

Les signes de cette luxation offrent de grands traits de ressemblance avec ceux de la luxation du pouce en arrière; une particularité à signaler est relative à la grande fréquence de la déchirure des parties molles.

La luxation *en avant* est beaucoup plus rare. Comme la précédente, elle peut être *complète ou incomplète*; un raccourcissement du pouce de 4 à 5 millimètres indique qu'il s'agit d'une luxation complète. La réduction ne présente pas en général de réelles difficultés.

b. Luxations des phalangettes des quatre derniers doigts. — Ces luxations ont été observées en arrière, latéralement, jamais en avant.

De même que pour la phalangette du pouce, ces luxations peuvent s'accompagner de plaies des parties molles et constituer des luxations exposées. Bien que Miller ait soutenu que les luxations exposées, celles du pouce en particulier, nécessitent d'une manière constante soit la résection, soit l'amputation, la règle de conduite consiste à tenter la réduction, lorsqu'il n'existe pas d'accidents inflammatoires trop violents.

Les luxations de la phalangette du pouce restent réductibles beaucoup plus longtemps que celles du pouce; dans un cas Hamilton en a réduit une datant de 7 jours, en sectionnant les ligaments latéraux; Huguier en a réduit une datant de 6 semaines. Enfin dans un autre cas E. Klin et Knie de Moscou eurent recours à la résection de l'articulation, et leur opéré mourut de tétanos (Poinsot).

CHAPITRE III

AFFECTIONS SPÉCIALES AU MEMBRE SUPÉRIEUR

I

TUMEURS DE L'OMOPLATE.

Les tumeurs de l'omoplate ne diffèrent pas, au point de vue de leur nature, des tumeurs des os en général; elles ne présentent un intérêt spécial que par le siège qu'elles occupent et les indications opératoires qu'elles réclament.

Elles ont été étudiées avec soin par Demandre (*Thèse de Paris*, 1875), par Chauvel (*Dictionn. encyclop.*, art. OMOPLATE), par de Langenhagen (*Thèse de Paris*, 1885), et par Poinsot (*Revue de chirurgie*, 1885).

Étiologie. — Ces tumeurs ne sont pas très fréquentes; Chauvel en a pu réunir 72 cas; les plus nombreux ont été observés chez des hommes adultes, plus souvent à droite qu'à gauche.

Anatomic pathologique. — On trouve ici avec une inégale fréquence les tumeurs dites bénignes et les tumeurs malignes. Sur 72 cas, on compte 8 *exostoses*, 14 *enchondromes*, 20 *sarcomes* avec leurs variétés diverses, 25 cancers ou *carcinomes* (de Langenhagen).

Les *exostoses* sont ou des exostoses de développement ou ostéogéniques, ayant leur point de départ au niveau des cartilages épiphysaires, ou des exostoses syphilitiques siégeant de préférence au niveau des bords de l'omoplate et se développant surtout au niveau de l'angle inférieur de l'os.

Ces tumeurs ont surtout pour caractère d'être nettement circonscrites.

Les *enchondromes* se développent généralement sur l'épine de l'omoplate, l'apophyse coracoïde ou l'acromion, c'est-à-dire dans les points où l'os est recouvert d'un tissu analogue au fibro-cartilage. Ils peuvent acquérir un énorme volume; dans quelques cas, ils ont la malignité du cancer et peuvent se généraliser et infecter toute l'économie.

Les *ostéo-sarcomes* avec leurs diverses variétés, *sarcome fusocellulaire*, *sarcome embryonnaire*, *sarcome myéloplaxique*, etc., se développent soit aux dépens du périoste, soit entre les deux lames de l'os. C'est à ces diverses variétés que l'on doit rattacher la plupart des tumeurs décrites par les anciens chirurgiens sous le nom de *cancers*. Elles ont pour caractère commun d'envahir une grande partie de la région d'une manière plus ou moins rapide, suivant le degré de malignité de la tumeur, de récidiver fréquemment après l'ablation et d'infecter l'économie par leur généralisation. Ces tumeurs dont le point de départ le plus fréquent paraît être dans les parties spongieuses de l'omoplate, angle, épine, col, peuvent acquérir un volume énorme, comme la moitié du tronc (Chauvel).

Symptômes. — L'évolution et les signes des tumeurs de l'omoplate sont tout à fait semblables à ce qu'on observe pour les diverses variétés de tumeurs du tissu osseux.

Ces tumeurs peuvent exister pendant longtemps sans produire de douleur ni de gêne notable dans les mouvements. Ces symptômes ne se produisent de bonne heure que dans le cas de tumeurs malignes et n'arrivent en général qu'avec un développement déjà considérable du néoplasme. Pendant fort longtemps l'articulation scapulo-humérale reste indemne, défendue par son cartilage articulaire, et les mouvements du bras sont conservés.

Au début, la tuméfaction est souvent diffuse, mal circonscrite; elle s'étend à la fois à la face profonde de l'omoplate, qu'elle peut soulever et éloigner de la paroi thoracique et à la face superficielle de cet os. Suivant son point de départ, elle est plus ou moins accessible à la palpation.

Tant que la tumeur n'a pas rompu la coque fibreuse que lui forme le périoste épaissi, elle présente un signe important qui permet de la rapporter à son véritable siège: on peut constater que les mouvements qu'on lui imprime se transmettent à l'omoplate. Plus tard ce signe disparaît ou devient plus difficile à constater quand le néo-

plasme, envahissant les parties molles, vient recouvrir la clavicule et englober entièrement le moignon de l'épaule.

Ici, comme partout, à une période avancée et plus ou moins précoce, suivant la malignité de la production, les parties molles sont envahies et ulcérées, les ganglions axillaires s'engorgent et la cachexie survient avec ses phénomènes ordinaires locaux et généraux.

Le *diagnostic* ne saurait être fait pour l'ensemble des tumeurs de l'omoplate; il comprend deux points essentiels: 1° reconnaître le siège de la tumeur; 2° reconnaître la nature de celle-ci.

Une collection purulente ou une tumeur née des côtes et soulevant l'omoplate pourront être reconnues par la main introduite sous le scapulum et par les mouvements imprimés à cet os soit directement, soit par l'intermédiaire du bras: la tumeur sous-jacente conservera sa fixité.

Les néoplasmes développés aux dépens de la tête de l'humérus pourront être localisés grâce à l'indépendance ou à la solidarité de la tumeur à l'humérus pendant certains mouvements. Mais quand la masse a acquis un volume considérable, il est presque impossible de lui communiquer le moindre mouvement et de reconnaître son point d'origine.

Les tumeurs qui naissent de la face inférieure ou du bord postérieur de l'extrémité externe de la clavicule sont encore plus difficiles à différencier des tumeurs de l'omoplate; elles s'insinuent dans la fosse sous-épineuse et y sont maintenues fixées par le muscle sous-épineux et son aponévrose. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent à l'omoplate. On pourrait peut-être reconnaître le point d'origine du néoplasme en démontrant que celui-ci suit les mouvements que l'on imprime à la clavicule (Richet).

En résumé, pour être certain qu'on a affaire à une tumeur du scapulum, il faut reconnaître que la tumeur accompagne bien le mouvement de cet os et qu'elle ne suit pas ceux des os voisins.

La nature du néoplasme sera reconnue ici comme partout d'après ses signes physiques et son évolution.

Traitement. — Dans les tumeurs bénignes, les exostoses, apportant une gêne notable aux fonctions du membre, la production sera enlevée soit par une résection partielle, si l'ostéome est à base large et diffuse, soit par l'ablation simple, s'il est pédiculé.

Les tumeurs malignes, suivant leur siège, leur degré de malignité, leur volume, l'envahissement des parties molles, seront enlevées soit par une résection plus ou moins considérable de l'omoplate, soit par l'extirpation complète de cet os avec conservation du membre supérieur, soit par l'ablation simultanée de l'omoplate et du bras et d'une moitié de la clavicule.

Desprès et plus récemment P. Berger ont tracé le manuel opératoire applicable à cette grave mutilation.

D'après la statistique de Poinsoy, portant sur 45 cas, l'extirpation totale de l'omoplate, avec conservation du membre supérieur, n'offre dans son ensemble qu'une mortalité opératoire de 10 pour 100; elle laisse un bras généralement utile, et, appliquée au traitement des tumeurs de l'omoplate, elle a fourni plus de 25 pour 100 de guérisons durables.

II

SCAPULALGIE.

On doit réserver le nom de *scapulalgie* à la tumeur blanche, à l'arthrite tuberculeuse de l'épaule. Ce nom, consacré par l'habitude, comme celui de coxalgie pour la tumeur blanche de la hanche, ne doit pas être appliqué indifféremment, et sous peine de confusion, à toutes les affections inflammatoires ou douloureuses de l'épaule.

Étiologie. — La tumeur blanche de l'épaule est rare; sur 140 cas de tumeurs blanches, on ne trouve que 5 cas de scapulalgie (Crocq). Elle s'observe aussi bien chez les tout jeunes enfants que chez les adolescents et les adultes. Elle se développe chez des sujets présentant déjà des manifestations de la tuberculose, ou elle peut être la première expression de cette infection.

Les violences extérieures peuvent, comme pour toutes les arthrites, en être le point de départ.

Anatomie pathologique. — Les lésions ne diffèrent pas de celles qui sont décrites à l'article *Tumeur blanche en général*: elles consistent essentiellement dans la production de fongosités tuberculeuses avec destruction des surfaces articulaires, de la synoviale, des ligaments, et envahissement des parties molles voisines.

Les fusées purulentes ont tendance à suivre les expansions tendineuses de la synoviale; celle-ci, moins soutenue au niveau de ces diverticules, se rompt en ces points et le pus fuse à l'extérieur. C'est ordinairement l'expansion synoviale du biceps qui cède la première; le pus s'accumule sous le deltoïde et perfore la peau à la partie antéro-interne du bras. Beaucoup plus rarement, la perforation se fait à la partie supérieure, au-dessous de l'acromion. Quelquefois, elle se produit au niveau du cul-de-sac du tendon du sous-scapulaire; le pus s'épanche entre ce muscle et l'omoplate et l'abcès s'ouvre à la partie inférieure et postérieure du creux de l'aisselle.

Plus tard, des trajets fistuleux multiples, des décollements étendus, des abcès migrants peuvent se produire sans aucun ordre déterminé.

Les lésions osseuses semblent toujours débiter par la tête de l'humérus, et elles y sont beaucoup plus prononcées que sur la cavité glénoïde de l'omoplate, qui peut être respectée longtemps. La tête humérale peut disparaître par résorption, ou se nécroser et se détacher de la diaphyse.

On a vu également l'angle de l'omoplate tout entier formant un seul séquestre (Péan, *Thèse de Paris*, 1860).

Symptômes. — Le premier symptôme est une douleur siégeant au moignon de l'épaule, ordinairement sourde et continue, pouvant s'irradier au bras, suivant le trajet des cordons nerveux. Quelquefois, les malades la rapportent au coude et se plaignent davantage de la souffrance en cette région que dans l'épaule.

Cette douleur de l'épaule et du coude est réveillée et exagérée par une pression exercée à la partie antérieure du moignon de l'épaule, au-dessous de l'acromion, à la face externe du creux de l'aisselle, et dans le creux même. On la provoque aussi par la percussion des surfaces articulaires, en appliquant la tête humérale contre la cavité glénoïde par le refoulement du coude en haut.

La douleur est également provoquée par tout mouvement spontané ou communiqué de l'articulation: aussi, en résulte-t-il rapidement une immobilisation instinctive de la jointure.

Les adducteurs du bras fixent l'humérus à l'omoplate et tous les mouvements se passent dans l'articulation sterno-claviculaire: quand on fait écarter le bras du tronc, l'angle inférieur de l'omoplate se déplace immédiatement et le moignon de l'épaule se meut en

totalité. Si l'on fixe l'omoplate pour obtenir un mouvement indépendant de l'humérus, on provoque une douleur excessivement vive et l'on voit tous les muscles adducteurs se raidir et former corde sous la peau.

La contracture des muscles périarticulaires imprime à l'humérus une situation qui peut varier avec la période de l'affection : le bras est en général collé au tronc, dans la rotation en dedans, quelquefois au contraire dans une légère abduction; son extrémité inférieure est portée un peu en arrière, tandis que la tête humérale fait une légère saillie anormale en avant de l'acromion.

Le creux de l'aisselle est rapidement déformé et comblé par les fongosités, tandis que le moignon de l'épaule conserve longtemps sa forme normale. Plus tard, les fongosités viennent faire saillie en avant et en dehors du moignon; puis celui-ci se tuméfie de plus en plus et sa tuméfaction jointe à l'atrophie des muscles du bras donne au membre la forme d'un cône très allongé ou d'un gigot.

L'épaule s'abaisse et les malades inclinent la tête du côté malade. Il y a *allongement apparent* du membre et quelquefois même *allongement réel*, à la suite du relâchement musculaire et ligamenteux périarticulaire.

Quand la suppuration s'est établie, les trajets fistuleux siègent le plus souvent à la partie antéro-interne du bras ou bien à la partie postérieure de l'aisselle, au voisinage du bord axillaire de l'omoplate, plus rarement aux bords de l'acromion.

Assez fréquemment, on trouve des collections purulentes ou des fistules siégeant loin de la jointure, au niveau du coude, dans la fosse sous-scapulaire.

Quand la guérison peut être obtenue, l'ankylose scapulo-humérale est la terminaison habituelle de la scapulalgie.

Diagnostic. — Dans la première période de l'affection, son diagnostic peut être fort délicat; la scapulalgie ne peut être certainement reconnue que si l'on constate la présence des fongosités. Certaines arthrites et périarthrites chroniques de l'épaule peuvent donner lieu à un ensemble de troubles fonctionnels et de phénomènes douloureux capables de donner le change. L'évolution de la maladie et la constitution du sujet devront mettre le chirurgien sur la voie.

La douleur du coude, la recherche de la douleur articulaire par

les divers modes d'exploration, peuvent fournir des éléments de diagnostic.

Quand il y a des fistules, les antécédents, le mode de début, la direction du stylet explorateur à travers les trajets, l'aspect des orifices feront reconnaître s'il s'agit d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Enfin, pour savoir par l'exploration au stylet quel est l'os dénudé, scapulum ou humérus, Nélaton conseille d'ausculter alternativement l'angle de l'omoplate et l'extrémité inférieure de l'humérus. L'oreille juge, d'après la direction des vibrations sonores, quel est l'os percuté par le stylet.

Pronostic. — Le pronostic de la scapulalgie est grave, comme celui de toutes les arthrites tuberculeuses.

Traitement. — Pendant la première période de l'affection, la jointure sera rigoureusement immobilisée dans une bonne attitude. Le meilleur appareil nous semble être l'attelle plâtrée que nous avons décrite à propos des fractures de l'humérus et dans laquelle se trouvent immobilisées les articulations de l'épaule et du coude. Cette attelle peut être appliquée par-dessus des feuilles d'ouate, si l'on veut en même temps exercer de la compression.

Quand la suppuration est établie et quand les trajets fistuleux conduisent sur les os dénudés, si l'affection résiste au traitement général bien conduit, aux bains chlorurés sodiques, sans attendre que le sujet soit épuisé et que les dégâts locaux soient devenus trop considérables, on pratiquera la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus et l'ablation de toutes les parties malades du côté du scapulum. Cette opération sera pratiquée en tenant compte des principes qui président aujourd'hui à l'attaque des lésions tuberculeuses : ablation complète des parties malades ou suspectes, précautions minutieuses contre l'inoculation tuberculeuse et la septicémie.

La résection de l'épaule contre la scapulalgie, pratiquée de bonne heure et avec les précautions actuelles, accompagnée du traitement général dirigé contre la tuberculose, sera suivie des résultats les plus favorables.

III

PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE.

Sous le nom de périarthrite scapulo-humérale, S. Duplay a décrit en 1872 (*Archives générales de médecine*) une affection particulière de l'épaule caractérisée par de la douleur et la perte totale ou partielle des mouvements de la jointure et siégeant dans la bourse séreuse sous-acromio-deltoidienne.

La périarthrite a été étudiée un peu plus tard dans la thèse de Gauthier (1875).

Elle avait été pressentie par Jarjavay, qui avait localisé dans la bourse séreuse sous-acromiale des lésions consécutives aux mouvements de torsion en dedans imprimés à l'humérus (*Gaz. hebdom.*, 1867).

Étiologie. — La périarthrite succède dans la plupart des cas à un traumatisme, contusion, entorse ou luxation de l'épaule, plus rarement à une pression prolongée exercée par un fardeau, et dans quelques cas elle paraît spontanée ou consécutive aux inflammations rhumatismales du moignon de l'épaule ou aux inflammations chroniques du périoste du col de l'humérus (Chauvel).

Nature. Pathogénie. — L'affection est essentiellement caractérisée par une ankylose périphérique avec contracture et atrophie de tous les muscles périarticulaires.

Duplay a constaté dans une autopsie que la bourse séreuse sous-deltoidienne avait disparu et que le tissu cellulaire lâche et lamelleux, situé normalement au-dessous du deltoïde, était remplacé par un tissu fibreux extrêmement résistant, constituant des brides, des lames irrégulièrement disposées et qui, dans plusieurs points, unissaient le deltoïde à l'extrémité supérieure de l'humérus. La bourse séreuse sous-acromiale était chroniquement enflammée et épaissie.

Le tissu cellulaire situé autour de l'articulation était épaissi, transformé en tissu fibreux et traversé par les nerfs brachial cutané interne et cubital, rouges et injectés.

Les surfaces articulaires, entièrement libres d'adhérences, étaient tout à fait normales.

En résumé, il semble s'agir d'une inflammation plastique et oblitérante de ce vaste appareil de glissement qui engaine la jointure scapulo-humérale et lui constitue comme une seconde articulation.

Il faut y joindre l'atrophie plus ou moins prononcée des muscles péri-articulaires, surtout accusée sur le deltoïde, le grand pectoral, les sus et sous-épineux.

Pour Duplay, tous ces désordres sont consécutifs à l'inflammation traumatique de la bourse séreuse sous-deltoidienne; Chauvel (article SCAPULALGIE, *Dict. encyclop.*) ajoute comme cause l'immobilité prolongée, les inflammations de voisinage et les inflammations spontanées des bourses séreuses, et peut-être un certain degré de névrite consécutive aux traumatismes du moignon de l'épaule.

Symptômes. — L'affection a rarement une période aiguë; elle est chronique d'emblée et s'établit en général à la suite d'un traumatisme. La jointure ne présente pas d'autre déformation qu'un aplatissement et un amaigrissement du moignon de l'épaule.

Les malades accusent d'une manière constante une *douleur*, quelquefois spontanée, le plus souvent provoquée: celle-ci est réveillée surtout par la pression exercée sur le côté externe du moignon, à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, au point où le nerf circonflexe se distribue à la peau; d'autres fois elle existe au niveau des insertions du deltoïde ou du biceps, quelquefois dans la région du pli du coude ou dans le sillon qui sépare le grand pectoral du deltoïde.

Elle est surtout exagérée dans les mouvements que l'on imprime à l'humérus; aussi le bras est-il immobilisé le long du tronc par la contracture des muscles adducteurs et les mouvements se passent dans l'articulation sterno-claviculaire avec déplacement de l'épaule en totalité. Les fonctions de l'épaule sont presque totalement abolies. Dans ces tentatives, les muscles grand pectoral, biceps, se contractent, font corde sous la peau et s'opposent aux mouvements d'abduction du bras et de flexion de l'avant-bras.

Si l'on anesthésie le malade, de manière à mettre les muscles dans le relâchement et à permettre quelques mouvements de l'humérus, on perçoit des bruits de frottement, des craquements secs.

À une période plus avancée, à la contracture succèdent la rétraction et l'atrophie musculaires; le deltoïde, le premier et le plus fortement atteint, est dur et comme plaqué sur l'humérus; le grand

pectoral, les sus et sous-épineux, amincis, sont collés sur le thorax et dans les fosses qu'ils comblent à l'état normal.

Diagnostic. — Le diagnostic de la périarthrite scapulo-humérale repose essentiellement sur la notion d'un traumatisme antérieur, sur les résultats de l'examen fait sous le chloroforme et démontrant que l'ankylose est périphérique et due aux raideurs et aux contractures péri-articulaires.

Souvent il est difficile de la distinguer de l'arthrite vraie, dans laquelle on peut retrouver la même impotence fonctionnelle, les mêmes points douloureux, la même atrophie musculaire. La conservation des formes de la région ni empâtée, ni épaissie comme dans l'arthrite, est un signe en faveur de la périarthrite.

L'atrophie musculaire rapide ne peut pas différencier ces deux affections : elle appartient à l'une et à l'autre et se manifeste de très bonne heure, surtout après les contusions articulaires, suivies d'arthrite ou de périarthrite.

Pronostic. — Le pronostic doit toujours être réservé au point de vue du retour des fonctions du membre. Il paraît surtout grave quand à l'atrophie musculaire rapide succède une rétraction des muscles qui ne cèdent plus aux divers moyens employés pour les allonger ou qui reviennent sur eux-mêmes comme du tissu de cicatrice. La persistance des douleurs à l'épaule ou le long du bras est un signe défavorable ; elle semble indiquer un travail d'irritation et de souffrance du côté des nerfs de la région.

Traitement. — Le traitement préventif consiste à soigner rigoureusement par l'immobilisation, les révulsifs, les phénomènes inflammatoires qui accompagnent la contusion de l'épaule. Dès que ceux-ci sont passés, tous les efforts doivent tendre à prévenir l'atrophie musculaire et les raideurs périphériques : l'électricité de courants continus et interrompus, les douches, le massage et surtout les mouvements communiqués en ayant soin de fixer solidement l'omoplate, constituent les moyens par excellence.

Mais quand les lésions sont prononcées et que le mal est à une période avancée, il faut, sous le chloroforme, rompre les contractures musculaires et briser les adhérences par des mouvements forcés du bras pendant que l'omoplate est immobilisée (Duplay).

Les jours suivants, la liberté des mouvements sera conservée et entretenue par des mouvements gradués et progressifs et par tous

les moyens dont nous disposons en pareil cas (massage, douches, électricité).

AFFECTIONS DE L'AISELLE.

I

PLAIES DE L'AISELLE.

Les plaies accidentelles de l'aisselle sont assez rares et ne sont guère produites que par des instruments piquants. Elles ne présentent d'intérêt que lorsque l'instrument vulnérant atteint un des gros vaisseaux ou des nerfs importants de la région. On a admis, sans preuves évidentes, que les plaies simples de l'aisselle pouvaient s'accompagner d'emphysème par pénétration de l'air extérieur, quand la plaie était sinueuse et étroite, grâce à une véritable aspiration exercée par les mouvements du bras. Il est probable, dans ces cas, que le poumon est intéressé.

Ces plaies seront pansées antiseptiquement et soigneusement drainées et le membre supérieur sera maintenu dans une immobilisation rigoureuse.

II

PLAIES DE L'ARTÈRE AXILLAIRE.

Ce sont les plaies des gros vaisseaux qui font le principal intérêt des plaies de l'aisselle. Leur histoire a été complètement faite dans le savant article de le Fort (*Dict. Encyclop.*, Art. AXILLAIRES).

L'artère est le plus souvent blessée par la pointe d'un sabre ou d'une épée, dans un duel, ou par un instrument piquant et tranchant dans une tentative de meurtre ; accidentellement elle a été atteinte par un coup de corne, une branche d'arbre, des pointes de fer, des éclats de verre ; on l'a vue se rompre avec les parties molles par le passage d'une roue de voiture.