

si une luxation est sous-coracoïdienne ou intra-coracoïdienne. D'ailleurs, cette détermination n'a pas une grande importance pratique. Je rappellerai que cette apophyse est située sur le prolongement du creux axillaire.

En arrière de l'humérus se trouve un nerf qui tient une place importante dans la pathologie de l'épaule : *le nerf circonflexe*. Né du plexus brachial par un tronc commun avec le nerf radial, le circonflexe descend, contourne le bord inférieur du muscle sous-scapulaire, croise à angle droit le bord supérieur du muscle grand rond et se place entre l'humérus et la longue portion du muscle triceps. Il contourne la face postérieure du col chirurgical, en compagnie de l'artère circonflexe postérieure (NC, fig. 166), arrive au niveau du bord postérieur du deltoïde, s'engage dans ce muscle par sa face profonde et s'y épuise. C'est au moment de pénétrer dans le deltoïde qu'il fournit le rameau cutané de l'épaule, dont j'ai déjà parlé.

Le muscle deltoïde est le seul muscle abducteur du bras, et le nerf circonflexe est seul à lui fournir l'innervation. Toutes les fois que le circonflexe sera détruit, le deltoïde sera paralysé et le mouvement d'abduction perdu. Il y a donc un intérêt de premier ordre, dans la résection de la tête de l'humérus, à conserver le tronc et le plus grand nombre possible des branches du circonflexe.

Le nerf pénétrant le muscle d'arrière en avant, l'incision doit se rapprocher le plus possible de la partie antérieure. De plus, le circonflexe suit un trajet horizontal, qui correspond environ à la partie moyenne de la hauteur du muscle, et fournit des rameaux, les uns ascendants, les autres descendants. Une incision horizontale, pratiquée à la partie supérieure du deltoïde, ménagerait donc, autant que faire se peut, les filets nerveux. C'est l'ingénieuse idée qu'eut Nélaton en proposant son procédé. Mais ce procédé est passible du reproche que je faisais, il y a un instant, à l'incision de Larrey : il faut attaquer la capsule par-dessous l'acromion, et l'opération est difficile. J'en ai vu la preuve entre les mains de Nélaton lui-même.

Qu'on imagine toutes les combinaisons possibles d'incision autour de l'épaule, et l'on aura l'idée des nombreux procédés qui ont été proposés ou suivis pour découvrir la tête de l'humérus. Mais celui qui répond le mieux à toutes les indications, soit pour la facilité de l'exécution, soit pour la conservation du circonflexe, et aussi pour la substitution, séance tenante, d'une amputation à une résection, consiste en une incision verticale antérieure passant par le milieu de la voûte acromio-coracoïdienne.

Les artères de l'épaule sont les deux circonflexes, l'une antérieure, beaucoup plus petite, l'autre postérieure, plus volumineuse ; elles passent, la première en avant, la seconde en arrière du col de l'humérus, et n'offrent aucun intérêt chirurgical. Les veines accompagnent les artères. Les lymphatiques se rendent aux ganglions de l'aisselle.

La réponse à la question suivante me paraît être un utile résumé de tout ce qui précède sur la région scapulo-humérale :

Étant donné un traumatisme de l'épaule, quelle lésion pourra se produire et dans quel ordre convient-il de procéder à l'examen ?

1° Rechercher si la tête de l'humérus est à sa place : c'est là le point capital.

2° Y a-t-il une fracture ? La fracture peut siéger sur le col chirurgical de l'humérus, sur le col anatomique, sur l'extrémité externe de la clavicule, sur