

dessus de l'apophyse coracoïde; elle est beaucoup moins développée que la précédente.

Au-dessous de la couche celluleuse sous-deltaïdienne se présente : le tendon de la longue portion du biceps, avant sa pénétration dans la gouttière bicipitale; les tendons de la courte portion, du coraco-brachial et du petit pectoral, qui s'attachent à l'apophyse coracoïde.

Vient ensuite la *capsule articulaire*. Fixée d'une part au pourtour de la cavité glénoïde, et sur le col anatomique de l'humérus d'autre part, la capsule est remarquable par sa laxité, bien différente en cela de la capsule coxo-fémorale; de plus, elle est peu résistante et n'oppose qu'un faible obstacle à la luxation de la tête de l'humérus. Elle est renforcée, ou plutôt remplacée, au niveau des tubérosités interne et externe de la tête humérale, par les tendons des muscles sous-scapulaire, sus-épineux, sous-épineux et petit rond, qui font corps avec elle. Un faisceau fibreux parti de l'apophyse coracoïde la fortifie encore en avant. En avant et en bas, elle descend jusque sur le col chirurgical et se confond avec le périoste, en sorte que l'on peut pratiquer aisément la résection sous-capsulo-périostée par le procédé d'Ollier. Cette capsule est incomplète. Elle est constamment perforée au niveau du tendon du sous-scapulaire. On trouve là une véritable boutonnière à travers laquelle s'engage un prolongement de la synoviale articulaire. Ce cul-de-sac synovial peut se distendre dans l'hydarthrose scapulo-humérale et faire saillie à la partie antérieure et interne du moignon de l'épaule, lieu d'élection pour la recherche de la fluctuation dans cette maladie.

Je rappellerai que l'ouverture de la capsule constitue l'un des temps difficiles de la désarticulation scapulo-humérale, parce que l'on engage généralement la pointe du couteau au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne pour aller diviser la capsule à son insertion glénoïdienne. La lame du couteau doit être appliquée verticalement sur la saillie de la tête humérale, de façon à ouvrir la capsule vers sa partie moyenne.

La capsule ouverte, on rencontre le tendon de la longue portion du biceps, situé dans l'intérieur de l'articulation. La synoviale envoie un prolongement qui accompagne ce tendon dans la coulisse bicipitale jusqu'à quelques centimètres au-dessous du point où il traverse la capsule.

Il résulte de ce qui précède que dans la région scapulo-humérale existent, indépendamment de la synoviale articulaire, cinq cavités séreuses : l'une sous-cutanée, la bourse sus-acromiale : quatre sous-musculaires, dont deux indépendantes; la sous-deltaïdienne et la coracoïdienne; deux émanant de la séreuse articulaire : la sous-scapulaire et la bicipitale. On ne saurait trop se rappeler en chirurgie l'existence de ces membranes séreuses, sources fréquentes de maladies et d'erreurs de diagnostic.

Le tendon de la longue portion du biceps, jouant le rôle de ligament actif, apporte un certain obstacle à la résection de la tête humérale, et l'un des premiers temps de l'opération consiste à le dégager de sa coulisse et à l'écarter avec un crochet mousse.

Que devient ce tendon lorsque la tête humérale se déplace? Sort-il de sa coulisse ou bien accompagne-t-il l'os déplacé? Ce détail ne me paraît pas avoir occupé les chirurgiens, et il a cependant son intérêt. Que le tendon reste en place dans les luxations incomplètes et sous-coracoïdiennes, c'est possible et