

Mais, si l'on excepte la luxation sous-claviculaire, on ne peut admettre que la tête humérale vienne se mettre en rapport avec les nerfs du plexus. Or, comme d'autre part ces paralysies s'observent quelquefois à la suite d'une simple contusion de l'épaule, sans luxation, il est plus rationnel de penser que cet accident est dû, soit à une simple commotion du plexus brachial, soit à une compression des nerfs de ce plexus entre la première côte et la clavicule abaissée par un choc violent, ou un brusque mouvement.

La paralysie qui succède aux luxations de l'épaule présente des degrés variables. En général, elle n'affecte que la motilité; la sensibilité est intacte, et il n'existe que quelques engourdissements et quelques fourmillements. Tantôt la paralysie est bornée à quelques muscles, au deltoïde, par exemple; tantôt elle s'étend à la totalité des muscles du bras et de l'avant-bras. Dans certains cas, elle consiste dans un simple affaiblissement musculaire; dans d'autres, elle revêt le caractère d'une paralysie complète, et le mouvement est entièrement aboli. Les extenseurs des doigts et de la main sont plus souvent frappés et plus sérieusement affectés que tous les autres muscles, quand la paralysie est étendue à tout le membre supérieur.

Les suites de cet accident sont variables : tantôt, en effet, il disparaît spontanément, ou sous l'influence d'un traitement insignifiant; tantôt, au contraire, il persiste longtemps et peut résister à tous les moyens. L'existence de la paralysie peut, comme nous le verrons, modifier les indications du traitement.

TRAITEMENT. — Les procédés de réduction des luxations scapulo-humérales sont très-nombreux; leur exposition en a été de tout temps fort confuse, et Malgaigne en a donné la raison véritable en disant que la plupart de ces procédés ont été appliqués pêle-mêle à toutes les variétés de ces luxations. Nous étudierons d'abord avec quelques détails les méthodes de réduction de la luxation sous-coracoïdienne, et nous examinerons ensuite celles qui conviennent aux autres variétés.

La luxation sous-coracoïdienne cède assez souvent aux méthodes de douceur. La pression directe opérée à l'aide des doigts introduits dans l'aisselle, afin de refouler la tête en dehors, réussit dans un certain nombre de cas, lorsqu'on a soin de maintenir en même temps l'omoplate. Mais on préfère généralement agir d'une façon indirecte sur la tête humérale à l'aide d'un mouvement de bascule. Le chirurgien, disposant sous l'aisselle un point d'appui, fourni le plus habituellement par sa main, son avant-bras, son genou, etc., rapproche le coude du tronc, et fait ainsi basculer en dehors la tête humérale.

Les procédés de dégagement comprennent : la rotation en dedans, la rotation en dehors et l'élévation.

La rotation en dedans, indiquée par Hippocrate, consiste à porter l'avant-bras derrière le dos, en élevant le coude d'une main et lui imprimant un mouvement de rotation, tandis que l'autre main appuie

sur l'épaule en arrière pour empêcher l'omoplate de suivre ce mouvement.

La rotation en dehors nous paraît devoir offrir plus de chances de succès. Quoique déjà mis en usage par Syme, ce procédé a été décrit plus complètement par Lacour (1). Voici en quoi il consiste : Si l'on suppose une luxation du côté droit, le sujet étant assis, le chirurgien placé en arrière appuie son pied gauche sur la chaise et son genou contre la poitrine du blessé, relève le bras horizontalement en avant et en dehors, l'avant-bras fléchi à angle droit, et exerçant sur le bras une traction modérée avec la main gauche, saisit le poignet de la droite pour imprimer au membre une forte rotation en dehors, puis ajoute immédiatement une légère rotation en dedans en abaissant le coude. Malgaigne fait remarquer avec raison qu'au lieu de porter le bras en avant, il serait préférable de le porter en haut et en arrière.

Enfin, dans le procédé d'élévation, le chirurgien élève graduellement le bras jusqu'à la limite de l'élévation normale, exerce une légère traction dans cette attitude, pendant que l'omoplate est maintenue, soit par la main d'un aide soit par celle du chirurgien, puis abaisse le bras, en ayant soin, dans ce second temps de la manœuvre, de soutenir la tête humérale avec une main placée dans l'aisselle. Ce procédé est un de ceux qui réussissent le plus souvent. Dans un grand nombre de cas, il suffit de relever le bras sans traction pour obtenir la réduction. S'il est nécessaire d'exercer une extension sur le bras élevé, on peut faciliter la manœuvre en faisant asseoir le malade par terre, ou en montant soi-même sur une table.

Lorsque la luxation, quoique récente, résiste aux procédés de douceur, ou lorsqu'il s'agit d'une luxation déjà ancienne, il faut recourir aux méthodes de force.

Ces méthodes sont extrêmement nombreuses, et diffèrent les unes des autres par la manière dont on applique la contre-extension, l'extension et la coaptation. Tantôt, en effet, l'extension unie à la contre-extension suffit pour obtenir la réduction; tantôt on se borne aux manœuvres de coaptation; tantôt enfin on combine les trois manœuvres.

L'extension s'est faite dans diverses directions : en bas, horizontalement, obliquement en haut; et chaque procédé a fourni un certain nombre de succès. Cependant l'extension oblique en haut, dans l'attitude de l'élévation maximum du bras à l'état normal, est seule rationnelle, attendu qu'elle relâche tous les muscles. Malgaigne conseille de la pratiquer de la manière suivante : Une serviette fixée autour du poignet, les deux chefs en sont ramenés par dessus une porte, jusqu'à ce que le bras se trouve suffisamment élevé; faisant alors fléchir les genoux au malade, le chirurgien se suspend à son épaule en s'agenouillant aussi. Dans ce procédé la contre-extension est fournie par le poids du corps.

(1) *Mém. de la Société de chirurgie*, t. I, p. 387.

Dans d'autres méthodes, on emploie la coaptation seule ou unie à une légère extension. Les procédés sont ici extrêmement nombreux, et datent la plupart de l'antiquité; ils consistent à faire basculer la tête humérale en lui fournissant un point d'appui au niveau de l'aisselle. Tels sont d'abord les procédés de la traverse, de l'échelle, de la chaise, de la porte, etc., dans lesquels l'aisselle portant sur une traverse, un échelon, un barreau de chaise, le bord supérieur d'une porte, on privait subitement le blessé de sa base de sustentation; le poids du corps suffisait pour amener la bascule de la tête humérale et la coaptation. Dans d'autres cas on combinait avec ce procédé des manœuvres d'extension, c'est-à-dire qu'on laissait pendre le corps d'un côté, tandis qu'on tirait sur le bras de l'autre.

Mais à ces divers procédés assez barbares on doit préférer celui du talon, qui remonte également au temps d'Hippocrate et qui rend encore journellement de nombreux services. Son exécution est facile. Le malade étant couché, le chirurgien, placé à côté de lui, porte son talon dans l'aisselle, en exerçant sur le membre une traction soutenue. Si l'extension paraît insuffisante, on peut faire tirer par un ou plusieurs aides, en pressant toujours du talon dans l'aisselle. Enfin il est une précaution utile à prendre et qu'Hippocrate avait déjà signalée, c'est de placer dans l'aisselle une petite pelote sur laquelle le talon appuie sans toucher aux muscles, ce qui permet aussi d'exercer une pression plus directe sur la tête humérale.

Nous ne parlerons pas ici de divers appareils plus ou moins compliqués, tels que l'ambi, la balance de Gersdorff, etc., qui agissent également par bascule.

Nous arrivons enfin à la méthode générale de réduction des luxations de l'épaule, c'est-à-dire celle dans laquelle on pratique les trois manœuvres ordinaires, à savoir : l'*extension*, la *contre-extension* et la *coaptation*. Nous serons très-brefs sur ce point et nous renverrons le lecteur à l'article *Luxations en général*, dans lequel la luxation scapulo-humérale a été prise comme type de description.

Les lacs extenseurs sont fixés au-dessus du coude, et les tractions exercées soit par des aides, soit par des mouffes. Nous avons déjà dit précédemment que l'on doit tirer, soit obliquement en haut, dans l'attitude de l'élévation maximum du bras, soit horizontalement.

La contre-extension mérite une attention spéciale, car il est souvent difficile, en raison de la mobilité de l'omoplate, d'empêcher cet os de se déplacer en même temps que l'humérus. Si l'extension est dirigée en haut, le lac contre-extenseur doit passer sur l'acromion, et ses deux chefs, ramenés vers la partie inférieure du corps, sont attachés à un point fixe. Mais, pour prévenir la bascule de l'omoplate qui entraînerait le glissement du lac sur la clavicule, Malgaigne conseille d'en réunir les deux chefs tout près de l'aisselle, à l'aide d'une serviette ou d'un mouchoir bien serré, dont la pression sur le bord axillaire de l'omoplate contribuera encore à retenir cet os.

Dans l'extension horizontale, on se sert généralement d'un lac contre-extenseur dont la partie moyenne répond à l'aisselle, et dont les extrémités passant l'une en avant, l'autre en arrière de la poitrine, vont se croiser sur l'épaule saine, et sont ensuite attachées à un point fixe. Ce mode de contre-extension suffit pour des tractions modérées; mais s'il s'agit de déployer une grande force, l'angle supérieur de l'omoplate n'étant pas retenu, tend à basculer. On a cherché à obvier à cet inconvénient en croisant sur l'épaule blessée les chefs du lien contre-extenseur, ou en faisant usage d'une ceinture qui embrasse la partie supérieure de la poitrine, et qui est munie d'une sangle ou d'une courroie fortement serrée sur l'épaule malade. Mais à ces appareils pour la plupart illusoire, Malgaigne préfère substituer la pression sur l'acromion exercée par un ou plusieurs aides, afin de prévenir la bascule de l'angle supérieur de l'omoplate.

Enfin la coaptation peut être pratiquée de différentes manières. Tantôt le chirurgien, placé en dehors du membre luxé, suit avec une main engagée dans l'aisselle le mouvement imprimé à la tête par les efforts de traction, et profitant du moment où elle est ramenée au niveau de la cavité glénoïde, il la refoule en haut et en dehors, tandis qu'avec l'autre main il rapproche le coude du tronc. Tantôt, afin de déployer une plus grande force, le chirurgien fait basculer l'humérus sur son avant-bras, et mieux encore sur son genou engagé dans l'aisselle. Enfin, dans certains cas, on a employé une serviette pliée en cravate, dont le plein passe sous la tête de l'humérus, et dont les deux chefs, tenus séparément ou venant se nouer derrière le cou du chirurgien, servent à attirer la tête luxée en haut et en dehors.

Après cet exposé des principales manœuvres de réduction des luxations scapulo-humérales, nous nous bornerons à rappeler l'utilité de certains moyens auxiliaires qui ont pour but de faire cesser la contraction musculaire. La découverte des anesthésiques a singulièrement simplifié le traitement des luxations de l'épaule, qui, à l'état récent, se réduisent par la plus légère traction, lorsque le chloroforme a amené la résolution musculaire. Cependant nous répéterons ce que nous avons dit précédemment : c'est que ce moyen n'est pas sans danger, et qu'il est bon de n'y avoir recours qu'après avoir épuisé les procédés plus inoffensifs.

L'extension continue à l'aide des tubes élastiques de caoutchouc, suivant la méthode de Ch. Legros et Th. Anger, constitue également un moyen auxiliaire très-utile, et qui trouve surtout son application pour la réduction des luxations de l'épaule. Nous en avons indiqué (p. 211, fig. 36) le mode d'emploi.

La plupart des procédés de réduction qui viennent d'être décrits au point de vue de la luxation sous-coracoïdienne, ont été appliqués aux autres variétés de luxations scapulo-humérales. Il est nécessaire, cependant, d'indiquer ceux qui conviennent plus spécialement à chacune d'elles. Nous ne parlerons pas de la luxation sous-glénoïdienne, dont le traitement est le même que celui de la sous-coracoïdienne. Dans la luxation intra-coracoïdienne, l'extension horizontale est préférable à l'extension

verticale. Cependant l'extension horizontale seule suffit rarement, et il est nécessaire d'y joindre la bascule, opérée à l'aide de l'avant-bras, et mieux encore du genou.

La luxation sous-claviculaire présente des difficultés de réduction beaucoup plus grandes que toutes les autres variétés. L'extension oblique en bas et l'extension horizontale, aidées de la bascule de l'humérus, paraissent les procédés les plus rationnels.

Quant à la luxation sous-acromiale, on a essayé toutes sortes de procédés, et chacun d'eux a réussi. Malgaigne conseille la pression directe avec les pouces sur la tête luxée, aidée d'une contre-pression exercée sur le devant de l'épaule avec les autres doigts. Si la résistance est forte, on devra faire pratiquer l'extension horizontale, et faire subir en même temps à l'humérus un mouvement de bascule, en élevant le coude et le portant en arrière.

Il serait de la plus haute importance de déterminer jusqu'à quelle époque on doit tenter la réduction d'une luxation de l'épaule. Cette question ne peut être résolue d'une manière générale; telle variété de luxation devient plus rapidement irréductible que telle autre. En outre, pour chaque variété on observe des différences notables relativement à la limite de la réductibilité.

On a réduit des luxations sous-coracoïdiennes datant de cinq, six et même sept mois; on a réussi également pour des luxations intra-coracoïdiennes de cinq mois, et Malgaigne, dans un cas, a employé une traction de 200 kilogrammes.

La luxation sous-claviculaire devient plus rapidement irréductible, et la luxation la plus ancienne qui ait été réduite datait de quarante-deux jours. Enfin, ce sont les luxations sous-acromiales qui offrent les exemples de réductions les plus tardives. Sédillot en a réduit une au bout d'un an et quinze jours.

Nous ne terminerons pas sans rappeler l'importance du traitement consécutif à la réduction, et dont l'oubli trop fréquent entraîne pour conséquence la prédisposition aux récidives. On devra donc rapprocher le bras du tronc et l'immobiliser dans un appareil solide pendant quinze à vingt jours. Au bout de ce temps, on commencera à faire exécuter au membre des mouvements gradués.

Certaines indications nouvelles surgissent lorsqu'il existe des complications. Les fractures de l'omoplate ou de l'humérus ne contre-indiquent pas les tentatives de réduction. Nous nous sommes expliqué à cet égard dans nos généralités.

La déchirure des vaisseaux nécessiterait la ligature au-dessus de la plaie.

Quant à l'issue de la tête à travers les téguments, on devra s'efforcer de pratiquer la réduction, en s'aidant des débridements nécessaires, et ce serait seulement devant une impossibilité absolue que la résection de la tête déplacée serait indiquée.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une luxation compliquée de paralysie? Deux cas peuvent se présenter: ou bien la luxation est récente, ou bien elle est ancienne. Dans le premier cas, il faut réduire, en ayant soin d'écartier les moyens violents; les méthodes de douceur sont alors principalement indiquées.

Dans les luxations anciennes, les indications sont moins précises; on se trouve en présence de deux éléments, l'ancienneté de la luxation et la complication qui l'accompagne. La question de l'ancienneté n'a point à nous occuper ici, mais, en admettant qu'elle soit jugée, il faut se demander si le membre paralysé est capable de reprendre ses fonctions. Tenter la réduction d'un membre inerte, serait exposer inutilement le malade aux chances d'une opération; cependant la réduction a été quelquefois suivie de succès.

L'opération résolue, il ne faut pas oublier qu'on va exercer des tractions énergiques sur un membre malade, et qu'on a noté en pareil cas des altérations profondes, non-seulement des parties molles, mais encore des os. C'est dans de semblables conditions qu'on a vu une fois l'avant-bras rester entre les mains des aides chargés de la traction. Le membre se détacha au niveau de l'articulation du coude, subitement, sans aucun craquement, sans aucun allongement, sans aucune sensation capable de donner l'éveil, et l'avant-bras tomba à terre aux pieds des aides. Ceux-ci, au nombre de quatre, n'ont pas même chancelé quand le membre s'est détaché, ce qui prouve que les tractions n'étaient pas très-énergiques. La luxation datait de trois mois et la malade avait soixante-trois ans (1).

On sait qu'indépendamment de cet accident tout à fait exceptionnel, il peut s'en rencontrer d'autres plus ou moins sérieux à la suite de tractions énergiques. Nous n'avons pas à revenir sur ces accidents de la réduction qui ont été examinés dans nos généralités, et qui n'offrent rien de particulier pour la luxation de l'épaule. Nous signalerons cependant plus spécialement, en raison de sa gravité, la rupture de l'artère axillaire. Dans un récent mémoire, W. Callender (2) en a réuni trente et un cas, et a montré que la rupture se produit, en général, durant une extension extrême, lorsque l'on fait exécuter à la tête humérale un mouvement de circumduction ou de rotation, et qu'elle survient chez les individus âgés d'environ cinquante ans, dans les luxations anciennes, ou lorsque les artères sont malades.

#### § VII. — Luxations du coude.

Trois os concourent à la formation du coude: l'humérus, du côté du bras; le radius et le cubitus, du côté de l'avant-bras. Mais il existe là deux articulations bien distinctes au point de vue de la physiologie, comme au point de vue des déplacements. L'une de ces articulations, destinée aux

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1864, p. 121-131.

(2) *The British and foreign Med.-Chir. Review*. Janvier 1868.