

périostite phlegmoneuse diffuse sans que la moelle de l'os soit en même temps affectée, car j'ai vu plusieurs fois, dans des cas analogues, le périoste décollé dans une grande étendue se rattacher à l'os et la guérison complète survenir. D'ailleurs que peut-il arriver dans ce cas? La persistance d'une fistule et la production d'un séquestre : or vous enlèverez facilement ce dernier plus tard, lorsqu'il sera délimité et mobile.

Si au contraire, après l'incision, les symptômes locaux et généraux persistent, si la suppuration est profuse, pratiquez sans hésiter la résection totale de la clavicule. Le meilleur procédé consiste à sectionner d'abord cet os sur la ligne médiane et à enlever successivement chaque moitié soulevée à l'aide d'un davier. Cette opération doit toujours être sous-périostée, manœuvre grandement facilitée d'ailleurs par l'épaississement et le décollement pathologiques du périoste.

Les articulations acromio et sterno-claviculaire peuvent être atteintes d'arthrite. Toutefois cette affection est rare. Les signes sont ceux des arthrites en général, et le siège précis de la lésion les fera aisément reconnaître. Il n'y a pas lieu d'y insister davantage.

Affections organiques de la région claviculaire. — Les tumeurs développées aux dépens de la clavicule sont loin d'être communes. Ce sont le plus souvent des ostéo-sarcomes ne différant pas de ceux des autres régions du corps. Les rapports seuls de la tumeur avec les gros vaisseaux et nerfs sous-claviers lui donnent une importance spéciale, en raison des précautions à prendre au cours de l'ablation pour ménager ces organes. Si la clavicule en effet est facile à réséquer dans les cas de carie ou de nécrose, il n'en est pas de même quand il s'agit d'une tumeur organique dont le tissu adhère aux parties sous-jacentes et souvent les englobe. L'opération peut devenir alors impraticable. Si la masse constituée par la tumeur est immobile, si le pouls radial a disparu, si le membre supérieur est œdématié et présente des veines dilatées, si le bras est atteint d'engourdissement et à plus forte raison de paralysie, abstenez-vous d'opérer.

B. Affections chirurgicales de la région scapulaire. — J'entends sous le nom de région scapulaire les fosses sus et sous-épineuses et la fosse sous-scapulaire. L'angle antérieur du

scapulum, c'est-à-dire la cavité glénoïde, le col de l'omoplate, l'acromion et l'apophyse coracoïde, font en effet partie de la région scapulo-humérale.

Les affections de la région scapulaire ne nous arrêteront pas longtemps; elles sont d'une part assez rares et de l'autre présentent peu de caractères distinctifs de celles des autres parties du corps.

En étudiant la scoliose nous avons vu la saillie de l'omoplate constituer l'un des premiers signes révélateurs de cette affection : c'est là une déformation en quelque sorte extrinsèque due au mouvement de torsion de la colonne vertébrale.

Une autre déformation porte principalement sur le bord spinal de l'omoplate. Au lieu d'être appliqué comme à l'état normal sur le thorax, ce bord est saillant, détaché des côtes, et peut être saisi entre les doigts; cette déformation est caractéristique de la *paralysie du muscle grand dentelé*.

En appliquant la main sur l'omoplate, on perçoit parfois, pendant les mouvements de cet os, un frottement rugueux, une crépitation bruyante, *bruit de frottement sous-scapulaire*, probablement dû à la présence de bourses séreuses accidentelles développées à la face externe des côtes. J'en ai observé récemment un exemple sur une jeune fille atteinte d'une légère scoliose, et ce bruit fort inquiétant pour la famille disparut rapidement par l'usage d'un corset orthopédique.

Les contusions, les plaies de la région scapulaire, n'offrent rien de spécial à noter. Je ne parle pas des plaies par arme à feu dont il est impossible d'indiquer à l'avance les caractères : ainsi se trouvait dans mon ambulance de Sedan pendant la guerre franco-allemande un soldat dont l'omoplate avait été complètement enlevée par un éclat d'obus. Le fracas de l'omoplate est parfois tel qu'il nécessite la résection, comme la fit plusieurs fois avec succès pendant la même guerre le Dr Chipault, d'Orléans.

Les fractures de l'omoplate présentent un caractère utile à noter. Lorsque l'épine seule est atteinte, il est possible, en raison de son relief à la face externe de l'os, de mobiliser le fragment, de le saisir entre les doigts, de produire ainsi la mobilité anormale et la crépitation : mais il n'en est plus de même lorsque la fracture occupe les fosses sus et sous-épineuses. Dans cette dernière fosse principalement (la fosse sus-épineuse est difficilement accessible à

l'exploration directe) les fibres musculaires sont insérées sur tous les points de la surface osseuse : aussi les fragments sont-ils maintenus en place sans aucune tendance à l'écartement. Dans les fractures de l'omoplate, il n'existe donc pas de déformation appréciable ; à première vue on croirait volontiers à une contusion simple, mais en appliquant une main à plat sur la région et en imprimant de l'autre des mouvements au bras, on perçoit aisément la crépitation, et une crépitation d'autant plus bruyante que la fracture est en général étoilée et composée d'un certain nombre de fragments. L'erreur serait cependant possible, si l'on avait par hasard affaire à un sujet préalablement atteint du bruit de frottement sous-scapulaire, la crépitation étant le seul signe réel des fractures de l'omoplate.

L'immobilisation à l'aide de l'écharpe double convient parfaitement à cette fracture.

L'omoplate peut être affectée de diverses lésions inflammatoires ou organiques. Toutefois, l'ostéite et la carie y sont rarement observées. Je n'ai rien d'intéressant à signaler sur ce point.

Les tumeurs y sont un peu plus communes (je ne parle pas ici des tumeurs superficielles dont les caractères sont identiques dans toutes les régions). On y trouve des lipomes profonds, sous-musculaires, des fibromes et surtout des ostéo-sarcomes. J'ai publié une observation dans laquelle l'omoplate farcie d'hydatides dut être réséquée en totalité (1).

Ces tumeurs ne présentent d'ailleurs aucun signe propre à la région qu'elles occupent. Le praticien éprouve toujours, surtout au début de l'affection, les mêmes difficultés de diagnostic ; l'adhérence à l'os est un signe d'une haute valeur et, suivant que la marche aura été plus ou moins rapide, il y aura de fortes présomptions en faveur d'un fibrome, d'un sarcome ou d'un carcinome.

On doit les enlever le plus tôt possible pour éviter la générali-

(1) Il s'agissait d'une femme jeune, très bien portante jusqu'alors, entrée à l'hôpital pour une forte contusion de l'épaule gauche. Un abcès se forma et resta fistuleux au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; d'autres fistules se produisirent et nécessitèrent la résection totale de l'omoplate. Je trouvai cet os criblé d'hydatides. A l'occasion de cette malade, j'exprimai pour la première fois cette idée tout d'abord singulière, mais confirmée depuis par de nombreux exemples, que les kystes, hydatiques, même viscéraux, reconnaissent ordinairement pour cause déterminante un traumatisme antérieur.

sation et aussi le traumatisme résultant de l'ablation d'une tumeur volumineuse de l'omoplate. S'il s'agit d'un ostéo-sarcome, la résection de l'os est indispensable ; une résection partielle suffit au début, mais plus tard il faudra pratiquer une résection totale, ou s'abstenir de toute intervention.

La *résection totale de l'omoplate* est difficile. Le procédé opératoire dont je fis usage pour la malade atteinte de kystes hydatiques est le suivant dans ses lignes essentielles : pratiquer une incision verticale parallèle au bord spinal ; une incision horizontale partant de la première et parallèle à l'épine ; disséquer les deux vastes lambeaux résultant de ces incisions ; découvrir les fosses sus et sous-épineuses ; libérer le bord spinal, le bord supérieur, l'angle inférieur et le bord axillaire. L'omoplate ne tenant plus que par son angle antérieur, le détacher de ses connexions avec la clavicule et la tête de l'humérus.

C. Affections chirurgicales de la région scapulo-humérale. — La région scapulo-humérale est essentiellement constituée par l'articulation de ce nom ; il y faut ajouter les parties molles périphériques et les saillies osseuses de voisinage : acromion, apophyse coracoïde.

Les affections de cette région sont fréquentes, d'un diagnostic souvent délicat, et méritent d'attirer toute l'attention du praticien.

Je passerai successivement en revue : les traumatismes, les affections inflammatoires et les lésions organiques.

1° TRAUMATISMES DE LA RÉGION SCAPULO-HUMÉRALE.

Le plus simple examen et les renseignements fournis par le malade vous permettent de reconnaître immédiatement s'il s'agit d'une plaie de l'épaule ou d'une contusion.

Supposons d'abord qu'il s'agit d'une plaie.

Les *plaies du moignon de l'épaule* sont communes ; ce sont le plus souvent des plaies produites par un coup de couteau dans une rixe. On y observe aussi des plaies par arme à feu. Ces dernières peuvent intéresser seulement les parties molles ou bien atteindre le squelette. Lorsque les os sont fracassés par une balle ou un éclat d'obus, la lésion rentre dans le cadre des fractures compliquées.