

Dans la plupart des cas de luxation en avant, le bras est pendant le long du tronc, le coude présente un léger degré d'abduction, et l'on sent la tête articulaire **au dessous de l'apophyse coracoïde (luxation sous-coracoïdienne)**.

Ce sont les expériences sur le cadavre (MALGAIGNE, ROSER, STREUBEL, etc.) qui nous ont surtout renseigné sur le mécanisme de ce déplacement et sur les relations qui existent entre les parties molles voisines et la tête humérale luxée. Dans le paragraphe précédent, nous avons déjà rappelé que la luxation se produit, à la suite d'une *abduction exagérée du bras*, plus rarement, à la suite d'un *choc direct sur la face postérieure de la tête de l'humérus*.

Nous basant sur l'anatomie normale de l'articulation, nous avons suivi la marche de la lésion jusqu'au moment où la tête humérale, grâce à un mouvement de levier tendant à écarter les surfaces articulaires, glisse par-dessus le bord antéro-inférieur de la cavité glénoïde, refoule devant elle la capsule mince dépourvue, à ce niveau, de ligaments et de tendons de renforcement, la déchire et l'arrache, sur une étendue plus ou moins grande, le plus souvent au voisinage de son insertion au bourrelet glénoïdien.

A ce moment, le bras est encore dans l'abduction extrême, et si la violence traumatique continue à agir, la tête humérale, par suite d'une déchirure plus étendue des parties molles, peut être chassée en bas sur le thorax; le bras reste alors dans la position qu'il affectait au moment de l'accident (*luxatio erecta* de MIDDELDORPF, voir plus loin).

Cette dernière forme de luxation est très rare. Bien plus souvent entrent alors en action certaines forces agissant sur la tête luxée, à savoir le poids de l'extrémité et, d'autre part, la contraction des muscles adducteurs; en effet, le blessé met ces muscles en action de façon à ramener le bras près du tronc, dans sa position habituelle. A ce moment, la tension de parties déterminées de la capsule articulaire a une très grande influence sur la position que prend alors la tête humérale luxée. C'est à la partie supérieure de l'articulation que se trouvent les moyens de fixation les plus importants. La capsule est ici renforcée par un ligament d'une grande solidité, le ligament coraco-huméral, lequel s'insère à la base de l'apophyse coracoïde, et, en outre, par le tendon de la longue portion du biceps, lorsque, toutefois, il n'a pas été arraché de la gouttière qu'il occupe; grâce au trajet plus long qu'il est obligé de parcourir sur la tête luxée, ce tendon doit, en effet, subir une tension considérable; la portion correspondante de la capsule se tend également, et toutes ces parties attirent la tête humérale dans sa position anormale, en avant de

ate, cependant, que des luxations peuvent être produites sur le coude ou la main étendue, alors que le bras

est élevé seulement jusqu'à l'horizontale et dirigé un peu en arrière. C'est alors au niveau de la partie postérieure du col anatomique que se trouve le point d'appui, et c'est en avant que se produit la déchirure de la capsule.

Nous devons insister un peu plus longuement sur les lésions accessoires et le déplacement des parties molles, ainsi que sur les relations qui existent entre ces lésions et les variétés de position que présente la tête humérale dans cette forme de luxation. En ce qui concerne d'abord les *muscles capsulaires*, on observe des différences dans la manière dont se comporte le muscle sous-scapulaire. Dans la plupart des cas, il reste en somme intact (ROSER), et la tête articulaire vient alors se loger entre l'omoplate et le muscle sous-scapulaire. Dans d'autres cas, une partie des fibres musculaires et des extrémités tendineuses sont déchirées, la tête humérale vient se placer sur l'omoplate et est entourée par la partie déchirée du muscle. D'autres fois, la tête articulaire perfore complètement le muscle et se porte plus en dedans, entre le muscle déchiré et le grand dentelé, pour se placer sur ce dernier, un peu en dedans de l'apophyse coracoïde (luxation intra-coracoïdienne de MALGAIGNE, *luxatio serrato-scapularis* de PITHA). La tête luxée peut se déplacer encore plus en dedans sous le muscle petit pectoral, en dedans de l'apophyse coracoïde et jusqu'au-dessous de la clavicule. Cette forme rare de luxation qui ne peut évidemment se produire sans une déchirure considérable de la capsule articulaire et des muscles, est désignée sous le nom de **luxation sous-claviculaire (VELPEAU)** ou **coraco-claviculaire**<sup>1</sup>. Lorsque la tête humérale s'échappe de sa cavité sur un point situé plus inférieurement, il se produit, en général, une déchirure plus large de la capsule ainsi que du bord du sous-scapulaire; la tête articulaire vient alors se placer dans une excavation assez développée sur un squelette bien conformé, au niveau du bord antéro-inférieur du col de l'omoplate, en avant du tendon du triceps (**luxation axillaire**).

Les trois muscles capsulaires postérieurs (sus-épineux, sous-épineux, petit rond), lorsqu'ils ne sont pas déchirés, passent, fortement tendus, par-dessus la surface articulaire abandonnée par la tête humérale, pour s'insérer à la grosse tubérosité avec la partie correspondante de la capsule. Mais dans les cas de violence traumatique considérable, il se produit une solution de continuité; vu la grande force de résistance des tendons, ces derniers se déchirent très rarement: bien plus souvent ils emportent avec eux, par arrachement, une portion plus ou moins étendue de leur point d'insertion à la grosse tubérosité. Nous avons déjà décrit plus haut cette lésion. Quelquefois aussi, à la suite d'une action traumatique d'une grande intensité, des parties du rebord glénoïdien sont arrachées avec la capsule, ou emportées par un choc agissant directement sur la tête articulaire. Les muscles situés plus loin sont tendus, et il en est ainsi particulièrement du deltoïde, à un degré moindre du grand pectoral et du grand dorsal.

Les gros vaisseaux et nerfs de l'aisselle ont beaucoup moins à souffrir qu'on

1. MEYER (de Saint-Louis) a même décrit un cas dans lequel la tête articulaire avait pénétré entre la clavicule et la première côte, et formait dans le creux sus-claviculaire une saillie arrondie accessible à la palpation.

(Note de l'auteur.)

serait tenté de le croire. Ils sont refoulés en dedans et, par le fait, plus ou moins tendus ; mais ils sont rarement déchirés. Par contre, les manœuvres de réduction ont assez souvent pour conséquence des lésions des vaisseaux dans certaines circonstances particulières (voir plus loin).

Passons encore une fois en revue brièvement les formes de la *luxation pré-glénoïdienne*, et mentionnons, tout d'abord, la possibilité d'une luxation qui ne serait pas tout à fait complète, une partie de la surface articulaire de l'humérus restant dans la cavité glénoïde.

Dans la forme la plus fréquente, la *luxation sous-coracoïdienne*, on constate volontiers des variétés de transition ; la grosse tubérosité peut rester fixée dans le voisinage de la cavité glénoïde, et la partie correspondante du col anatomique s'appuyer contre le bord antérieur de la cavité articulaire ; dans d'autres cas, cette même tubérosité s'éloigne de la cavité glénoïde, la tête humérale se place directement au-dessous de l'apophyse coracoïde ou glisse encore un peu plus en arrière sur la face antérieure de l'omoplate (luxation dans la fosse sous-scapulaire). Mentionnons ensuite une variété bien plus rare, la *luxation axillaire*, dans laquelle la tête humérale se trouve située sur le bord antéro-inférieur du col de l'omoplate, et enfin les cas exceptionnels de luxations intracoracoïdienne et sous-claviculaire.

§ 22. — Les **symptômes de la luxation pré-glénoïdienne**, et principalement ceux de la luxation sous-coracoïdienne, peuvent être facilement déduits des considérations précédentes. Avant tout, l'épaule a perdu de sa rondeur, le muscle deltoïde tendu et attiré un peu en dedans, passe par-dessus la cavité articulaire vide. L'aeromion, grâce à l'absence de la tête humérale dans la cavité glénoïde, représente la partie du moignon de l'épaule la plus éloignée du tronc, et frappe l'observateur par la saillie pointue qu'elle constitue. Lorsqu'au-dessous de l'aeromion, on saisit le muscle deltoïde entre le pouce et l'index, dans la région de la cavité articulaire, on constate l'absence de la tête humérale à sa place normale ; on ne sent, en effet, entre les doigts, que le muscle en question. Par contre, on voit et l'on sent, en dedans de l'articulation, au-dessous de l'apophyse coracoïde, une saillie anormale de forme arrondie, recouverte par le muscle grand pectoral. Lorsque la tête humérale a pénétré plus loin dans la fosse sous-scapulaire, on la reconnaît moins facilement à la vue et à la palpation en avant de l'articulation ; mais il est facile alors de la trouver si l'on a soin de glisser les doigts sous le muscle grand pectoral. De même le diagnostic de luxation ne présente aucune difficulté lorsque la tête humérale a fui en dedans de l'apophyse coracoïde, ou est venue se placer au-dessous de la clavicule.

La position du bras est, en général, caractéristique. Le coude est plus ou moins éloigné du tronc, et l'axe prolongé de l'humérus arrive non

pas dans la cavité glénoïde, mais en-dedans de cette dernière. Cette position en abduction se distingue, par son peu de mobilité, de l'attitude analogue que l'on observe dans les fractures du col de l'humérus ; en effet, on ne parvient que difficilement à ramener le coude contre le tronc et à l'y maintenir, et lorsqu'on fait des tentatives dans ce but, on éprouve une résistance élastique due à la tension des parties conservées de la paroi supérieure de la capsule (voir plus haut). Presque toujours le bras présente un léger raccourcissement.

Au début, le malade ne peut imprimer à son bras des mouvements ac-

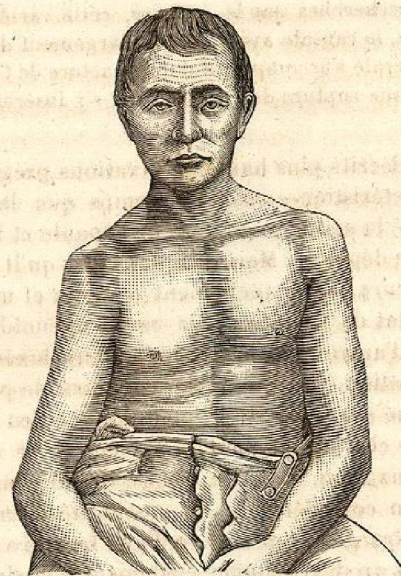


Fig. 12. — Luxation sous-coracoïdienne du côté droit.

tifs autour d'axes passant par l'articulation de l'épaule ; par contre, les mouvements passifs sont possibles en tant qu'ils ne sont pas empêchés par la tension des muscles. La douleur au siège de la lésion est variable ; assez souvent, le malade éprouve dans la main des douleurs excentriques qui sont la conséquence des lésions subies par le plexus brachial.

Les **symptômes de la luxation axillaire** sont les mêmes, dans leurs points essentiels, que ceux que nous venons de décrire, avec la différence que c'est dans le creux axillaire que l'on voit et sent le plus nettement la tête articulaire, tandis que l'apophyse coracoïde fait une saillie pointue.

Parmi les luxations produites par une abduction exagérée, nous avons encore à mentionner la variété que MIDDELDORPF a décrite, sous le nom de