

même probable, mais il est difficile d'admettre qu'il en soit ainsi dans les luxations intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires : dans ces circonstances, ou il se déchire, ou il se luxe. Lorsqu'il se luxe, on conçoit que la tête humérale puisse être saisie entre les deux chefs du biceps qui forment boutonnière autour de son col et font obstacle à la réduction. J'ai observé, dans ces conditions, une malade dont le tendon du biceps avait quitté sa coulisse; on le sentait rentrer et sortir. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras occasionnaient une douleur assez vive pour entraver les fonctions du membre.

J'ai vu dans mon service de la Charité, un cas plus intéressant encore. Un homme atteint d'une luxation de l'épaule et en même temps d'une fracture du crâne succomba dans la nuit suivante. La luxation, qui était intra-coracoïdienne, avait été réduite à l'entrée du malade; nous pûmes donc, ce qui est assez rare, étudier les lésions primitives. Or, le tendon de la longue portion du biceps n'était pas déchiré, mais déplacé et formait une véritable sangle qui entourait la face externe du col chirurgical. Il n'est pas douteux que si cet homme eût vécu, il aurait été grandement exposé à la luxation récidivante, dont nous ne connaissons pas bien exactement la cause anatomique.

Je renvoie aux traités d'anatomie descriptive pour l'étude détaillée des surfaces articulaires scapulo-humérales. Je dirai seulement que l'extrémité supérieure de l'humérus est divisée par le col anatomique en deux portions : l'une articulaire, ou tête de l'humérus, l'autre non articulaire, qui comprend les deux tubérosités et le col chirurgical. Cette division anatomique est adoptée, avec raison, pour les fractures de cette extrémité.

La cavité glénoïde présente une forme ovale à grand diamètre vertical, la grosse extrémité regardant en bas. Cette cavité est si peu profonde, que certains auteurs ont rangé l'articulation dans le genre *arthrodie*, opinion qui n'a pas prévalu. Le bourrelet glénoïdien en augmente, il est vrai, la profondeur, qui est, toutefois, bien loin d'être proportionnée au volume de la tête humérale. Cette dernière disposition, jointe à la laxité de la capsule, facilite singulièrement les mouvements du bras, mais, comme conséquence, prédispose aux luxations : aussi, la luxation scapulo-humérale est-elle plus fréquente à elle seule que toutes les autres réunies. La cavité glénoïde repose sur une partie rétrécie de l'omoplate qui porte le nom de col. La fracture du col de l'omoplate s'accompagne d'un grand déplacement : l'articulation tout entière s'abaisse avec le fragment qui la supporte, l'acromion fait saillie sous la peau et le moignon s'aplatit. On pourrait donc croire, tout d'abord, à une luxation de l'épaule, mais ce sont là les seuls symptômes communs à ces deux affections qu'un examen, même superficiel, fera facilement distinguer l'une de l'autre.

Une fracture plus rare encore que celle du col de l'omoplate est la fracture de l'apophyse coracoïde. En raison de la profondeur où elle est située, il me semble évident que cette apophyse ne peut se fracturer que par cause indirecte, et cette cause est sans doute une violente pression exercée par la tête de l'humérus, agissant surtout de bas en haut.

Bien que le rebord de la cavité glénoïde soit mince et comme tranchant, il n'en existe pas moins des luxations incomplètes dans lesquelles l'humérus est, en quelque sorte, à cheval sur ce rebord. On comprend difficilement *a priori* une surface sphérique restant en équilibre sur une crête de chaque côté de laquelle sont deux plans inclinés ; sur le squelette, ce serait impossible, mais le