

gène des mouvements. Ces symptômes se présentent avec des caractères particuliers dans chaque variété de luxation.

Luxation sous-coracoïdienne. — La tête et le tronc sont légèrement inclinés vers le côté blessé; le bras est dans l'abduction et un peu dans la rotation en dehors. Si l'on prolonge par la pensée l'axe de l'humérus, il semble se diriger non plus vers le centre de la cavité glénoïde, mais vers la paroi latérale du tronc, et forme un angle rentrant très-marqué au niveau de l'insertion du deltoïde. L'avant-bras est quelquefois pendant le long du corps, mais le plus souvent il est dans la demi-flexion et soutenu par la main du côté opposé.

La forme de l'épaule est modifiée d'une manière remarquable (fig. 55):

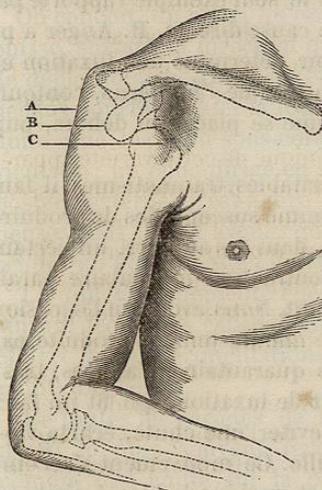


FIG. 55. — Luxation sous-coracoïdienne. — A, aplatissement du moignon de l'épaule; B, acromion; C, tête de l'humérus.

l'acromion fait une saillie considérable; au lieu d'être arrondi, le moignon de l'épaule présente un aplatissement très-marqué; le creux sous-claviculaire est effacé et quelquefois légèrement saillant. La paroi antérieure de l'aisselle, mesurée du milieu de la clavicule au milieu du bord inférieur du grand pectoral, est allongée. En arrière, le bord spinal de l'omoplate est soulevé.

En portant les doigts sous l'acromion, on ne trouve plus la résistance fournie par la tête humérale, mais une dépression profonde; sur la paroi externe du creux axillaire, on sent une tumeur dure, lisse, arrondie, qui participe aux mouvements qu'on imprime à l'humérus. Sur la paroi antérieure de l'aisselle, dans le creux sous-claviculaire, on reconnaît facilement le bec de l'apophyse coracoïde, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral; au-dessous de cette apophyse on trouve la tête humérale avec les caractères précédemment indiqués, et l'on reconnaît que cette tête est partagée par l'apophyse coracoïde en deux parties égales.

Le bras présente toujours des variations de longueur: allongement suivant les uns, raccourcissement suivant les autres. Cette différence est plus apparente que réelle; elle tient aux points de repère choisis et aux positions qu'on fait prendre au membre pour le mesurer.

En prenant pour points de repère, comme le faisait Malgaigne, d'une part l'acromion, d'autre part l'épicondyle ou l'épitrochlée, l'allongement est constant. Pour Malgaigne, il ne dépasse jamais 11 ou 16 millimètres. Suivant Velpeau, il peut atteindre 27 millimètres; suivant Nélaton, au contraire, il ne dépasse pas 5 ou 6 millimètres.

Les mouvements du membre sont constamment gênés et douloureux.

Le coude ne peut être rapproché du corps; il y a impossibilité de porter la main sur la tête. Le blessé peut encore faire avec peine quelques légers mouvements du bras en avant et en arrière; la flexion et l'extension de l'avant-bras sont conservées.

Les mouvements provoqués sont douloureux. Mais, tandis qu'il est toujours possible de porter le bras en avant, en arrière, d'augmenter considérablement l'abduction, on ne peut plus rapprocher le coude du tronc. Dans les différents mouvements qu'on cherche à imprimer à l'humérus, il n'est pas rare de sentir une grosse crépitation, due aux frottements de la tête sur les os voisins.

Les symptômes qui viennent d'être énumérés s'appliquent à la luxation sous-coracoïdienne complète; la luxation incomplète présente des signes analogues, mais beaucoup moins prononcés. La dépression sous-acromiale n'existe qu'à la partie postérieure; la tête humérale est plus difficilement sentie à travers les parties molles. L'abduction du bras est beaucoup moindre.

Luxation intra-coracoïdienne. — L'étude clinique de cette variété appartient principalement à Malgaigne. Les symptômes présentent une assez grande ressemblance avec ceux de la luxation sous-coracoïdienne.

Le bras est dans l'abduction, mais à un degré moindre que dans la précédente variété; quelquefois il est en même temps dirigé en avant, plus souvent un peu en arrière. Il est placé dans la rotation en dedans, et son axe est fortement incliné vers la partie latérale du tronc, en sorte que la dépression angulaire au niveau de l'insertion du deltoïde est très-accusée. L'aplatissement de la région deltoïdienne, la saillie de l'acromion sont très-marqués; la paroi antérieure de l'aisselle est allongée, mais en général elle ne présente pas de saillie anormale, en raison de l'enfoncement de la tête humérale. Chez les sujets maigres, le creux sous-claviculaire est plus profond, par suite du déplacement de la clavicule en avant.

Si l'on porte les doigts dans l'aisselle, on ne sent pas la tête, mais la face interne de l'humérus rapprochée des côtes. En palpant la paroi antérieure de l'aisselle, on trouve la tête humérale, dont les deux tiers ou les trois quarts débordent en dedans l'apophyse coracoïde. Nous doutons fort que l'on puisse facilement constater, comme le dit Malgaigne, que l'apophyse coracoïde tombe juste sur la coulisse bicipitale. De même que pour la luxation sous-coracoïdienne, la mensuration a donné des résultats différents, tantôt un allongement de 15 à 20 millimètres, tantôt un raccourcissement de quelques millimètres; tantôt enfin on a trouvé même longueur des deux côtés.

Les mouvements spontanés sont impossibles; les mouvements communiqués, très-douloureux, quoique possibles. Ils s'accompagnent quelquefois d'une crépitation assez forte que Malgaigne attribue à l'écrasement et à l'arrachement du trochiter.

Luxation sous-claviculaire. — Le bras est en général appliqué contre le

tronc, et sans rotation. La tête humérale fait ordinairement saillie en avant sous la clavicule. En portant les doigts dans le creux axillaire, on ne sent que la face interne de l'humérus, dont on peut atteindre la tête, même en portant le bras dans l'abduction; signe important pour le diagnostic avec la luxation intra-coracoïdienne. Enfin, on peut enfoncer les doigts au côté externe de l'apophyse coracoïde, mais non à son côté interne, où l'on trouve une saillie osseuse formée par la tête. On a vu le changement de longueur du membre se produire dans un sens ou dans l'autre.

Luxation sous-glénoïdienne. — Le coude est plus écarté du tronc que dans la luxation sous-coracoïdienne; on a même vu le bras faire un angle droit avec l'axe du corps. La déformation de l'épaule est à peu près celle de la luxation sous-coracoïdienne, sauf que l'aplatissement sous-acromial est plus prononcé, en raison de la tension du deltoïde, et que le creux sous-claviculaire est conservé. D'après Goyrand, l'angle inférieur de l'omoplate est rapproché de l'épine dorsale.

La tête humérale occupe une position variable dans l'aisselle, tantôt sur la paroi antérieure, tantôt sur la paroi postérieure; on l'a vue répondre à la paroi thoracique. Dans un cas cité par Robert, elle était en rapport avec le deuxième espace intercostal; dans un autre cas de Bourguet, elle répondait au troisième espace. Mais quelle que soit sa position, la saillie qu'elle forme est toujours séparée de l'apophyse coracoïde par un certain intervalle.

Le membre présente constamment un allongement qui peut aller jusqu'à 3 centimètres. Les mouvements volontaires sont douloureux et gênés; les mouvements communiqués sont ordinairement faciles.

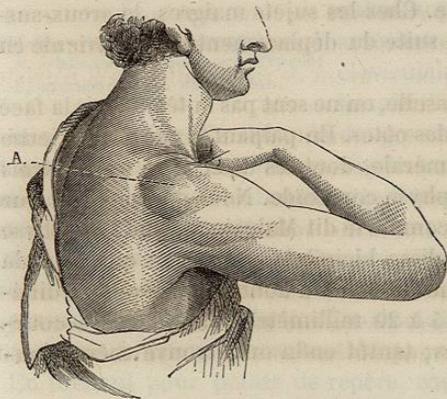


FIG. 56. — Luxation sous-acromiale. Déformation. — A, saillie de la tête humérale.

L'apophyse coracoïde et l'angle antérieur de l'acromion font saillie en avant, et une dépression les sépare. On ne sent pas la tête humérale dans

Luxation sous-acromiale. — Les symptômes des luxations sous-acromiales et sous-épineuses diffèrent assez notablement de ceux que nous venons d'assigner aux diverses luxations en avant et en bas.

Le bras est pendant et dans la rotation en dedans, le coude porté en avant et un peu rapproché du tronc. La déformation de l'épaule est moindre que dans les luxations précédentes, et présente des différences caractéristiques. L'aplatissement de la région deltoïdienne est peu marqué et n'existe qu'en avant.

l'aisselle; mais elle forme, à l'angle postérieur de l'acromion, une tumeur séparée de la fosse sous-épineuse par une dépression verticale plus ou moins prononcée. On a constaté le plus ordinairement l'allongement du membre. Les mouvements spontanés sont très-pénibles; les mouvements communiqués très-douloureux et très-faciles. La figure 56, empruntée au *Journal des connaissances médicales* (1), montre la déformation très-prononcée accompagnant une luxation sous-acromiale.

Luxation sous-épineuse. — Dans le seul cas observé par Malgaigne, et qui s'accompagnait de graves désordres, la tête humérale était portée en arrière de l'angle postérieur de l'acromion, sous l'épine de l'omoplate. L'acromion faisait une saillie considérable au-dessous de laquelle existait une dépression profonde.

Luxation sus-coracoïdienne. — Malgaigne a donné la description suivante du seul fait qu'il ait observé: Le bras était écarté du tronc, sans rotation. On constatait l'aplatissement du moignon de l'épaule; on pouvait sentir aisément les bords postérieur et externe de l'acromion, son angle antérieur; puis en avant de cet angle et immédiatement au-dessous de la clavicule, on trouvait une saillie constituée par la tête humérale qui masquait presque entièrement l'apophyse coracoïde. L'aisselle était complètement vide. Le bras paraissait raccourci de 5 millimètres.

DIAGNOSTIC. — Il comprend: 1° le diagnostic des luxations avec les différentes lésions qui peuvent les simuler, et 2° le diagnostic des différentes variétés de luxations entre elles.

Les seules lésions qu'on pourrait confondre avec la luxation sont: la contusion de l'épaule, la paralysie du deltoïde, la luxation de l'extrémité externe de la clavicule, et la fracture du col de l'humérus.

La contusion se reconnaîtra au gonflement régulier du moignon de l'épaule, à la conservation des mouvements du bras, qui sont seulement plus ou moins douloureux, à l'égalité de longueur des deux membres. En outre, la palpation permettra le plus souvent de reconnaître qu'il n'existe ni dépression sous-acromiale, ni saillie anormale.

La paralysie du deltoïde, qui succède quelquefois à une violence extérieure, produit un aplatissement de l'épaule qui pourrait faire croire à l'existence d'une luxation. Mais on évitera cette erreur, en recherchant au-dessous de l'acromion la tête humérale, qui, dans ce cas, occupe sa position normale.

La luxation sus-acromiale de la clavicule, qui s'accompagne également d'un aplatissement et d'un allongement du moignon de l'épaule, diffère tellement de la luxation scapulo-humérale par ses autres symptômes, qu'il est inutile d'insister sur ce point.

Le diagnostic est plus difficile entre la luxation scapulo-humérale et la fracture du col de l'humérus. On sait que cette fracture peut siéger, soit au niveau du col chirurgical (fractures extra-capsulaires), soit au niveau du

(1) *Journ. des connaiss. méd.*, 15 mars 1835.

col anatomique (fractures intra-capsulaires). Ces deux lésions offrent des symptômes communs avec les luxations.

Les fractures du col chirurgical pourraient simuler surtout les luxations sous-coracoïdiennes et sous-glénoïdiennes. Cependant la déformation de l'épaule est moins prononcée, et ne porte que sur sa partie inférieure; il n'y a pas de dépression sous-acromiale, et en enfonçant les doigts sous l'acromion, on rencontre la tête de l'humérus. Sur la paroi externe du creux axillaire, on trouve une tumeur irrégulière, peu volumineuse, et non lisse et arrondie comme la tête humérale. Le membre a conservé sa longueur primitive; quelquefois il est raccourci et non allongé, comme cela a lieu le plus souvent dans les luxations sous-coracoïdiennes et sous-glénoïdiennes. Le coude, légèrement écarté du tronc, peut en être rapproché sans effort. Une traction légère suffit pour faire disparaître la déformation, qui se reproduit aussitôt qu'on abandonne le membre. Enfin, en imprimant d'une main des mouvements de rotation à l'humérus, tandis que l'autre main fixe le fragment supérieur, on provoque souvent une crépitation franche, et non une crépitation sourde, comme il arrive dans les luxations.

Le siège de l'ecchymose, auquel Dupuytren attachait une si grande valeur, n'a qu'une importance médiocre. Dans la fracture, où elle est presque constante, elle doit occuper le moignon de l'épaule; dans la luxation, la partie antérieure et interne du bras.

La fracture intra-capsulaire de l'humérus est plus difficile à reconnaître que la fracture extra-capsulaire. Cependant c'est avec une contusion plutôt qu'avec une luxation qu'on pourrait la confondre. Nous ne voulons parler ici que des cas où la tête humérale, séparée du reste de l'os, conserve ses rapports avec la cavité glénoïde; car si elle a abandonné cette dernière, il y a une luxation compliquée, et nous aurons à revenir plus tard sur ce point.

Dans le premier cas, l'absence de la déformation du moignon de l'épaule, l'absence de tumeur dans l'aisselle, la conservation presque complète de tous les mouvements, permettront le plus souvent d'écarter toute idée de luxation. Cependant lorsque la fracture a eu lieu par écrasement, il y a un léger aplatissement du moignon de l'épaule, et quelquefois la tête humérale élargie peut produire une saillie au-dessous de l'apophyse coracoïde, en même temps qu'il existe une dépression sous l'angle postérieur de l'acromion. Mais il est le plus souvent possible de constater que ces symptômes sont dus à la déformation même de la tête osseuse, et non à son déplacement, car la dépression sous-acromiale est peu profonde.

Quant au diagnostic différentiel des diverses variétés de luxations scapulo-humérales, il ressort de la symptomatologie de chacune de ces variétés. Le lecteur trouvera dans le tableau ci-contre les éléments de ce diagnostic.

PRONOSTIC. — D'une manière générale, les luxations de l'épaule ne pré-

SIGNES DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE.

SOUS-CORACOÏDIENNE.	INTRA-CORACOÏDIENNE.	SOUS-CLAVICULAIRE.	SOUS-GLENOÏDIENNE.	SOUS-ACROMIALE ET SOUS-ÉPINEUSE.	SUS-CORACOÏDIENNE.
Aplatissement du moignon de l'épaule en dehors et en arrière. Saillie très-prononcée de l'acromion.	Aplatissement du moignon de l'épaule, surtout en arrière. Idem.	Aplatissement du moignon de l'épaule, surtout en arrière. Idem.	Aplatissement très-considérable du moignon de l'épaule et tension du deltoïde. Idem.	Aplatissement peu prononcé du moignon de l'épaule. Saillie de l'angle antérieur de l'acromion et de l'apophyse coracoïde.	Aplatissement du moignon de l'épaule en arrière. Saillie de l'acromion, difficile de sentir l'apophyse coracoïde. Pas de modification notable.
Paroi antérieure de l'aisselle allongée, soulevée par la tête de l'humérus immédiatement en dedans de l'apophyse coracoïde (signe pathognomonique).	Paroi antérieure de l'aisselle allongée, soulevée, sans allongement.	Paroi antérieure de l'aisselle soulevée, sans allongement.	Paroi antérieure de l'aisselle allongée, tendue, aplatie.	Paroi antérieure de l'aisselle déprimée.	Saillie de la tête de l'humérus dans la région sous-claviculaire, et masquant l'apophyse coracoïde.
Creux sous-claviculaire effacé.	Creux sous-claviculaire remplacé par la saillie de la tête de l'humérus, située au-dessous de la clavicule (signe pathognomonique).	Creux sous-claviculaire remplacé par la saillie de la tête de l'humérus dans l'aisselle.	Saillie axillaire très-prononcée et presque sous la peau de la tête de l'humérus (signe pathognomonique).	Creux sous-claviculaire conservé.	Aucune saillie dans l'aisselle.
Saillie de la tête de l'humérus dans l'aisselle, appréciable dans toutes les positions du bras.	Saillie de la tête de l'humérus dans l'aisselle, appréciable seulement dans l'élevation du bras.	Aucune saillie de la tête de l'humérus dans l'aisselle.	Creux sous-claviculaire conservé.	Aucune saillie dans l'aisselle; saillie de la tête de l'humérus au-dessous de la rainure de l'acromion ou dans la fosse sous-épineuse (signe pathognomonique).	Aucune saillie dans l'aisselle.
Coude écarté du tronc et un peu en arrière.	Coude peu écarté du tronc et en arrière.	Coude rapproché du tronc et en arrière.	Coude très-écarté du tronc.	Coude rapproché du tronc et en avant.	Coude écarté du tronc.
Rotation du bras en dehors.	Rotation du bras en dedans.	Pas de rotation du bras.	Pas de rotation du bras.	Rotation du bras en dedans.	Pas de rotation du bras.
Allongement du bras, de 15 à 20 millimètres.	Longueur variable, plutôt allongement du bras.	Tantôt allongement, tantôt raccourcissement du bras.	Allongement notable du bras.	Léger allongement du bras.	Raccourcissement du bras.
Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués possibles, peu douloureux, excepté l'adduction.	Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués possibles, mais douloureux.	Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués difficiles et très-douloureux.	Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués faciles et peu douloureux, excepté l'adduction.	Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués presque nuls et très-douloureux.	Mouvements volontaires difficiles; mouvements communiqués presque nuls et très-douloureux.

sentent pas une grande gravité. Lorsqu'elles sont récentes, leur réduction est habituellement facile, et le membre reprend l'intégrité et la force de ses mouvements. Cependant, relativement à la facilité de la réduction, on doit noter certaines différences entre les diverses variétés, et à ce point de vue, les luxations intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires sont plus graves que les autres.

Quoique les luxations anciennes s'accompagnent presque toujours de troubles fonctionnels, il arrive quelquefois que, par suite de la formation d'une néarthrose, le blessé recouvre la plupart des mouvements du bras. A ce point de vue, il existe encore des différences entre les diverses variétés des déplacements. Les luxations sous-coracoïdiennes, intra-coracoïdiennes et sous-glénoïdiennes, lorsqu'elles n'ont pas été réduites, laissent à leur suite une gêne plus ou moins marquée des mouvements d'adduction, de rotation et de circumduction. Dans les luxations sous-claviculaires, les mouvements sont généralement beaucoup plus bornés, et s'accompagnent même quelquefois de douleurs. Enfin les luxations en arrière non réduites sont infiniment plus graves, les mouvements du bras sont très-limités; les malades ne peuvent porter la main à la tête; quelques-uns même ne peuvent toucher leur menton.

COMPLICATIONS. — Sans parler des fractures des tubérosités humérales, de l'arrachement des tendons, de la déchirure de la capsule, qui, au point de vue clinique, ne doivent pas être considérées comme des complications sérieuses, on peut observer diverses lésions, soit immédiates, soit consécutives, qui exercent une influence plus ou moins grande sur le pronostic et le traitement des luxations de l'épaule, et qui, à ce titre, méritent le nom de complications. Ce sont : les fractures, les lésions des vaisseaux et des nerfs, l'issue à l'extérieur de la tête humérale, les paralysies.

Les luxations de l'épaule peuvent se compliquer de *fractures de l'omoplate*. Lorsque la fracture siège sur l'apophyse coracoïde, sur l'acromion ou sur le corps de l'os, elle n'offre, relativement à la luxation, qu'une importance médiocre. Il n'en est pas de même si la solution de continuité intéresse une portion notable de la cavité glénoïde. Le diagnostic s'entoure en général d'une grande obscurité, et la crépitation qu'on perçoit souvent alors ne donne aucune certitude sur l'existence ni sur le siège de la fracture. On a dit que les luxations compliquées de fractures de la cavité glénoïde étaient très-difficiles à maintenir réduites, mais cette opinion paraît avoir été avancée sans preuves suffisantes.

La luxation scapulo-humérale se complique parfois de *fractures de l'humérus* qui se trouve brisé, tantôt au niveau de son corps, tantôt au niveau de son col chirurgical, tantôt enfin au niveau de son col anatomique. Nous nous bornerons à mentionner les fractures du corps de l'humérus, qui se reconnaîtront facilement à leurs signes propres, et qui, à part les difficultés qu'elles peuvent apporter à la réduction, ne diffèrent pas, celle-ci une fois opérée, des fractures ordinaires.

La *fracture du col chirurgical*, complication beaucoup plus rare que la

précédente, et dont le diagnostic serait établi par la recherche minutieuse des symptômes propres à la fois à la fracture et à la luxation, apporte de sérieux obstacles à la réduction, et acquiert une gravité plus grande par le défaut complet de réduction ou par une consolidation plus ou moins vicieuse des fragments.

Enfin, la *fracture du col anatomique*, ou la séparation complète de la tête humérale, paraît être plus rare encore. Sur huit cas rapportés par Malgaigne, deux fois la tête s'était échappée en arrière, et six fois en avant. Il est remarquable que, dans la plupart de ces faits, la tête humérale, quoique isolée à peu près de toutes les parties molles, ait continué à vivre.

Le diagnostic d'une semblable complication est extrêmement épineux. Cependant la déformation de l'épaule est moins prononcée que dans la luxation simple, par suite de la présence du fragment inférieur qui répond à la cavité glénoïde. De plus, en explorant l'aisselle, on trouve une tumeur lisse, régulière, ne suivant pas les mouvements imprimés à l'humérus. La mensuration indique aussi un raccourcissement très-prononcé.

La *lésion des vaisseaux axillaires* est une complication exceptionnelle. A. Bérard a observé, à la suite d'une luxation sous-coracoïdienne, la suppression du pouls dans les artères radiale et cubitale, puis la gangrène de plusieurs doigts. Le malade étant mort, on constata la rupture des deux tuniques internes de l'artère axillaire; la tunique externe était effilée à ce niveau, et la lumière du vaisseau oblitérée. Nélaton (1), qui cite ce fait, a observé pareillement la rupture de l'artère axillaire, à la suite d'une luxation sous-glénoïdienne; il s'ensuivit un anévrysme faux consécutif pour lequel on fut obligé de pratiquer la ligature au-dessus de la clavicule. Enfin, Parise (2) a rapporté un troisième exemple de cette grave complication, qui s'accompagnait en outre d'une déchirure du nerf circonflexe.

L'*issue de la tête humérale à travers les téguments* ne s'est rencontrée que très-rarement, Malgaigne en cite seulement cinq cas. Une seule fois la tête humérale s'était échappée en arrière; dans les quatre autres faits, la tête était sortie à travers les téguments de l'aisselle.

Enfin, les auteurs signalent comme complication tout à fait exceptionnelle le fait unique de Prochaska d'une luxation scapulo-humérale avec rupture de la paroi thoracique et pénétration de la tête humérale dans la cavité pectorale.

Parmi les complications consécutives, nous signalerons seulement les *paralysies*, qui présentent un haut intérêt pratique. Elles surviennent rarement au moment même de l'accident, et débutent ordinairement quelques heures ou quelques jours après, alors même qu'on n'a fait aucune tentative de réduction.

La cause de ces paralysies est assez obscure. Van Swieten, et après lui Desault, admettaient une compression du plexus brachial par la tête luxée.

(1) *Elém. de pathol. chirurg.*, t. II, p. 368.

(2) *Gaz. méd.*, 1863.