

Quant au diagnostic des différentes espèces de luxations entre elles, il suffit de se rappeler les caractères que nous avons assignés à chacune d'elles, et sur lesquels il est inutile de revenir.

Pronostic. — Lorsqu'on réduit la luxation, les mouvements de l'articulation se rétablissent. Si on ne la réduit pas, il se fait une fausse articulation, et plus tard la luxation est irréductible. La luxation intracoracoïdienne est celle qui offre le plus d'obstacles à la réduction, à cause de l'éloignement de la tête; la luxation sous-épineuse se réduit plus facilement que toutes les autres.

Traitement. — Le traitement consiste à réduire la luxation. Lors-

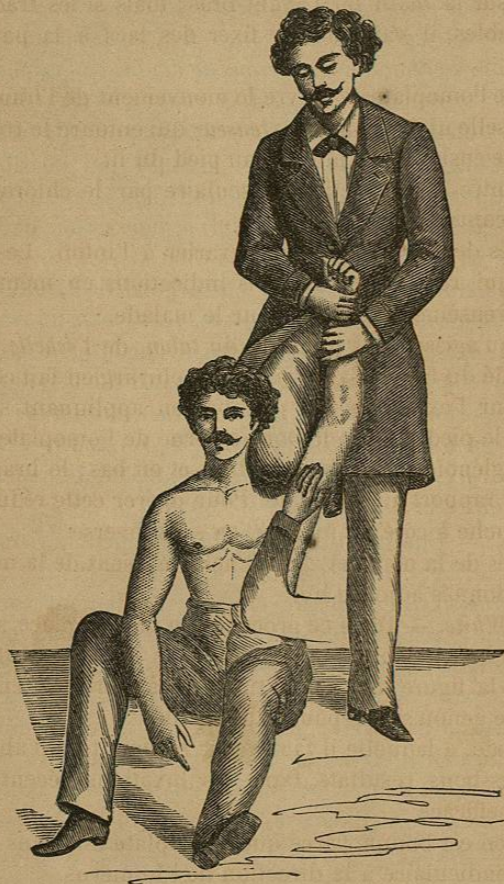


FIG. 85. — Réduction d'une luxation de l'épaule par le procédé de White.
(Extension en haut.)

qu'elle est réduite, on rapproche le bras du tronc, et on l'immobilise avec une bande ou une écharpe pendant deux à trois semaines, avant de permettre au malade d'exécuter des mouvements.

Dans la *réduction*, on se propose de dégager la tête de l'humérus de la nouvelle position qu'elle a prise. Une simple traction ne suffit pas, parce que l'omoplate, très-mobile, serait entraîné avec l'humérus, d'autant plus facilement que les muscles qui entourent l'articulation sont plus contractés.

Il faut donc, lorsqu'on veut faire convenablement une réduction de luxation de l'humérus :

- 1° Tirer l'humérus en dehors pour opérer le dégagement;
- 2° Empêcher l'omoplate de suivre ce mouvement en se renversant;
- 3° Lutter contre la contraction musculaire.

Pour tirer l'humérus en dehors, pour faire l'*extension*, on peut exercer des tractions sur la main ou l'avant-bras; mais si les tractions doivent être considérables, il vaut mieux fixer des lacs à la partie inférieure du bras.

On empêche l'omoplate de suivre le mouvement de l'humérus, en plaçant sous l'aisselle un lien *contre-extenseur* qui entoure le tronc du malade et que l'on fixe ensuite à un mur ou au pied du lit.

On lutte contre la contraction musculaire par le chloroforme ou par des tractions continues.

Les procédés de réduction peuvent varier à l'infini. Les plus simples seront ceux qui rempliront les trois indications en même temps, et le moins douloureusement possible pour le malade.

C'est ainsi qu'agissent les procédés du *talon*, de l'*échelle* et de la *porte*. Dans le procédé du talon, par exemple, le chirurgien fait coucher le malade; il tire sur l'extrémité du membre en appliquant son talon dans l'aisselle. Ici, le pied refoule le bord externe de l'omoplate, de telle sorte que la cavité glénoïde regarde en dehors et en bas; le bras est donc tiré en dehors par rapport à l'omoplate. Pour opérer cette réduction, le chirurgien se couche à côté du malade, en sens inverse.

Les procédés de la porte et de l'échelle agissent de la même manière. Ils sont abandonnés aujourd'hui.

Procédé de White. — Dans ce procédé, un aide se place sur un siège et tire le bras en haut et en dehors; ou bien, le malade étant assis à terre comme dans la figure 85, l'aide tire le bras en haut en même temps qu'il appuie le genou sur l'épaule du malade.

Cette méthode, à laquelle il faut avoir recours tout d'abord, donne en général de très-bons résultats. Dans les luxations récentes, il est rare qu'elle soit inefficace.

Cette traction est bonne, parce que l'omoplate est, dans cette position, toujours perpendiculaire à la direction de l'humérus.

Procédé du genou (A. Cooper). — Dans le procédé du *genou* (fig. 86), le chirurgien exécute une manœuvre analogue aux précédentes. Le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien place son genou dans le creux axillaire, et il cherche à ramener le bras vers le tronc, pendant que l'autre main est appliquée sur l'épaule. L'humérus exécute ainsi un

mouvement de bascule qui tend à porter la tête en haut et en dehors. Ce procédé ne réussit bien que sur des sujets délicats.

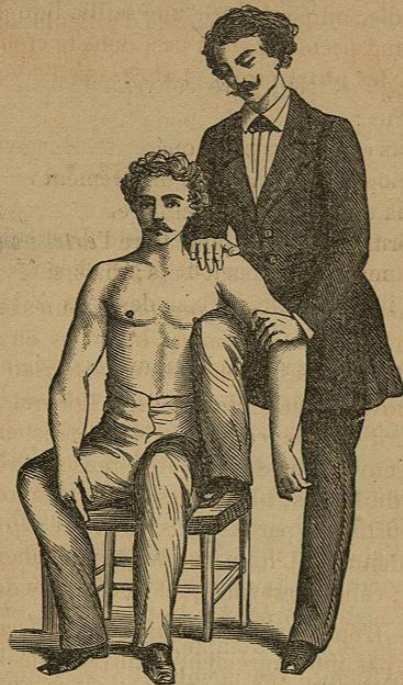


FIG. 86. — Procédé du genou pour la réduction des luxations de l'humérus chez les sujets délicats.

Les *tractions continues*, selon la méthode de MM. Legros et Anger, remplissent toutes les indications, parce qu'elles détruisent la force de contraction des muscles; on les emploie sans le secours du chloroforme dont elles offrent les avantages sans en partager les inconvénients.

Dans tout procédé de réduction, le chirurgien doit s'occuper d'opérer la coaptation: pour cela, il se sert de ses mains, qui doivent pousser la tête de l'humérus vers la cavité glénoïde, au moment où la tête est dégageée. Cependant, dans le procédé du talon et autres analogues, la coaptation est faite par l'objet que l'on place dans l'aisselle du malade.

Après trois mois, ces luxations sont le plus souvent irréductibles.

§ 2. — Lésions inflammatoires.

Nous nous bornerons à signaler l'*arthrite* et l'*hydarthrose*, qui n'offrent rien de spécial dans la région scapulaire.

L'*arthrite* se rencontre quelquefois dans l'articulation scapulo-humérale; elle présente les caractères que nous avons indiqués dans l'arthrite en général; ici, seulement, le deltoïde recouvrant l'articulation,

la rougeur est plus difficile à percevoir, et la tuméfaction paraît plus diffuse.

Nous en dirons autant de l'*hydarthrose*, qui est très-rare; l'épaule est tuméfiée, arrondie; on peut sentir une saillie liquide, en avant, entre le deltoïde et le grand pectoral, et en bas, dans le creux axillaire.

La *scapulalgie*, les *phlegmons* et *abcès* de l'aisselle méritent une description spéciale.

I. — SCAPULALGIE.

La scapulalgie est la tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Elle a été bien étudiée surtout par M. Péan.

Anatomie pathologique. — On rencontre toutes les lésions que nous avons indiquées en parlant des tumeurs blanches en général, lésions de la synoviale et des extrémités osseuses se caractérisant par la production de fongosités (synovite, ostéite fongueuse). Lorsque du pus se forme dans l'articulation, il commence par soulever et distendre les culs-de-sac que la synoviale envoie au-dessous des muscles voisins, et celui qui entoure le tendon du biceps; bientôt les abcès s'ouvrent à l'extérieur, et il reste des trajets fistuleux par lesquels un stylet peut facilement arriver au contact des os dénudés. L'humérus est généralement plus malade que la cavité glénoïde; celle-ci est quelquefois exempte de lésions.

Symptômes. — L'épaule est le siège d'un *gonflement* qui, ordinairement, ne dépasse pas inférieurement le niveau de l'insertion du deltoïde. La *pression* sur la partie tuméfiée est *très-douloureuse*; il en est de même des *mouvements*, spontanés ou provoqués. Instinctivement, les malades rapprochent le bras du tronc, et fléchissent l'avant-bras; cette position se rencontre d'ailleurs dans la plupart des affections de l'épaule. Il est très-rare d'observer dans la longueur du membre une différence *réelle*, en plus ou en moins. A une époque plus avancée, l'épaule malade peut paraître moins volumineuse que celle du côté sain; cet amaigrissement est dû à l'*atrophie musculaire*.

Les symptômes généraux sont ceux de toutes les tumeurs blanches en général.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours facile; la *nécrose* de l'extrémité supérieure de l'humérus peut donner lieu à des symptômes assez analogues à ceux que nous venons de décrire, gonflement, douleur, fistules, etc. Dans ce cas, il faut explorer attentivement l'état de l'articulation, faire exécuter au membre divers mouvements, plus faciles et moins douloureux dans le cas de nécrose que dans celui de tumeur blanche; chercher si, pendant ces déplacements, il ne se produit pas de craquements, qui se rencontrent surtout dans la scapulalgie. C'est par le siège des orifices fistuleux, par la direction de leur trajet, par l'exploration attentive des surfaces osseuses au moyen du stylet, que l'on

reconnaitra si l'os au contact duquel on arrive est l'humérus ou l'omoplate.

Causes. — Cette tumeur blanche est assez rare ; elle peut succéder à une violence directe ; mais elle se manifeste surtout sous l'influence de la diathèse scrofuleuse.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic est grave, car on est souvent obligé de recourir à une opération. Lorsque la maladie guérit spontanément, ce qui n'est pas fréquent, elle peut se terminer par une ankylose complète. Néanmoins, cette terminaison est encore assez favorable, en ce sens que l'ankylose scapulo-humérale permet des mouvements assez étendus de l'épaule ; elle offre beaucoup moins d'inconvénients que celle des autres articulations.

Le traitement, au début, est le même que celui des autres tumeurs blanches ; il faut, avant tout, *immobiliser le membre*. Lorsqu'il existe des trajets fistuleux et que les lésions osseuses sont trop avancées pour qu'on puisse en espérer la guérison, on pratiquera la *résection scapulo-humérale*. La *désarticulation* ne sera employée que dans les cas où il est urgent de débarrasser rapidement le malade, et de le soustraire aux accidents que peut entraîner une suppuration de longue durée.

II. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'AISSELLE.

Anatomie pathologique. — On observe dans l'aisselle trois variétés principales d'abcès, qui, au point de vue anatomique, diffèrent par leur siège.

1° Les *abcès tubériformes* sont très-superficiels et très-limités. Ce sont de véritables furoncles de l'aisselle ; ils peuvent être consécutifs à l'inflammation des glandes sudoripares.

2° Les *abcès phlegmoneux superficiels* se développent dans l'épaisseur de la couche sous-cutanée ; n'étant pas bornés, comme les précédents, aux aréoles de la face profonde du derme ou à des glandes, ils envahissent une étendue plus ou moins considérable de la région axillaire qu'ils peuvent même déborder du côté de la partie antérieure du thorax, au niveau du grand pectoral.

3° Les *abcès profonds* prennent tantôt naissance dans le tissu celluloadipeux sous-aponévrotique du creux axillaire, tantôt dans les nombreux ganglions qui y sont contenus. Dans certains cas, il y a une adénite suppurée ; le plus souvent, c'est la péri-adénite, accompagnant l'inflammation du parenchyme ganglionnaire, qui détermine par voisinage le phlegmon profond de l'aisselle. Dans cette variété, le pus peut fuser du côté du cou, entre les muscles pectoraux, ou, en arrière, entre les muscles trapèze, grand dorsal, grand dentelé et la paroi costale. La possibilité d'une ouverture spontanée de ces abcès dans la cavité pleurale n'est rien moins que démontrée.

Symptômes. — Les *symptômes de la première variété* sont ceux du *furoncle* ; nous ne nous y arrêterons pas. Petite tumeur acuminée, rouge, douloureuse, gênant les mouvements du bras ; suppuration et ouverture spontanée. Leur marche est en général assez lente.

Les *abcès phlegmoneux sous-cutanés* sont caractérisés au début par les symptômes du *phlegmon circonscrit* : rougeur des téguments, douleur lancinante, exagérée par la pression et par les mouvements. Lorsque le pus se forme, on peut sentir facilement la fluctuation, car le foyer n'est recouvert que par les téguments, distendus et amincis. On peut observer dans ces abcès des symptômes généraux : fièvre, élévation de la température, troubles digestifs, etc.

Les *abcès profonds* sont beaucoup plus graves que les précédents ; les symptômes généraux sont plus accusés, et nous savons déjà qu'ils *sont sujets à de sérieuses complications*, telles que les fusées purulentes.

Le *creux axillaire est effacé* ; il existe à ce niveau une tuméfaction, avec rougeur et chaleur de la peau qui est tendue et luisante. Le *bras ne peut être rapproché* complètement du tronc, ni porté tout à fait en haut ; il occupe une position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction. On peut ordinairement percevoir la *fluctuation* ; cependant, lorsque le foyer purulent est très-profond, ce signe peut faire défaut : dans ce cas, les téguments conservent quelquefois leur aspect normal.

Causes. — Les abcès profonds succèdent ordinairement à l'*inflammation des ganglions*, à la suite d'excoriations, de piqûres anatomiques, etc., et d'une angioleucite consécutive. Quant aux autres abcès, leurs causes n'ont rien de spécial.

Traitement. — On peut attendre l'ouverture spontanée des abcès tubériformes. Mais il faut se hâter, dans les autres cas, de donner issue au pus, si l'on veut prévenir des décollements quelquefois très-étendus et des fusées purulentes. En agissant ainsi, de bonne heure, surtout dans les abcès profonds, on facilitera la cicatrisation du foyer purulent. On sait que, dans l'aisselle, cette cicatrisation se fait souvent attendre très-longtemps, à cause de la disposition même des parois de cette cavité, qui ne peuvent se rapprocher, et des mouvements incessants du bras. Il reste des orifices fistuleux par le même mécanisme que nous avons exposé en parlant des fistules à l'anus.

Il n'est pas besoin de recommander la plus grande précaution, afin d'éviter la blessure des organes importants, vasculaires et nerveux, qui traversent la région axillaire.

On observe quelquefois des *abcès froids* dans l'aisselle. Ils s'y présentent avec les mêmes caractères que partout ailleurs, et réclament le même traitement. Leur origine est variable ; ils sont dus soit à une lésion des os, vertèbres, côtes, humérus, omoplate, soit à l'inflammation chronique des ganglions axillaires. Dans quelques cas, on a vu des cavernes pulmonaires communiquer avec l'aisselle, par suite de la perforation de la plèvre et de la paroi intercostale.

§ 3. — Lésions de nutrition.

On rencontre dans l'épaule diverses *tumeurs osseuses* qui peuvent affecter le périoste ou l'os, des *tumeurs cartilagineuses*, enchondromes; elles présentent tous les caractères que nous avons assignés à ces tumeurs, considérées d'une manière générale. D'autres tumeurs, prenant leur point de départ dans le tissu conjonctif, peuvent s'y rencontrer également, lipomes, etc.

Les *anévrismes* de l'artère axillaire sont rares.

ARTICLE DEUXIÈME

MALADIES DU BRAS

Dans le bras, nous comprendrons la portion du membre supérieur s'étendant de l'épaule au coude; elle est limitée en haut par le col chirurgical de l'humérus, et en bas par une ligne passant à quelques centimètres au-dessus du coude.

Dans le bras, nous ne trouvons rien de particulier, en dehors des fractures de l'humérus.

FRACTURES DU CORPS DE L'HUMÉRUS.

Examen du malade. — Constater l'*impuissance* du membre, la *douleur* violente, au niveau du point fracturé, au moindre mouvement. Pour percevoir la *crépitation*, il suffit, le malade étant couché, de chercher à soulever la partie moyenne du bras avec la main; on aura, dans presque tous les cas, une *crépitation* manifeste.

Ces fractures sont ordinairement produites par un choc direct; quelquefois elles sont déterminées par une chute sur le coude. La fracture peut siéger sur tous les points du corps de l'os, et affecter toutes sortes de directions. Le *déplacement* des fragments varie selon le siège de la fracture: lorsqu'elle existe sur la moitié inférieure du corps de l'humérus, les fragments éprouvent peu de déplacement, à cause de l'insertion du triceps et du brachial antérieur qui maintiennent les fragments. Le déplacement manque encore lorsque la fracture siége exactement sur l'insertion du deltoïde ou sur l'insertion des tendons de la coulisse bicipitale, grand pectoral, grand dorsal et grand rond. La fracture peut se montrer entre l'insertion des muscles précédents et celle du deltoïde; alors le fragment supérieur est déplacé en dedans par les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, tandis que le fragment inférieur est porté en dehors par le deltoïde. Le déplacement peut manquer, si la

fracture est dentelée, et qu'elle présente des directions spéciales que l'intelligence peut facilement saisir.

Les *symptômes* de cette fracture sont les mêmes que ceux que nous avons décrits avec les fractures en général.

Leur *diagnostic* est des plus simples. La déformation, la mobilité anormale et la *crépitation* sont constantes et toujours faciles à percevoir.

Le *pronostic* n'est point grave. Trente-cinq à quarante jours sont ordinairement nécessaires pour la consolidation. Ces fractures sont celles qui, le plus souvent, se terminent par une *pseudarthrose*.

Traitement. Comme dans la plupart des fractures, il faut ici: 1° réduire la fracture; 2° maintenir les fragments.

Pour opérer la réduction, l'aide chargé de l'extension fléchit l'avant-bras à angle droit, embrasse avec sa main droite l'extrémité supérieure de l'avant-bras fléchi, et exerce une traction modérée, suivant l'axe de l'humérus.

L'aide qui opère la contre-extension se place du côté opposé à la fracture, croise ses mains au-dessous de l'aisselle du côté fracturé; applique les pouces sur le moignon de l'épaule, et exerce une traction suffisante pour résister aux efforts de l'extension.

La coaptation se fait souvent sans le secours du chirurgien.

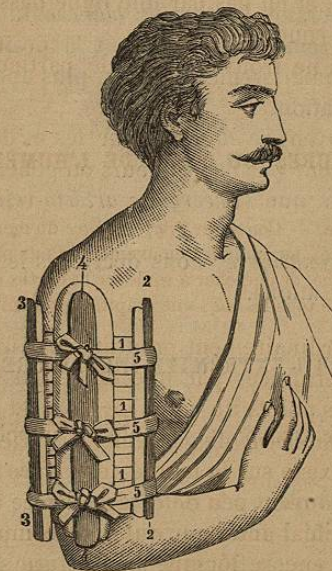


FIG. 87. — Appareil pour les fractures du corps de l'humérus.

1, 1, 1. Bande roulée. — 2, 2 Attelle antérieure. — 3, 3. Attelle postérieure. — 4, 4. Attelle externe. — 5, 5, 5. Lacs.

Pour maintenir les fragments, on procède ordinairement de la manière suivante. On commence par appliquer une bande sur toute la longueur du bras; puis on place trois attelles, reposant chacune sur un coussin.