas, si l'abduction est directe; en bas et en avant, si l'impulsion donnée à l'humérus est légèrement oblique.

Tel est le mécanisme généralement adopté, d'après les expériences de Malgaigne. Il s'applique, comme on le voit, aux luxations sous-coracoïdiennes et sous-glénoïdiennes, avec de légères différences relatives à la direction du membre au moment de l'accident. On comprend également que les luxations intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires puissent se produire par un mécanisme analogue; cependant nous avons dit que ces variétés succèdent le plus souvent à des causes directes.

Les luxations sous-acromiales ont été, dans un certain nombre de cas, le résultat de chutes sur la main ou le coude portés en avant, c'est-à-dire que l'impulsion a semblé être dirigée de bas en haut et d'avant en arrière. Malgaigne soupçonne, d'après ses expériences, que ces luxations se produisent surtout dans une torsion violente du bras en dedans.

Les recherches de B. Anger ne nous paraissent pas avoir éclairé d'un grand jour le mécanisme de ces luxations. Pour obtenir le déplacement en arrière, il détermine d'abord une luxation en avant; puis, faisant exécuter au bras un mouvement de circumduction combiné avec une torsion en dehors, il parvient à faire passer la tête en arrière. Mais peut-on rien conclure de semblables manœuvres?

Enfin la luxation sus-coracoïdienne, dans le seul exemple rapporté par Malgaigne, paraît avoir été le résultat d'une cause directe. B. Anger a pu la reproduire expérimentalement après avoir déterminé une luxation en avant, puis tordu le bras de manière que la tête de l'humérus, contournant le bec de l'apophyse coracoïde, soit venue se placer en dehors, puis au-dessus de cette apophyse.

Outre les causes indirectes résultant de véritables traumatismes, il faut encore citer les contractions musculaires comme susceptibles de produire les luxations de l'épaule. On trouve en effet, dans les auteurs, un certain nombre d'observations dans lesquelles la contraction musculaire paraît avoir seule agi pour déterminer le déplacement. Nous avons eu l'occasion de réduire une luxation sous-coracoïdienne manifestement produite par cette cause unique, chez un homme d'une quarantaine d'années, très-vigoureux, n'ayant jamais eu antérieurement de luxation, qui fit un faux pas en descendant son escalier, et, afin d'éviter une chute, écarta violemment le bras pour se retenir à la muraille. Ce mouvement s'accompagna d'une violente douleur dans l'épaule, et quoique le blessé n'ait pas même touché le mur avec sa main, la luxation existait. A défaut d'autres faits, on ne saurait donc se refuser à admettre la réalité des luxations de l'épaule par contraction musculaire, et l'on doit considérer comme mal fondée l'assertion de Nélaton, qui regarde cette cause comme insuffisante, excepté dans les cas où la capsule aurait été préalablement distendue ou déchirée par une luxation antérieure.

Quant aux variétés de luxations produites par l'action musculaire, nous devons citer en premier ligne la sous-coracoïdienne, qui semble résulter de la contraction du deltoïde, puis la luxation sous-acromiale. Malgaigne a en effet signalé cette particularité intéressante, que sur vingt-neuf cas de luxations sous-acromiales, il y en a huit dues à l'action musculaire. Le déplacement s'était produit pendant des convulsions.

SYMPTOMATOLOGIE. — Toute luxation de l'épaule est caractérisée par un certain nombre de symptômes communs. Ce sont : 1° la douleur, le gonflement, l'ecchymose et la crépitation, qui n'offrent ici rien de spécial; 2° l'attitude du membre blessé; 3° la déformation de l'épaule, appréciable à la vue et au toucher; 4° les variations de longueur du bras; 5° la