

*luxatio erecta*. Elle est le plus souvent la conséquence d'une violence traumatique considérable ayant déterminé une large déchirure de la capsule et une dilacération des tendons; la tête humérale descend alors plus bas, le long de la paroi latérale du thorax, et le bras reste fixé dans sa position d'élévation extrême et se dirige tantôt en haut et en dehors (*extrorsum erecta*), tantôt en haut et en avant (*antrorsum reversa*) (voir § 20).

Sous le nom de *luxation sus-coracoïdienne*, MALGAIGNE a décrit une forme de déplacement dans laquelle la tête humérale a fui en haut et en avant pour venir se placer sur le ligament coraco-acromial; la tête luxée recouvre alors en dedans l'apophyse coracoïde et est en contact en haut avec la clavicle, en dehors avec l'acromion. D'après BUSCH (Bonn) qui a observé un cas de ce genre et a fait des recherches sur le cadavre, cette variété de luxation n'est possible que lorsque, la capsule ayant été très largement déchirée, le déplacement de la tête humérale s'accompagne d'une fracture de l'apophyse coracoïde, ou tout au moins d'une rupture des muscles qui s'y insèrent.

Les symptômes décrits plus haut des luxations préglénoïdiennes sont suffisamment caractéristiques aussi longtemps que la tuméfaction des tissus n'a pas effacé la saillie anguleuse de l'épaule et la forme arrondie de la tête humérale déplacée. Mais il va sans dire qu'il se produit, en général de bonne heure, un épanchement sanguin et un gonflement des parties molles; l'état de vacuité de la cavité glénoïde n'est alors plus aussi évidente, et, d'autre part, la tête articulaire luxée n'est plus aussi accessible à la palpation. En outre, l'arrachement de portions du rebord glénoïdien, ainsi que des tubérosités, peut donner lieu au phénomène de la crépitation, et le chirurgien peut alors conserver un doute au sujet du diagnostic de luxation. Dans la discussion du diagnostic on devra prendre, en effet, en considération la possibilité d'une fracture du col anatomique ou chirurgical, ou encore d'une fracture du col de l'omoplate. Assez souvent on devra songer également à la simple distorsion ou entorse de l'articulation.

C'est la fracture du col de l'omoplate qui peut simuler le plus facilement une luxation; la tête articulaire se déplace alors en dedans, avec la cavité glénoïde. Dans quelques cas la forte crépitation et la facilité de la réduction sont suffisamment caractéristiques, d'autant plus que le déplacement se reproduit, dès que l'on cesse les tractions correspondantes. On arrivera promptement au but en mettant le malade sous l'influence du chloroforme; en outre, la palpation pratiquée dans ces conditions permettra, le plus souvent, de distinguer de la tête humérale l'extrémité supérieure irrégulière de la diaphyse. Par contre, lorsqu'une fracture du col anatomique s'accompagne d'un déplacement dans l'aisselle du fragment diaphysaire, il est parfois difficile de reconnaître que l'on n'a pas affaire à une luxation, et le diagnostic peut être même impossible dans les cas anciens, dans lesquels on ne réussit pas à constater l'existence du petit fragment épiphysaire dans la cavité glénoïde. Nous devons faire

rentrer ici également les décollements épiphysaires chez les enfants, mais ce qui vient alors en aide au diagnostic, c'est le fait démontré par la statistique, de la rareté exceptionnelle des luxations dans l'enfance. Mentionnons, en outre, la crépitation qui ne fait presque jamais défaut non plus, dans les cas récents de fracture, chez les personnes plus âgées. D'autre part, dans les fractures, le raccourcissement est, en général, plus notable, et la position du bras en abduction n'est presque jamais aussi fixe que dans la luxation. Enfin, le signe le plus sûr, c'est que dans les fractures, le déplacement qui, en général, peut être facilement corrigé, tend à se reproduire déjà, au bout de peu de temps.

Quant à la distorsion ou entorse, un examen attentif permettra de la reconnaître à l'absence de signes indiquant un déplacement de la tête humérale hors de la cavité glénoïde.

§ 23. — Les luxations rétro-glénoïdiennes sont beaucoup plus rares que celles que nous venons de décrire.

Nous avons vu que les luxations en avant sont dues, le plus souvent, à une violence traumatique ayant porté le bras dans l'abduction extrême, plus rarement à un choc direct d'arrière en avant. Les luxations rétro-glénoïdiennes peuvent être aussi causées par une force agissant sur le bras dirigé en avant et un peu en dehors, par exemple une chute sur la main ou sur le coude. Dans la plupart des cas, cependant, elles sont la conséquence d'une violence traumatique directe qui chasse la tête humérale d'avant en arrière, par dessus le bord postérieur de la cavité glénoïde. Dans d'autres cas encore, la luxation est due à l'action musculaire, le bras ayant été porté violemment en avant et dans l'adduction, dans un mouvement maladroit exécuté dans le but de lancer au loin un projectile quelconque (BUSCH). L'adduction et la rotation en dedans sont, sans doute, les mouvements qui ont le plus de tendance à porter la tête humérale, par un mécanisme de levier, en arrière du bord postérieur de la cavité articulaire. On a vu aussi une luxation en arrière se produire dans un accès d'épilepsie; peut-être est-elle due alors également à la cause que nous venons de mentionner. Au point où la tête humérale doit sortir par une déchirure de la capsule, cette dernière est fort bien protégée par les tendons des muscles rotateurs en dehors, et elle ne cède qu'à une violence considérable. Suivant que la tête humérale reste au-dessous de l'acromion ou se porte plus bas dans la fosse sous-épineuse, on divise les luxations en arrière en luxations **sous-acromiale** et **sous-épineuse**. Habituellement la déchirure de la capsule a une étendue relativement considérable, et le muscle sous-scapulaire est, en général, arraché de ses insertions. Il est plus rare d'observer une déchirure du sus-épineux ou même l'arrachement de la grosse tubérosité.

BUSCH a observé aussi chez un enfant cette forme de luxation.

La tête humérale luxée en arrière fait une saillie relativement peu

prononcée lorsqu'elle reste en contact avec la partie postérieure du rebord glénoïdien et la racine de l'acromion, car la saillie de ce dernier se continue alors plus directement avec la proéminence arrondie de la tête articulaire. Mais celle-ci fait une saillie bien plus forte lorsqu'elle a fui plus en dedans sous le muscle sous-épineux, et, dans ce dernier cas, on constate aussi, à un bien plus haut degré, une dépression au niveau de la face antérieure de l'articulation, dépression qui est due à l'action de la pression atmosphérique sur le muscle deltoïde, lequel a été ainsi refoulé dans la cavité cotyloïde vide. Comme le fait remarquer BUSCH, un cor-

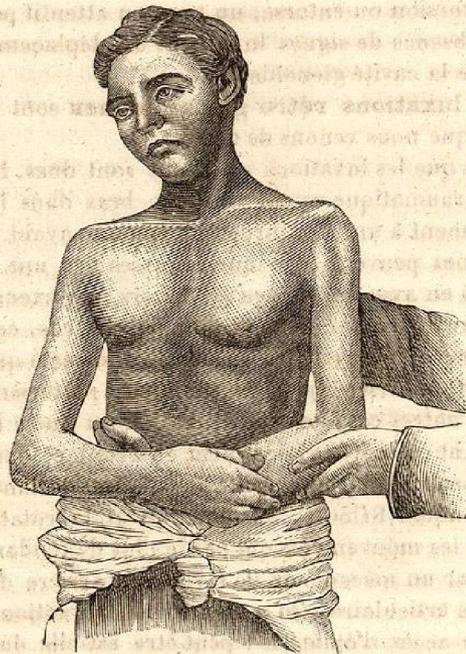


Fig. 43. — Luxation rétro-glénoïdienne (d'après Busch).

don fortement tendu provenant de l'apophyse coracoïde, divise cette dépression en une partie externe plus grande et une partie interne plus petite. Ce cordon est constitué par les muscles fortement tendus qui vont de l'apophyse coracoïde au bras.

BUSCH n'a pas constaté l'attitude du bras en pronation admise par différents auteurs. Dans les cas observés par lui, l'avant-bras était dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination.

§ 24. — Le pronostic des luxations de l'épaule varie considérablement, suivant les diverses formes de lésions des parties molles et des os. Il est hors de doute que la réduction est relativement facile, dans la grande majorité des cas, et particulièrement lorsqu'il s'agit de luxations

préglénoïdiennes; d'autre part, avec un traitement convenable, la plupart des blessés ne tardent pas à recouvrer complètement les fonctions du membre. Cependant il existe un certain nombre de luxations récentes qui opposent à la réduction des obstacles extraordinaires, et d'autres dans lesquels il reste après l'opération des troubles fonctionnels persistants du membre, grâce à certaines dispositions particulièrement défavorables tenant à la nature de la lésion.

En ce qui concerne d'abord les **obstacles à la réduction**, on peut affirmer que ces derniers ne consistent que pour une faible part dans la tension active des muscles; d'ailleurs, cette tension, si elle entrerait vraiment en jeu, pourrait être facilement éliminée par l'emploi du chloroforme. Quoi qu'il en soit, il importe de ne pas faire trop peu de cas de l'obstacle que nous venons de signaler, car les muscles peuvent être tendus d'une façon purement mécanique, par l'éloignement considérable de leur point d'insertion, dans les mouvements imprimés à la tête humérale sortie de la cavité glénoïde. Sous ce rapport nous avons déjà attiré l'attention sur l'importance du tendon de la longue portion du biceps, et certainement les autres muscles capsulaires jouent un rôle analogue. Mais plus souvent encore, certaines parties déterminées de la capsule, grâce à la tension qu'elles subissent au moment de la luxation, fixent la tête de l'humérus dans sa position anormale; ainsi la *partie supérieure de la capsule et le ligament coraco-huméral* ont été tout particulièrement accusés, et à bon droit, d'être la cause de cette fixation de la tête humérale luxée. C'est cette partie de la capsule qui, dans la luxation sous-coracoïdienne, est tout particulièrement tendue, grâce au déplacement et à la rotation de la tête humérale en dedans. Plus rarement la capsule ne présente qu'une étroite déchirure et oppose, à la manière d'une boutonnière, un obstacle notable à la réduction. L'interposition de parties de la capsule et de tendons déchirés peut, d'autre part, empêcher que la tête humérale réduite ne reste dans la cavité articulaire. Si l'on prend en considération ces derniers obstacles, ainsi que les altérations qui surviennent dans la suite lorsque la luxation n'a pu être réduite, on comprend que, dans un certain nombre de cas, la réduction non seulement soit très difficile ou même impossible dans certaines circonstances, mais qu'il ne soit même pas tout à fait rare de voir le malade succomber à la suite de manœuvres violentes de la part de l'opérateur. Nous ne voulons pas insister sur les cas dans lesquels la réduction ayant été obtenue à la suite de manœuvres graves, le malade a succombé au shock ou à la narcotisation, accident qui peut survenir dans toute opération<sup>1</sup>; par contre nous devons attirer l'attention des chirurgiens sur les lésions des vaisseaux qui ont entraîné assez souvent la mort du blessé ou ont déterminé tout au moins de graves maladies (anévrismes et leurs conséquences). Rarement c'est une lésion de la veine qui a été cause de la mort

1. La nécessité de pousser l'anesthésiation jusqu'à la résolution complète des muscles, explique, sans doute, la fréquence des accidents mortels, dans l'opération en question. Sur 220 cas publiés de mort par le chloroforme, nous en avons trouvé 22 dans lesquels le malade a succombé pendant ou immédiatement après des manœuvres de réduction de luxations. Dans 12 cas il s'agissait d'une luxation de l'épaule et dans 7 autres, d'une luxation de la cuisse. (Note du trad.)