constaté que l'articulation jouissait de tous ses mouvements : l'abcès faisait saillie dans l'aisselle, en même temps qu'il communiquait, à travers le scapulum perforé, avec d'autres saillies faciles à découvrir dans les fosses sus- et sous-épineuses.

Un dernier mot sur un procédé d'examen que les nécessités de la pratique m'ont conduit à imaginer : s'agit-il de reconnaître pendant la vie si la tête de l'humérus est seule affectée ou bien si l'angle de l'omoplate est en même temps compromis? J'introduis un ou deux stylets par les fistules et je touche les parties dénudées; pendant ce temps j'applique l'oreille alternativement sur l'angle du scapulum et sur l'extrémité inférieure de l'humérus. D'après la direction que suivent les vibrations sonores, je juge quel est l'os percuté par le stylet. Cette recherche, mise à l'épreuve sur plusieurs malades, a toujours fourni des renseignements positifs.

Pronostic. — Quand la scapulalgie est convenablement traitée dès le début et que le sujet est jeune, il y a lieu d'espérer la guérison par ankylose; même il est des cas favorables où le chirurgien, par des soins bien dirigés, prévient, soit les soudures osseuses, soit les adhérences et la rétraction des tissus fibreux. Au reste, l'ankylose est moins grave qu'on ne pourrait le supposer: avec le temps, la perte des mouvements articulaires est compensée par la mobilité du scapulum.

Mais lorsque les complications ordinaires se sont produites, et que le sujet est avancé en âge, il est d'observation presque constante, plus constante pour l'épaule que pour les autres articulations, que la tumeur blanche conduira fatalement le malade au marasme et à la mort, et, comme nous le verrons plus loin, il n'existe alors qu'une ressource : la résection des os malades.

Quant aux luxations spontanées, elles ne constituent qu'une nouvelle et fâcheuse complication.

ÉTIOLOGIE. — La scapulalgie est une des tumeurs blanches les plus rares. Sur 140 observations recueillies par M. Crocq, 43 cas de tumeur blanche de la hanche se sont produits, et 3 cas seulement de scapulalgie ont été relevés. Quant à l'âge des sujets, c'est depuis l'enfance jusqu'à trente ou quarante ans, qu'on rencontre le plus souvent cette affection. Par exception, M. Péan l'a observée deux fois chez des nouveau-nés.

Nous ne reviendrons pas ici sur les causes occasionnelles et les diahèses qui doivent être comptées parmi les causes prédominantes de la scapulalgie; nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à l'article Considérations générales.

TRAITEMENT. — Même observation pour ce qui est du traitement général ou médical de la scapulalgie, et nous serions aussi bref à propos du traitement local ou chirurgical, si l'affection qui nous occupe ne

présentait, à diverses dates, des indications spéciales d'une haute importance et qui nécessitent l'emploi de moyens particuliers dont nous allons discuter la valeur.

Pendant la période d'acuité, à l'épaule comme ailleurs, l'immobilité est essentielle; mais elle est là, plus qu'ailleurs, difficile à obtenir. Les appareils destinés à cet effet doivent calmer la douleur, exercer une compression suffisante, maintenir le membre dans la position d'élection que les malades recherchent instinctivement : le bras pendant le long du corps, le coude tourné en dehors et en avant, l'avant-bras demi-fléchi et le poignet dans l'extension. A tous les appareils qu'on a proposés, je préfère l'appareil amovo-inamovible analogue à celui de Burggraëve et semblable à ceux que j'emploie pour la plupart des tumeurs blanches. Le membre est entouré d'ouate depuis la main jusqu'à l'omoplate, et, pour que la compression soit uniforme, des pelotes d'ouate sont placées au niveau des creux naturels. Cela fait, on

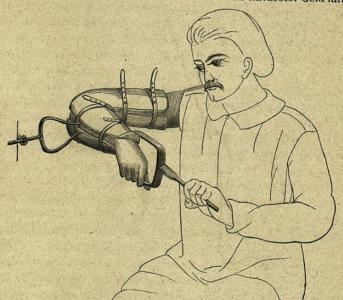


Fig. 281. — Appareil Bonnet. Il est destiné à communiquer à la tête de l'humérus les mouvements de rotation.

moule des attelles de carton mouillé sur toute la longueur du membre jusqu'au scapulum. Une bande roulée, qu'on peut amidonner, est jetée autour de l'avant-bras, du bras et même du tronc. On peut même exercer une compression plus forte, si, à l'exemple de M. Péan, on construit l'appareil avec deux bandes dont on entrecroise simultanément les tours pendant la confection de l'appareil.

S'il s'agit, après la période d'acuité, de combattre les roideurs et de

prévenir l'ankylose, le chirurgien provoquera des mouvements d'abord gradués, limités, puis essayés dans tous les sens; il pratiquera des tractions sur le bras, sans que les craquements ni la contracture musculaire lui soient une contre-indication. Enfin, à l'aide de l'un des appareils décrits par Bonnet et quelques chirurgiens, le malade lui-même pourra répéter et prolonger les manœuvres du chirurgien (fig. 281 et 282).



Fig. 282. — Appareil Bonnet. Il est destiné à permettre au malade de combattre lui-même l'ankylose scapulo-humérale.

Enfin, s'il existe une luxation spontanée, il est urgent de tenter la réduction. Et encore trop heureux sera le chirurgien si cette opération suffit à l'indication; car, pour l'ordinaire, quand se produit la luxation spontanée, les désordres les plus graves ont envahi l'articulation : les surfaces articulaires sont dénudées par l'ostéite, la carie, la nécrose,

le tubercule; des séquestres existent, trop profondément situés pour être extraits isolément; la suppuration menace d'épuiser le malade; et il ne reste que deux seules ressources: l'amputation, qui sacrifie le membre, et la résection, qui le conserve.

Pour guider le chirurgien dans le choix qu'il doit faire entre ces deux opérations, M. Péan a pris soin de relever avec la plus grande exactitude toutes les données statistiques que pouvait lui fournir l'histoire de la science, et son travail nous montre, par des chiffres dont l'éloquence peut difficilement être contestée, non-seulement combien plus dangereuse que la résection est la désarticulation scapulo-humérale, mais encore que la résection, considérée comme ressource extrême, garde au patient de nombreuses chances d'existence.

Voyons maintenant quel important bénéfice la résection réserve au malade en lui conservant son membre. Les études anatomo-patholo-

giques faites chez l'homme par Chaussier, Roux, Syme, Textor, Heyfelder, Thou, Green et Hutchinson, ont montré par quels admirables procédés la nature travaille à restituer une nouvelle articulation douée d'une suffisante mobilité, restitution qui sera plus complète encore s'il a été donné au chirurgien de conserver le périoste. Les expériences faites chez les animaux sont ensuite venues contrôler et confirmer ces premières recherches, et enfin l'étude de l'état du membre après l'opération a achevé la démonstration: sauf le mouvement d'abduction, tous les opérés ont recouvré l'usage du membre que l'amputation eût complétement sacrifié; ils possédaient le mécanisme si important des doigts, de la main et de l'avant-bras; tous ont pu reprendre les professions les plus pénibles, celles même qui

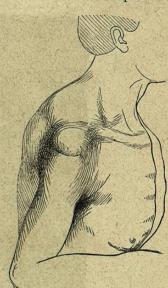


Fig. 283. — Épaule après l'opération de la résection. (Dessin pris sur le malade que j'ai opéré en 1859.)

exigent de l'adresse; certains restèrent habiles à manier toutes sortes d'instruments; l'un d'entre eux, opéré par nous, continue à manœuvrer le sabre et le fusil. Mais ce n'est assez : ce mouvement même d'abduction, perdu par la plupart des opérés, peut, suivant Syme, se rétablir en totalité, et nul plus que nous n'est disposé à accepter ce témoignage, puisque nous avons pu constater chez tous nos opérés le rétablissement de ce mouvement presque sans limites.

Si, de l'examen des faits, il résulte que les bienfaits de la résection scapulo-humérale sont immenses, il importe d'ajouter qu'il serait imprudent d'en conclure que la résection appliquée aux autres articulations donnera les mêmes résultats. Ici les surfaces osseuses sont peu serrées, faciles à découvrir, les muscles sont facilement ménagés; les principaux troncs vasculaires et nerveux sont groupés en un faisceau distant du champ de l'opération; il est commode d'ouvrir largement la jointure; la couche des parties molles à traverser est peu épaisse; il suffit le plus souvent de reséquer la tête de l'humérus; enfin, tandis qu'à la hanche il est indispensable et bien difficile d'obtenir un cal solide; à l'épaule, une pseudarthrose favorable s'établit presque d'elle-même.

Un dernier mot sur le choix du procédé opératoire. Ceux qui ont été proposés par les auteurs sont nombreux. Les uns diffèrent en ce qui regarde la section des parties molles, les autres en ce qui regarde



Fig. 284. - Figure schématique représentant mon procédé de résection scapulo-humérale.

la section des parties dures. M. Péan a fait de ces divers et trèsnombreux procédés une revue complète à laquelle nous renvoyons le lecteur, nous contentant d'exposer ici celui de ces procédés qui m'est personnel et dont la pratique a paru jusqu'ici devoir justifier le choix (fig. 284).

Je plonge le couteau à un centimètre en dedans et au-dessous de

l'articulation acromio-claviculaire, je suis la courbe antérieure du bord acromio-claviculaire, et j'arrête l'instrument en arrière, au niveau de l'angle formé par l'acromion avec l'épine de l'omoplate. Je prends soin de pratiquer l'incision à un centimètre et demi plus bas que le rebord osseux, et pour mieux me rapprocher de la cavité glénoïde, je prolonge l'incision plutôt en arrière qu'en avant. De cette façon, je pratique une ouverture suffisante pour découvrir facilement les parties dures qu'il faut extraire, je ménage autant que possible le muscle deltoïde, puisque je ne sectionne que son faisceau moyen, et que je respecte en passant au-dessus d'eux les vaisseaux et nerfs circonflexes.

Enfin, pour ce qui est de l'écoulement facile qu'il convient de réserver à la sanie purulente, j'utilise au besoin une des fistules les plus déclives, et j'en maintiens la dilatation pendant le temps nécessaire à la cicatrisation.

L'incision faite, je détache circulairement les insertions trochantériennes des muscles de la couche profonde, et je fais saillir par la plaie la tête humérale. Si cette tête humérale est seule malade, elle doit être seule emportée. Mais si la cavité glénoïde est aussi affectée, la rugination, l'abrasion, la cautérisation, l'ablation complète de la capsule, peuvent devenir nécessaires. Et si enfin l'apophyse acromiale et l'apophyse coronoïde sont elles-mêmes érodées, il faut avoir recours à la gouge et au ciseau.

Lorsqu'il s'agit d'exciser le col de l'omoplate, on peut se servir d'une pince incisive que j'ai fait exécuter par M. Charrière, et qui est analogue, soit à une tenaille ordinaire dont les mors seraient tranchants (fig.285), soit à l'instrument appelé tricoises du maréchal. Armé de cette pince, le chirurgien



Fig. 285. Tricoises du maréchal.

étreint les deux faces du scapulum au niveau de la portion qu'il veut exciser: d'un seul coup, il retranche la partie maladie, et laisse à nu une surface osseuse nette et saine, d'autant plus rétrécie, que la section a porté sur le point le plus étroit du col de l'omoplate.

L'opération terminée, le chirurgien doit faire rentrer l'extrémité supérieure de l'humérus dans la plaie, abaisser le lambeau, rapprocher le bras du tronc et l'immobiliser à l'aide d'un appareil inamovible.

A une époque plus éloignée de l'opération, il deviendra utile d'imprimer des mouvements pour prévenir la soudure des surfaces excisées. Mais à quelque époque que ce soit, il faut, avec la plus grande attention, conserver au membre une position telle, que si, par malheur

et malgré toute précaution, l'ankylose survient, it soit dans la position la moins défavorable.

Parmi les quelques accidents qui pourraient survenir pendant l'opération, signalons la fracture du corps de l'humérus, observée une fois par Ferguson et une autre fois par Mead. Signalons aussi, après l'opération, la persistance d'abcès et de fistules qui peuvent retarder le travail de cicatrisation, habituellement complet en six ou huit semaines. Mais les moyens les plus simples auront vite raison de ces complications, qui, en aucun cas, ne peuvent compromettre le succès de l'opération.

## ARTICLE XVIII.

TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION HUMÉRO-GUBITALE.

Rust la désigne sous le nom fort peu euphonique d'olécranarthrocace. Selon lui, la maladie débute souvent par la tête du radius: mais il est évidemment tombé dans l'erreur; c'est le plus souvent l'extrémité



Fig. 286. — Tumeur blanche du coude. Ostéophytes ou stalactites.

nférieure de l'humérus ou la synoviale articulaire qui est le siége primitif de la maladie. Cette synoviale est en effet très-vasculaire, doublée par un tissu cellulaire riche en vaisseaux, et présentant en arrière, sous le triceps brachial, un prolongement analogue à celui observé au genou. Lorsque la maladie a fait des progrès, il n'est pas rare de voir

la carie détruire profondément les épiphyses qui concourent à former l'articulation, comme l'indique la figure 286.

Les symptômes anatomiques que l'on y observe ne diffèrent guère de ceux que nous avons assignés aux autres tumeurs blanches. Le gonflement donne à ce membre l'aspect d'un double cône dont les deux bases, adossées au niveau de l'interligne articulaire, iraient en s'effilant, le supérieur vers l'épaule, l'inférieur vers la main. La peau est très-souvent luisante, tendue et rouge. Les différentes saillies osseuses disparaissent complétement sous le gonflement, sauf l'olécrâne. Si du liquide existe dans l'articulation, on trouve de chaque côté de cette éminence deux bosselures fluctuantes. C'est là, en effet, que la synoviale moins bien soutenue se laisse repousser par les liquides accumulés; le triceps est légèrement soulevé par le repli synovial. Rien de semblable n'existe en avant sur les côtés de l'articulation.

Le malade porte son bras dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension complète; le biceps est contracté, et l'extension devient impossible. Les douleurs s'irradient vers la main, en suivant le trajet du nerf cubital. Plus rarement on les voit se diriger le long du bras vers l'aisselle.

Lorsque plus tard des abcès se manifestent, ils s'ouvrent promptement un passage vers les téguments, et peuvent, ou bien en décollant le triceps, s'ouvrir un peu plus haut que l'articulation, ou bien vis-à-vis d'elle, en arrière, sur les côtés de l'olécrâne. Il est rare qu'ils s'ouvrent en avant, plus rare encore qu'ils tendent à fuser du côté de l'avantbras, et cela en raison des dispositions anatomiques.

Si la maladie poursuit ses ravages et que les ligaments se ramollissent, le radius peut abandonner ses rapports avec l'humérus et même le cubitus, et par le fait de la pronation forcée unie à la flexion de l'avant-bras, se luxer en arrière, ainsi que l'a indiqué Boyer.

Quant au cubitus, il est trop solidement articulé pour qu'il quitte ses rapports avec l'humérus.

Inutile d'ajouter que les mouvements des doigts sont, sinon abolis, du moins singulièrement gênés.

Cette tumeur blanche, moins grave que celles que nous avons étudiées précédemment, se guérit souvent par ankylose. (Sanson.) Voilà pourquoi il importe de placer le membre dans la flexion à angle droit, ou dans la demi-pronation pendant qu'on le maintient dans l'immobilité.

En raison de la position superficielle de l'articulation, il est habituellement facile de distinguer la tumeur blanche huméro-cubitale des affections des organes voisins, telles que l'inflammation chronique de la bourse séreuse olécrânienne et la contracture idiopathique des muscles. Cependant on conçoit qu'une nécrose siégeant depuis longtemps

NÉLATON. - PATH. CHIR.

56