

section à ciel ouvert des adhérences et des tendons; il s'agissait d'une luxation de l'épaule datant de sept mois que l'on avait vainement essayé de réduire au bout de trois mois, le bras pouvait être écarté du tronc suivant un angle de 45°.

En juillet 1878, PONCET (de Cluny) opéra, dans son service à l'hôpital militaire de Philippeville, un cordonnier qui, trois mois auparavant, s'était fait en tombant une luxation sous-coracoïdienne du côté droit; la tête comprimant le plexus brachial, il en était résulté une atrophie rapide des muscles du bras. Après avoir essayé mais en vain le procédé du talon, la rotation combinée à l'élévation, la traction avec les lacs en caoutchouc, la traction par les mouffes poussée jusqu'à 175 kilos, PONCET pratiqua une incision portant en dehors de l'interstice deltoïdien et se dirigeant vers la pointe du muscle; une capsule de nouvelle formation, épaisse et résistante, enveloppait la tête qui se trouvait encore bridée par les tendons du biceps et du coraco-brachial. Cette néo-capsule incisée et les tendons remis en place, il fut aisé de faire rentrer la tête dans l'ancienne cavité absolument saine. Grâce au pansement antiseptique les suites de l'opération furent bénignes, le malade cinq mois après portait un seau plein d'eau avec son bras opéré; la tête humérale, cependant, avait glissé au-dessous de la crôte glénoïde et se trouvait à 0^m,04 de l'acromion, l'atrophie du deltoïde persistait, mais les muscles du bras avaient repris leur volume normal.

Nous lisons dans le traité d'HAMILTON que le docteur MEARS (de Philadelphie) a conseillé dans le même but l'ostéotomie sous-cutanée du col de l'humérus, il espère ainsi suppléer par une pseudarthrose à la raideur articulaire. Le résultat obtenu, dans deux (2) cas, a été des plus satisfaisants. DESPRÉS, de son côté, préconise la fracture du col de l'humérus, afin de déterminer l'atrophie de la tête humérale, et de rendre plus libre la néarthrose consécutive à la luxation.

3° ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Bibliographie. — MARCHAND, Th. d'agrég., Paris, 1875. — SHEEN HOWSE, *The Lancet*, 1876. — LETIÉVANT, *Lyon médical*, 1878. — THOMAS SMITH, *The Lancet*, 1878. — BELLAMY, *The Lancet*, 1880. — ANONYME, *Brit. Med. Journ.*, 1883. — GRINGOIRE, *Thèse de Paris*, 1879. — CRAS, VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884.

Les tractions violentes exercées par les chirurgiens pour réduire des luxations de l'épaule ont été suivies nombre de fois d'accidents graves du côté des parties périphériques. Signalées par VERDIER et PLATNER, ces lésions furent décrites tout d'abord par J.-L. PETIT. Ces divers faits épars dans la science ont été réunis par A. MARCHAND dans sa thèse d'agrégation; HAMILTON, POINSOT, et récemment CRAS ont complété cette étude: nous leur ferons de nombreux emprunts.

Réunissant tous les faits connus de rupture de l'artère axillaire, CRAS arrive à un total de trente-cinq (35) observations certaines dont la lecture lui permet d'établir les conclusions suivantes:

« 1° La rupture peut se produire au moment même de l'accident, on l'a notée cinq fois; deux fois au moins il s'agissait d'une luxation sous-glénoïdienne (BÉRARD, ADAMS).

« 2° On peut admettre, dans certains cas, que la rupture produite au moment de l'accident s'est bornée aux tuniques internes; elle est devenue complète sous l'influence d'efforts modérés de réduction.

« 3° Contrairement à l'opinion commune, la rupture s'est produite au moins aussi souvent après la réduction de luxations récentes, c'est-à-dire de moins de trois semaines, qu'après la réduction de luxations anciennes.

« 4° Dans l'immense majorité des cas il s'agit de sujets âgés chez lesquels on peut invoquer la fragilité vasculaire, liée à l'athérome.

« 5° L'ambi a été employé trois ou quatre fois, le procédé du talon est formellement indiqué dans trois observations, le chirurgien ne prit même pas la peine de se débouter dans le cas de WARREN; les grands mouvements de circumduction sont décrits avec précision dans le cas de CALLENDER, trois fois seulement nous notons l'intervention des rebouteurs. »

La conduite des chirurgiens a varié suivant les circonstances. CALLENDER, LISTER, BLACKMANN, KORTE et un praticien de Sheffield lièrent l'axillaire, les cinq opérés moururent. Quatre désarticulations de l'épaule fournirent aussi quatre décès, l'expectation a constamment entraîné la terminaison fatale; seule la ligature de la sous-clavière, pratiquée onze (11) fois, a donné quatre (4) succès. Jusqu'à nouvel ordre, nous admettons donc avec CRAS, que la ligature de la sous-clavière doit être ici la méthode de choix.

2° *Rupture de la veine axillaire.* — Quatre faits: les malades de FRORIEP, PRICE et HAILEY moururent, celui d'AGNEW guérit.

3° *Rupture simultanée de la veine et de l'artère.* — Une observation suivie de mort (PLATNER).

4° *Lésion des nerfs axillaires.* — Divers auteurs, parmi lesquels FLAUBERT, MALGAIGNE, LENOIR, LARREY, PANAS, etc., ont rapporté des accidents de cette nature; il en résulte des paralysies qui disparaissent à la longue.

5° *Fractures de l'humérus.* — HAMILTON a réuni neuf (9) cas de ce genre dans lesquels l'humérus s'est toujours fracturé au niveau du col anatomique. Cet accident survient d'ordinaire pendant les mouvements de rotation; en présence d'un fait semblable, RICHEL eut l'idée de fixer l'humérus dans une position telle que l'extrémité fracturée correspondait à la cavité glénoïde, il obtint une fausse articulation qui rendit de grands services au malade.

6° *Arrachement d'une partie ou de la totalité du membre supérieur.* — A. GUÉRIN a vu survenir un arrachement du coude sur une femme de soixante-trois ans, la traction était faite par des aides; plus récemment, dans le service de THOMAS SMITH à l'hôpital Saint-Barthélemy (de Londres), un interne essayant de réduire une luxation par le procédé du talon chez un tonnelier de cinquante-huit ans, vit une déchirure se produire au niveau du bord antérieur de l'aiselle, la peau et les muscles s'arrachèrent comme du cuir bouilli.

Dans ces deux circonstances les parties molles étaient notablement altérées; les malades succombèrent.

§ 3. — Affections inflammatoires de l'épaule

1° PÉRI-ARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE

Bibliographie. — BROMFIELD, *Chir. Obs. a. Cases.*, t. II, p. 76, 1773. — JARJAVAY, *Gaz. heb.*, 1867, 2^e série, t. IV. — RICHELLOT, *Union méd.*, 1872. — S. DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 513.

Thèses de Paris. — 1873, DURONEU. — 1875, E. GAUTHIER. — 1879, JUANCHUTO DE CAMBO. Consultez l'article SCAPULALGIE du *Dictionnaire de Dechambre* par PINGAUD et E. CHARVOT.

On désigne sous ce nom, depuis le travail de DUPLAY (1872), l'inflammation aiguë ou chronique des tissus qui entourent l'articulation de l'épaule; les bourses séreuses sous-acromiale et sous-deltoidienne sont le siège le plus fréquent de cette maladie.

En réalité il ne s'agit pas d'une affection bien définie, mais plutôt d'un ensemble de symptômes communs à des états pathologiques multiples. Il en existerait deux formes, l'une aiguë, l'autre chronique.

A. — PÉRIARTHRITE AIGÜE

A l'occasion d'un coup, d'une chute, d'une rotation forcée, d'une entorse, le malade éprouve une vive douleur dans la région du moignon de l'épaule; tous les déplacements un peu étendus, particulièrement celui d'abduction, exacerbent cette névralgie. Vient-on à faire exécuter des mouvements volontaires, l'articulation scapulo-humérale reste immobile pendant que l'omoplate est entraînée. En même temps le moignon de l'épaule présente du gonflement, de l'empâtement. Ces divers symptômes convenablement traités ne durent pas plus de quelques semaines et n'engendrent pas de troubles fonctionnels persistants, à moins qu'ils ne passent à l'état chronique ou que la suppuration ne survienne, éventualité constatée par divers observateurs. Vraisemblablement l'affection siège dans l'une des bourses muqueuses sous-deltoidienne, sous-acromiale ou sous-coracoïdienne qui, par suite du traumatisme, de frottements excessifs, serait atteinte d'un hygroma, comme dans les cas rapportés par VOGT, STANLEY, ou d'un épanchement séro-sanguin.

La périarthrite aiguë diffère de la contusion; dans cette dernière les mouvements de la jointure quoique gênés sont possibles; en outre la douleur est plus diffuse que dans la périarthrite.

Comme traitement le chirurgien prescrira le repos, les compresses résolutive, les sangsues, les ventouses scarifiées et plus tard l'électricité et le massage.

B. — PÉRIARTHRITE CHRONIQUE

Étiologie. — Ici encore les contusions et les lésions traumatiques jouent un rôle important. Sur dix-sept (17) observations, CHARVOT en trouve sept (7)

où il s'agissait de contusions et six (6) de torsions exagérées du bras. DUPLAY signale comme cause première la luxation de l'épaule; JARJAVAY faisait intervenir dans la plupart des cas un mouvement de torsion du bras en dedans et en arrière. Mentionnons aussi les inflammations chroniques, rhumatismales ou autres qui intéressent les tissus fibreux péri-articulaires ou les bourses séreuses normales.

Anatomie pathologique. — Les premiers observateurs attribuaient l'affection à la luxation du tendon du biceps (P.-G. COWPER, BROMFIELD, MONTEGGIA); plus tard JARJAVAY localisa la maladie dans la bourse sous-acromiale. Assurément cette opinion paraît plausible dans quelques cas et il existe dans la science un certain nombre d'exemples d'hygromas chroniques des bourses sous-deltoidienne et sous-acromiale. HYRTL, GURLT, MASSEREL, WALDENSTROM, cités par VOGT, ont extrait des corps libres provenant d'hygromas de ces bourses dont les parois étaient notablement épaissies.

S. DUPLAY, d'après une autopsie qu'il eut l'occasion de pratiquer, attribue la maladie à la sclérose du tissu cellulaire qui entoure la tête humérale, aussi bien qu'à l'inflammation chronique des bourses, et pour cette raison il lui a donné le nom de périarthrite. L'appareil de glissement périphérique a fait place à des brides résistantes; il s'est, en résumé, produit une véritable ankylose périphérique incomplète. PINGAUD et CHARVOT pensent que les lésions incontestables ne sont pas seulement le résultat d'une inflammation chronique; pour eux les symptômes ont une origine nerveuse et ils inclinent à croire qu'il s'agit de névrites spéciales.

Symptômes. — La périarthrite scapulo-humérale est caractérisée par les troubles sensitifs et fonctionnels, les altérations musculaires et l'absence de phénomènes inflammatoires.

Au début les signes apparents manquent; puis peu à peu l'aplatissement de l'épaule survient, dû à l'atrophie du deltoïde; dans les cas très accentués la tête humérale fait une saillie anormale et semble subluxée en avant. Le malade porte le membre supérieur dans la demi-flexion et l'immobilise autant qu'il peut.

Dans la périarthrite, l'arthralgie joue un grand rôle; elle se développe dès le début, tantôt spontanée, tantôt provoquée par tous les mouvements de l'épaule. La pression en certains points, au voisinage de l'acromion ou de l'apophyse coracoïde, la détermine toujours; on produit également de la souffrance en comprimant le biceps contracturé. Quelques personnes accusent une douleur spontanée dans la région du coude. Enfin tous les mouvements imprimés à l'épaule, principalement lorsqu'on écarte le bras du tronc en repoussant le bord axillaire de l'omoplate en sens inverse, s'accompagnent de vives douleurs, parfois intolérables.

Aussi le patient cherche-t-il à immobiliser sa jointure et les mouvements assez faibles que l'épaule exécute ne se passent presque plus dans l'articulation scapulo-humérale. Pour bien apprécier ce phénomène, suivant le conseil de DUPLAY, il faut examiner le malade déshabillé et de dos. Pendant qu'il élève ses deux bras, « on voit que, du côté sain, l'omoplate ne commence son mouvement de bascule que lorsque l'angle formé par le bras et le thorax dépasse 90°.

Du côté opposé, le plus fréquemment à partir de 45°, la pointe de cet os se porte en haut et en dehors, et vient si l'on prolonge le mouvement, faire saillie sous la peau à la partie latérale du thorax. » Le sujet éprouve surtout une difficulté à porter la main en arrière.

Vient-on à communiquer des mouvements en fixant l'omoplate, les adducteurs du bras d'abord contracturés et plus tard sclérosés opposent une résistance que l'anesthésie ne parvient pas à vaincre sûrement. Pendant ces mouvements le chirurgien perçoit des craquements, une crépitation spéciale.

Dans les dernières périodes de l'affection très lente à évoluer, la contracture des muscles fait place à la sclérose; les mouvements volontaires ont complètement disparu; les muscles atrophiés ne masquent plus le squelette et le deltoïde très mince semble plaqué sur la tête humérale. Assez souvent le membre supérieur participe dans une certaine mesure à l'atrophie et à l'impuissance fonctionnelle.

Diagnostic. — La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet cherchent à séparer nettement les arthropathies vraies de la périarthrite. Malheureusement ce but nous semble difficile à atteindre par le seul examen de la région; il y a bien peu de scapulalgies absolument exemptes de périarthrites et une attention soutenue est nécessaire pour discerner ce qui, dans les signes observés, appartient à l'une ou à l'autre maladie. D'ailleurs la difficulté n'existe réellement que pour les arthrites insidieuses, torpides, comme la carie sèche de VOLKMANN, l'arthrite sèche, l'ankylose fibreuse. Dans les arthrites, la douleur semble plus accentuée au niveau des interstices qui limitent le deltoïde, dans l'aisselle; tous les mouvements sont gênés tandis que pour la périarthrite un certain nombre persistent à un faible degré il est vrai. En outre, en procédant par exclusion, en éliminant successivement les autres affections de l'épaule, en utilisant les commémoratifs, il sera possible d'arriver à poser le diagnostic; au besoin on aurait recours à l'anesthésie.

Pronostic. — Suivant DUPLAY, la périarthrite n'offre aucune tendance à la guérison. Si elle aboutit rarement à la suppuration et à l'arthrite vraie, elle ne rétrocede presque jamais et progresse fréquemment. Dès que la période atrophique commence, on ne doit plus guère compter sur le rétablissement des fonctions.

L'humérus attiré par les muscles sclérosés tend à se souder à l'omoplate et à se luxer en avant. La possibilité de suppléer dans une certaine mesure à l'immobilité de l'articulation scapulo-humérale explique l'incurie des malades et atténue un peu la gravité du pronostic. D'ailleurs l'affection n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

Traitement. — La plus grande surveillance dans tous les traumatismes qui intéressent l'épaule permettra de prévenir l'apparition de la névrite et de la périarthrite. A cet effet on aura recours, dès le début, aux sangsues, aux vésicatoires, à l'électricité, aux douches, au massage. Dès que la périarthrite est confirmée il ne reste d'autre thérapeutique efficace que la mobilisation forcée après anesthésie. Dans ce but l'omoplate étant fixée par une double alèze, le chirurgien saisit le bras avec la main droite pendant que l'autre est appliquée sur le moignon et il exécute des mouvements en tous sens. Cette manœuvre

inoffensive exige parfois une assez grande force. Si une séance ne suffisait pas, il faudrait recommencer. Après quelques jours de repos l'épaule sera soumise à un exercice méthodique, en même temps qu'on emploiera les frictions, l'hydrothérapie, l'électrisation.

2^e ARTHRITES DE L'ÉPAULE

L'articulation scapulo-humérale est certainement, comme les jointures du membre inférieur, le siège d'altérations spécifiques multiples qui mériteraient une description particulière, mais dans l'état actuel de la science cette étude nous paraît impossible. De toutes les arthrites la scapulalgie ou arthrite tuberculeuse est la mieux connue; aussi lui consacrons-nous un paragraphe spécial. A côté de la tuberculose se place l'altération qui a été désignée par VOLKMANN sous le nom de carie sèche et que divers auteurs, entre autres KÆNIG, considèrent comme de nature tuberculeuse.

L'hydarthrose, encore fort obscure, appartient à des entités morbides diverses et surtout au rhumatisme. A maintes reprises les auteurs ont signalé l'existence d'ostéo-arthrites infectieuses; parmi elles citons l'arthrite suppurée de la pyhémie de la fièvre typhoïde.

NICAISE a rapporté dans son important mémoire sur l'arthrite plastique ankylosante un exemple d'ankylose de l'épaule à la suite de blennorrhagie (*Rev. de chir.*, 1882, p. 326).

Au nombre des arthrites spécifiques encore peu connues, nous devons citer l'arthropathie syphilitique tertiaire; GANGOLPHE l'a rencontrée sur le cadavre, et cet auteur a montré au Congrès français de chirurgie (1885) les altérations profondes et les déformations très notables que la tête humérale pouvait subir en pareille circonstance. Dans une des autopsies pratiquées par le chirurgien lyonnais « l'articulation ne contenait ni pus, ni sérosité purulente. Le cartilage articulaire huméral présentait quelques dépressions au niveau du tiers supérieur du col anatomique; il était inégalement épais et par place formait des saillies circonscrites par de petits sillons. » Ces lésions correspondent toujours à des foyers d'ostéomyélite gommeuse épiphysaires, susceptibles d'amener la restitution de toute la tête humérale. Ça et là, la tête articulaire est recouverte par un tissu fibreux assez mince qui remplace le cartilage diarthrodial et laisse voir par transparence le tissu spongieux sous-jacent.

L'arthrite sèche n'épargne pas l'épaule, bien qu'elle y soit moins commune qu'au genou et à la hanche. VOCR a représenté un tête humérale extrêmement déformée par l'arthrite sèche, des ecchondroses multiples entouraient le col anatomique et formaient de véritables stalactites. Sur une tête d'humérus atteinte de cette affection, il nous a été donné de rencontrer les kystes muqueux osseux dont nous avons parlé ailleurs. (*Voy. t. I^{er}, p. 986*).

3° ARTHRITE TUBERCULEUSE SCAPULO-HUMÉRALE. — SCAPULALGIE

Bibliographie. — CARON, *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1844, t. II, p. 235. — R. ADAMS, *The Cyclop. of Anat. a. Physiol.*, t. IV, 1849. — CROCO, *Traité des tumeurs blanches*, 1853. — MALGAIGNE, *Journal. de chir.*, 1844. — OLLIER, *Traité de la régénération des os.* — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — LÖBKER, *Centr. f. Chir.*, 1884, p. 544. — KENIG, *Die Tuberc. d. Knochen u. Gelenke*, 1884.

Thèses de Paris. — 1861, COCUD. — 1860, PÉAN. — 1867, CUIROT. — 1885, FOULQUIER.

SYNONYMES. — Omalgie. — Omarthritis

Définition. — Le mot *scapulalgie*, terme assez impropre, sert à désigner la tumeur blanche ou arthrite tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale.

Étiologie. — Elle ne paraît pas aussi fréquente que l'ostéo-arthrite des autres grandes jointures de l'économie; sur cent quarante (140) faits, CROCO n'en a relevé que trois (3) cas. Il nous paraît bien difficile d'indiquer la cause de cette particularité. KENIG ne serait pas éloigné de faire intervenir le mode de nutrition de l'articulation: toutes choses égales, les dimensions exigües de la cavité glénoïde comparées à celles du cotyle rendent compte de l'immunité relative de l'articulation de l'épaule.

On rencontre des scapulalgies à tout âge, mais l'enfance et l'adolescence y semblent plus exposées; rares après trente ans, elles s'observent également dans les deux sexes. S'il est superflu d'insister ici sur la nature de l'agent virulent qui produit la maladie, il faut reconnaître que les omarthrites succèdent assez souvent à des traumatismes antérieurs (contusions, entorses, chutes sur la main et le moignon de l'épaule), à des hémarthroses.

Anatomie pathologique. — Comme pour toutes les tumeurs blanches, l'affection débute par la synoviale (arthro-méningite) ou par les os (ostéo-arthrite). D'ailleurs l'une et l'autre de ces deux formes présentent d'assez nombreuses variétés au sujet desquelles nous n'insisterons pas, renvoyant le lecteur aux tumeurs blanches en général.

Nous ne savons encore rien de précis sur la fréquence relative de la scapulalgie osseuse et synoviale; la première nous paraît cependant plus commune. Cela tient à ce qu'on a rarement l'occasion de faire des autopsies au début, et dans les dernières périodes toutes les parties constituantes sont envahies par les granulations tuberculeuses. Certains tubercules primitifs, circonscrits avec ou sans séquestres, ne communiquent pas avec la jointure; ils se bornent à produire une irritation de voisinage qui ne deviendra spécifique et granuleuse que par le fait de la propagation du processus tuberculeux, soit par suite de la perforation du cartilage diarthrodial, soit par l'envahissement du périoste et de la capsule. Les figures 190 et 191 nous montrent un beau spécimen de cette variété de tubercules.

Dans d'autres scapulalgies, nous avons rencontré trois ou quatre foyers cunéiformes à la surface de l'humérus; en pareille circonstance la cavité

glénoïde est toujours envahie secondairement et la caséification s'enfoncé plus ou moins profondément dans cette portion de l'omoplate. Enfin il existe une forme plus grave de la tuberculose osseuse dans laquelle toute la tête de l'humérus est altérée par le tubercule; le cartilage n'a pas son aspect normal; il est poli, nécrosé, ressemble à du vieil ivoire. En fendant la tête humérale on la trouve complètement caséuse. Cette partie tuberculeuse et suppurée tranche nettement sur le reste de l'os qui a une coloration rouge brun. KIENER et POULET, qui ont rencontré cette variété, comparent cet aspect à celui d'une glace vanille et framboise; pour eux il s'agirait là d'un processus aigu, d'une sorte d'ostéomyélite granuleuse remarquable par la tendance à la suppuration.

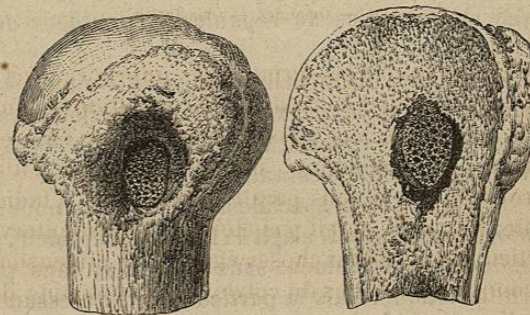


Fig. 190.

Fig. 191.

Tubercule avec séquestre de la tête de l'humérus. (Musée du Val-de-Grâce.)

Les lésions histologiques et macroscopiques de la scapulalgie n'offrent rien de spécial; mentionnons seulement une usure assez prononcée de la tête de l'humérus qui semble aplatie aux dépens de sa partie articulaire en contact avec l'omoplate. Quelquefois cette déformation acquiert des proportions telles que l'os devient méconnaissable.

Dans la forme suppurée les lésions périphériques méritent de fixer l'attention; en effet la capsule s'épaissit, les bourses sous-deltôidiennes et sous-acromiales deviennent fongueuses; en outre le pus de l'articulation, après avoir distendu la capsule, tend à la rompre au niveau des culs-de-sac plus faibles, du biceps, du sous-scapulaire ou du sus-épineux. Quant aux abcès périphériques, ils se portent de préférence vers l'interstice qui sépare en avant le pectoral du deltoïde ou à la partie postérieure de ce muscle. A diverses reprises les auteurs signalent l'existence de collections purulentes dans l'aisselle, sous le muscle sous-scapulaire. Parfois on a vu ces abcès se comporter à la façon des abcès migrants, descendre le long du bras en suivant un muscle, un nerf, et arriver ainsi au coude (PANAS). Signalons comme une curiosité la perforation possible d'un espace intercostal et l'irruption du pus dans la plèvre. Les divers abcès donnent naissance à de nombreuses fistules intarissables.

En terminant, nous ne saurions passer sous silence les altérations profondes des muscles de la région. Ils sont atrophiés, sclérosés, lardacés, gris-rougeâtre et même envahis par les granulations tuberculeuses. L'adénopathie