

sont : gonflement, douleur, et quelquefois rougeur et elles se distinguent particulièrement des arthrites chroniques en ce que la douleur est toujours spontanée dans les premières, provoquée surtout par les mouvements dans les secondes.

Quant au diagnostic étiologique des arthrites aiguës, il se tire de la cause même qui leur a donné naissance : ce sont le plus souvent des *arthrites traumatiques* ayant une plaie pour origine ou des arthrites infectieuses se montrant dans le cours d'une fièvre éruptive comme la variole, la scarlatine ou la rougeole, dans le courant d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle ou bien encore compliquant une infection purulente.

Ces arthrites aiguës peuvent encore se développer sous l'influence d'un rhumatisme articulaire ou de la blennorrhagie. La présence des symptômes qui caractérisent ces deux affections, permet de faire le diagnostic. Nous allons, du reste, revenir sur ces deux formes qui d'aiguës passent généralement à l'état chronique et qui, dans ce dernier cas, sont plus difficiles à reconnaître.

Affections chroniques. — Un malade atteint d'une affection de l'épaule se présente au clinicien toujours dans la même attitude. Le bras du côté malade est appuyé contre la poitrine ; l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras et soutenu par la main du côté sain qui en serrant cet avant-bras à sa racine maintient tout le membre supérieur dans l'immobilité ; l'épaule du côté malade est un peu abaissée et la main légèrement pendante ; il existe très souvent du gonflement et les mouvements provoqués sont le plus souvent douloureux.

Dans ces conditions, la première question à poser au patient est celle qui renseigne sur un traumatisme possible. Celui-ci écarté, il faut d'abord rechercher si on a affaire à une affection extra-articulaire ou siégeant dans l'intérieur même de l'articulation.

a. L'affection est périarticulaire.

On pourrait, en effet, confondre au premier abord une arthrite avec une affection du squelette. Une *exostose* de la

tête humérale augmente la région de volume, est quelquefois douloureuse, mais sera facilement reconnue au siège limité de sa base d'implantation, à sa dureté, à sa forme, à ses limites bien nettes et aux caractères de son développement.

L'*ostéosarcome* de la tête humérale à son début, quand il est central, pourrait donner le change. Il amène une tuméfaction uniforme de toute la région qui est douloureuse à la pression, et détermine aussi des douleurs spontanées, mais sa marche rapidement envahissante, la crépitation parcheminée que peut déterminer la pression sur certains points, l'indolence complète de l'articulation pendant les mouvements, permettent de localiser la lésion à la tête humérale et de lui donner l'épithète de *sarcome*, affection assez fréquente à l'épaule et avec laquelle l'ostéomyélite chronique pourrait être plus facilement confondue.

Il est plus facile de prendre pour une arthrite, une lésion de la bourse séreuse sous-deltoidienne et cela se comprend, puisque cette bourse séreuse vient en quelque sorte compléter l'articulation qu'elle recouvre.

L'*hygroma sous-deltoidien* sera reconnu à ce que sa marche est absolument indolente, qu'il augmente lentement de volume et que, dans la grande majorité des cas pour ne pas dire presque toujours, on a le symptôme de la fluctuation. Les mouvements de l'épaule sont gênés, il est vrai, mais possibles et non douloureux, et enfin si on commande au malade d'élever le bras, en déterminant ainsi une contraction du muscle deltoïde, on sent en maintenant la main appliquée sur l'articulation, la tumeur durcir et conserver cet excès de tension pendant toute la durée de la contraction musculaire.

C'est encore à une lésion de la bourse sous-deltoidienne qu'est due l'affection décrite par l'un de nous sous le nom de *périarthrite scapulo-humérale*.

Cette périarthrite qui a été très souvent confondue avec l'arthrite de l'articulation de l'épaule, se reconnaît aux signes suivants :

Les douleurs spontanées sont rares dans la périarthrite, elles sont fréquentes dans les inflammations articulaires et s'irradient parfois jusqu'au coude.

Les douleurs *provoquées par la pression* sont localisées dans l'arthrite aux points accessibles de la jointure, c'est-à-dire dans l'aisselle, et, en avant, dans l'interstice situé entre le deltoïde et le grand pectoral. Ces points sont tout à fait indolents dans la périarthrite; mais en revanche, dans celle-ci, on peut provoquer de la douleur à la pression, immédiatement au-dessous de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, ainsi qu'au niveau des insertions humérales du deltoïde.

De même il existe des différences essentielles, entre l'arthrite et la périarthrite; au point de vue des douleurs *provoquées par les mouvements*. Dans l'arthrite, tous les mouvements, quels qu'ils soient, sont douloureux. Dans la périarthrite, certains mouvements ou mieux tous les mouvements peuvent se faire sans la moindre douleur, jusqu'à une certaine limite qui reste constamment la même, la douleur ne commençant à se manifester qu'au delà de cette limite.

Enfin, les *troubles fonctionnels* sont également très différents dans l'arthrite et dans la périarthrite. Dans la raideur articulaire que donne l'arthrite, tout mouvement de l'humérus entraîne plus ou moins l'omoplate, et si le bras, légèrement écarté du tronc, est porté dans l'adduction, l'omoplate se déplace en dedans, de même qu'elle se déplace en dehors lorsque l'humérus est porté dans ce sens. Dans la périarthrite, au contraire, tous les mouvements se font d'une façon absolument normale, sans participation de l'omoplate, tant qu'on ne dépasse pas une certaine limite, qui, pour l'adduction, est ordinairement marquée par l'écart de l'humérus à 45°. Ce phénomène s'explique par la laxité des adhérences, permettant, en l'absence de toute lésion de l'articulation, un certain jeu des surfaces articulaires, et l'omoplate n'étant entraînée que lorsque la limite d'extension des adhérences est atteinte. On s'explique également comment c'est toujours dans le mouvement d'éloignement de l'humérus que se produit l'entraînement de l'omoplate, celle-ci restant immobile dans le mouvement de rapprochement du bras, c'est-à-dire dans l'adduction, parce que dans ce mouvement, les brides fibreuses ne se tendent pas.

b. L'affection est intra-articulaire.

La lésion a été reconnue intra-articulaire, c'est-à-dire développée aux dépens de la séreuse ou des autres parties qui constituent l'épanchement. Le clinicien se trouve alors en présence d'une *arthrite* qui se manifeste par les caractères suivants :

Il y a plus ou moins de gonflement de l'épaule. Il existe ou non des douleurs spontanées qui peuvent être parfois très vives et le plus souvent, le moindre mouvement de l'article est très douloureux. La pression de la tête humérale au niveau du sillon deltoïdo-pectoral est sensible, quelquefois même très pénible. Le malade souffre aussi quand on comprime l'articulation à sa partie postérieure et externe. Les mouvements sont impossibles à cause de la défense musculaire, qui immobilise l'articulation et si on fait mouvoir le bras, il faut remarquer que c'est aux dépens de l'omoplate que les mouvements s'exécutent. Il faudra donc fixer celle-ci en appuyant une main sur l'épaule et de l'autre main porter le bras dans l'adduction, on se rendra compte alors s'il y a ankylose ou s'il se passe réellement quelques petits mouvements, du reste très douloureux. On fera bien pour explorer la mobilité articulaire de saisir le coude à pleine main et à l'aide de cette main de faire exécuter au bras des mouvements de rotation sur l'axe, l'autre main posée à plat sur l'épaule, se rendant compte des craquements ou des modifications que ces mouvements impriment à l'articulation. Toutes ces manœuvres montreront qu'il existe une arthrite dont il va falloir rechercher la nature.

Les arthrites peuvent en effet revêtir toutes les formes à l'épaule et pour les différencier les unes aux autres, il est nécessaire de séparer celles qui ont une *période aiguë* de celles qui s'établissent plus lentement et qui ont toujours une *marque chronique*.

Dans les premières, dans celles qu'on rencontre à l'état *aigu* ou à cet état sub-aigu qui précède la période chronique on trouve les arthrites rhumatismales sous la dépendance d'un *rhumatisme articulaire simple* ou d'un *rhumatisme blennorrhagique*. Ces deux formes d'arthrites rhumatismales ont des caractères communs. Elles ont en effet un début

brusque, sont accompagnées de fièvre et de violentes douleurs dans l'épaule. Le gonflement est notable, quelquefois même assez considérable. Le moindre mouvement arrache un cri au malade et les deux affections ont un cycle connu passant par la période inflammatoire aiguë, pour disparaître ou arriver à l'état chronique. Mais elles diffèrent par des signes très tranchés, qui sont les suivants :

Dans l'*arthrite rhumatismale ordinaire*, il est excessivement rare que l'épaule seule soit prise et un examen attentif fait reconnaître qu'on a affaire à un rhumatisme polyarticulaire qui se manifeste encore par du gonflement dans les autres articulations ou que l'interrogatoire du malade nous indique nettement. Dans l'*arthrite blennorrhagique*, l'épaule seule est prise ; le rhumatisme blennorrhagique est mono-articulaire, on trouve bien des arthralgies, des douleurs qui ont envahi les autres articulations, mais elles ont été passagères, la maladie ne s'y est pas fixée.

Dans l'*arthrite rhumatismale* les douleurs sont certainement vives, mais elles n'ont pas l'intensité, la terrible acuité qu'elles montrent dans le *rhumatisme blennorrhagique*.

La marche des deux affections est aussi bien différente. L'*arthrite rhumatismale* ordinaire, après une période aiguë, de courte durée peut disparaître assez rapidement ou, si elle passe à l'état chronique, les lésions diminuent vite d'importance pour ne plus se manifester que par de la gêne des mouvements sans aucune espèce d'ankylose, par des craquements ou par quelques douleurs qui vont en s'atténuant. L'*arthrite blennorrhagique* a une marche fatale vers la chronicité et vers l'ankylose. A cause de la profondeur de l'articulation, on ne voit pas à l'épaule cette rougeur et ces manifestations inflammatoires qu'on rencontre au poignet et qui peuvent faire croire à un phlegmon ; mais à cette articulation comme aux autres, au bout de trois à quatre semaines, souvent même moins, les mouvements sont non seulement très douloureux mais même impossibles, à cause des lésions de la synoviale et si un traitement approprié n'est pas institué à temps, l'ankylose est certaine.

Enfin d'autres organes sont atteints dans ces affections articulaires. Dans l'*arthrite rhumatismale*, on peut, dans

certains cas, trouver à l'auscultation du cœur des lésions qui prouvent que l'endocarde a été atteint, complication qui ne se rencontre pas dans l'*arthrite blennorrhagique* ; mais dans celle-ci, en revanche, un examen attentif fait reconnaître un écoulement urétral chez l'homme ou vaginal chez la femme, qui permet d'affirmer le diagnostic ; aussi ne devra-t-on jamais négliger en pareille circonstance d'explorer les organes génitaux.

Dans les arthrites qui ont une marche lente et auxquelles on donne avec juste raison le nom d'*arthrite chronique*, il en est une qui, par sa fréquence relative, l'importance de ses lésions et les dangers qu'elle fait courir au malade, a le pas sur toutes les autres ; c'est l'*ostéoarthritis tuberculeuse* de l'épaule appelée encore *scapulalgie*, c'est donc à propos de cette affection que doivent se discuter les différents diagnostics des arthrites chroniques. Enumérons d'abord les caractères particuliers de la scapulalgie. Ils diffèrent suivant qu'on a affaire à une ostéoarthritis non suppurée ou à une ostéoarthritis étant arrivée à la période de suppuration.

DIAGNOSTIC DE LA SCAPULALGIE

1° La scapulalgie n'est pas suppurée, ne porte pas de fistules. — Les premiers symptômes qui se montrent sont la douleur et la gêne dans les mouvements ; la douleur est spontanée ou provoquée par des pressions ou par la mise en mouvement de l'articulation.

Cette douleur, limitée d'abord à l'articulation, se propage bientôt au bras et se fixe souvent au coude pour descendre quelquefois jusqu'au poignet. Les pressions directes sur la tête humérale font souffrir le malade et elles sont surtout douloureuses au niveau de la coulisse bicipitale. Il existe en effet à ce niveau un prolongement de la synoviale qui se laisse facilement envahir par les fongosités. Les pressions à distance faites sur le coude et ayant pour but d'appliquer la tête humérale sur la cavité glénoïde sont aussi péniblement ressenties par le patient.

Les mouvements gênés d'abord deviennent de plus en plus

impossibles et c'est l'omoplate qui remue. On peut bien cependant imprimer un peu de mobilité à l'articulation, mais au prix de vives douleurs.

Le membre supérieur se place bientôt dans une attitude particulière. Le bras s'écarte légèrement du tronc et se tourne un peu en dehors; il est donc en abduction et en rotation externe dans la grande majorité des cas. De plus, il y a un allongement réel qui est dû à une atrophie du deltoïde et aussi à la présence dans l'articulation de fongosités tuberculeuses qui, grâce à la laxité de l'articulation, écartent les surfaces articulaires l'une de l'autre.

L'épaule est très souvent augmentée de volume; mais pas toujours. Cependant au bout de quelque temps elle prend une forme conique à base plus ou moins arrondie, c'est la forme dite en gigot de mouton.

La palpation permet de reconnaître souvent un changement dans la consistance des parties. On sent là une résistance molle causée par la présence des fongosités. Il existe la plupart du temps des ganglions dans l'aisselle; si on joint à ces différents symptômes l'analyse des antécédents héréditaires et personnels (voir *Interrogatoire du malade*), on arrive à faire aisément le diagnostic.

L'*hydarthrose* idiopathique de l'articulation scapulo-humérale ne pourra pas être confondue avec la scapulargie. Son indolence, sa fluctuation des plus nettes et son excessive rareté, puisqu'on compte les observations, permettront de la distinguer de toutes les arthrites de l'épaule.

L'*arthrite blennorrhagique*, comme nous venons de le dire, a une symptomatologie particulière; mais quand on arrive près d'un malade chez lequel la période aiguë est passée et qui répond mal aux questions qu'on lui pose, on peut être un instant embarrassé; la tendance à l'ankylose, l'absence de fongosités, la marche de l'affection viendront bientôt lever les doutes et on trouvera presque toujours dans les organes génito-urinaires, l'écoulement qui fixera le diagnostic.

L'*arthrite rhumatismale chronique* sera aussi facilement différenciée; car l'articulation reprend vite sa forme et il ne reste plus que quelques douleurs et un peu de raideur articulaire qui disparaissent par un traitement approprié.

L'*arthrite syphilitique* est tellement rare à l'épaule qu'il est inutile d'insister sur ses caractères qui sont ceux que nous retrouverons dans l'étude des autres articulations. C'est du reste une arthrite de voisinage et qui se décèle en recherchant le chancre ou les accidents syphilitiques dans le passé du malade.

L'*arthrite sèche* ou *déformante* est assez fréquente à l'articulation scapulo-humérale. Elle est reconnaissable aux craquements qui se produisent dans l'article malade et qu'on retrouve dans les autres jointures. Elle a du reste une marche particulière procédant par poussées pendant lesquelles il se produit un épanchement articulaire et une augmentation de volume, symptômes qui cessent sous l'influence du traitement et qui laissent à leur suite une articulation plus ou moins déformée.

Mais il est une forme d'ostéoarthrite tuberculeuse de l'épaule qu'on sépare de la scapulargie ordinaire et à laquelle on a donné le nom de *carie sèche de l'épaule*, qui est spéciale à cette articulation et qu'il est bon de rapprocher de l'arthrite sèche, car c'est avec cette forme qu'on pourrait la confondre.

Comme elle, elle se manifeste par des douleurs, par de la gêne fonctionnelle, par des craquements; mais, comme l'a dit un de nous dans un récent travail, à l'inverse de ce qui se passe dans la carie sèche; dans l'arthrite sèche, la région articulaire est souvent augmentée de volume, les tissus péri-articulaires sont empâtés, il y a des productions anormales dures, des ecchondroses surajoutées aux os et qu'on peut reconnaître facilement à travers les parties molles épaissies; de plus, la marche n'est pas la même, il y a souvent au début de l'arthrite sèche du gonflement qui accompagne la douleur, plus tard les poussées aiguës, les épanchements de l'article même ne sont pas rares non plus; on n'observe jamais de pareils faits dans la carie sèche enfin et surtout l'arthrite sèche ou déformante n'est qu'une manifestation du rhumatisme osseux chronique dont on trouve d'autres traces aux genoux, aux hanches, aux doigts, où la lésion est souvent plus avancée qu'à l'épaule.

La carie sèche se voit surtout à la période de croissance

et peut s'accompagner de manifestations tuberculeuses soit externes, soit viscérales qui viennent corroborer le diagnostic.

Nous ne citons que pour mémoire l'*arthrite tabétique* de l'épaule, toujours facile à reconnaître à son indolence complète et à l'usure des surfaces articulaires, qui permet de remuer le membre supérieur comme un bras de polichinelle. On a de plus les signes du tabes qui ne permettent pas l'hésitation.

2° La scapulalgie est suppurée; elle porte des fistules. —

Ici le diagnostic est relativement facile. Mais deux cas peuvent encore se présenter ou bien la suppuration ne se sera pas fait jour à l'extérieur ou il existera des fistules.

Quand le pus n'a pas perforé la peau, on ne peut que soupçonner sa présence par l'état général du malade, la marche de la lésion et les symptômes que l'examen révèle. Il faudra donc le rechercher et, à cet effet, palper avec soin les sièges de prédilection des abcès qui ont eu leur point de départ dans l'articulation; mais qui en ont maintenant franchi les limites. Il faudra donc explorer minutieusement la région interne et antérieure du bras au niveau de la coulisse bicipitale. Le pus né dans l'article obéit aux lois de la pesanteur et s'engage facilement dans le prolongement bicipital de la séreuse, à l'extrémité inférieure duquel il vient faire saillie. L'attention du clinicien devra être aussi portée du côté de la paroi postérieure de l'aisselle. Il existe là un prolongement de la séreuse articulaire qui suit le tendon du sous-scapulaire et le pus par cette voie peut arriver sur la face axillaire postérieure et même dans des cas rares soulever l'omoplate. On peut encore rencontrer des abcès partis de l'articulation et venant faire saillie dans les fosses sus et sous-épineuses; il sera donc utile de palper ces régions.

A ce moment l'attitude du bras a changé, au lieu d'être dans l'adduction, et la rotation en dehors, il se place dans l'abduction, se rapproche fortement du tronc contre lequel il est accolé et duquel il est assez difficile de le détacher. Ce changement de position tient d'un côté à l'atrophie deltoïdienne qui met ce muscle dans l'impossibilité de lutter contre les adducteurs (grand pectoral, grand rond, grand dorsal)

et quelquefois aussi au changement de forme et à l'usure des surfaces articulaires.

Quand on a découvert un abcès péri-articulaire communiquant avec l'articulation, qui a elle-même été reconnue malade, le diagnostic s'impose et il est encore plus facile, quand à première vue on découvre des trajets fistuleux et qu'on reconnaît la communication de ces trajets avec l'intérieur de l'articulation. A cet effet l'exploration au stylet est indispensable, nous dirons plus loin que le stylet permet encore d'acquiescer d'autres notions.

Il n'y a qu'une affection qui pourrait être confondue avec la scapulalgie suppurée, c'est l'*ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus*. Celle-ci est pourtant relativement rare et à sa période aiguë elle a des symptômes d'acuité tellement tranchés qu'on doit faire le diagnostic. Quand les abcès se sont fait jour à l'extérieur et qu'il y a fistulisation; que l'ostéomyélite aiguë est devenue une ostéomyélite prolongée, cette ostéomyélite chronique et l'ostéarthrite tuberculeuse fistulisée ont des caractères communs qui sont, outre la suppuration, la gêne des mouvements, la tuméfaction de l'épaule et les douleurs; mais il faudra se rappeler que l'ostéomyélite a son siège dans le cartilage de conjugaison; que c'est une affection para-articulaire qui retentit par voisinage sur l'article, mais qui ne l'envahit que très rarement; que par conséquent ce n'est pas du fait même de la lésion articulaire que les mouvements sont douloureux et limités, mais à cause des lésions des tissus qui entourent l'articulation. Aussi les mouvements communiqués seront-ils beaucoup plus étendus dans l'ostéomyélite que dans la scapulalgie suppurée.

De plus, le stylet montrera la direction de la lésion qui siègera plus bas dans l'ostéomyélite que dans la scapulalgie; enfin les antécédents et l'interrogatoire du malade permettront de reconnaître soit la tare tuberculeuse, soit au contraire l'évolution de l'ostéomyélite, que celle-ci soit chronique succédant à une ostéomyélite aiguë ou qu'elle soit chronique d'emblée.

Quand on aura reconnu qu'on a affaire à une ostéarthrite suppurée et devenue fistuleuse, il sera nécessaire de

se rendre compte du siège des lésions osseuses et de leur étendue. On devra donc avec le stylet pénétrer jusqu'à l'os et se rendre compte de la consistance de ce dernier ; si la chose est possible, on introduira une sonde cannelée qui donnera des notions plus exactes. A l'aide de cet instrument mû dans tous les sens, on essaiera de définir quelle est la partie atteinte et sur quelle étendue.

Il est parfois difficile, quand on arrive sur des surfaces dénudées, de savoir si elles appartiennent à la tête de l'humérus, à la cavité glénoïde ou aux deux os à la fois. On introduira donc des stylets dans tous les trajets fistuleux s'il y en a plusieurs et on cherchera par leur direction à se rendre compte des parties sur lesquelles ils arrivent. Nélaton a proposé un procédé d'exploration qui est rapporté dans tous les livres quoiqu'il soit bien peu mis en pratique ; le voici : après avoir introduit un ou deux stylets par les fistules jusque sur les points dénudés, on applique l'oreille alternativement sur l'humérus ou sur l'omoplate pendant qu'on percute avec le stylet explorateur. L'intensité et la direction des vibrations sonores indiquerait l'os malade.

Enfin la scapulalgie à son dernier degré peut déterminer une *subluxation pathologique*. Les surfaces osseuses usées ne se correspondent plus, la tête humérale ne fait plus sa saillie ordinaire et fuit de plus la cavité glénoïde détruite en se plaçant en avant et un peu en dedans. L'acromion fait donc saillie, le moignon de l'épaule est aplati et l'axe de l'humérus vient couper l'extrémité sternale de la clavicule. Ce sont bien là les signes de la luxation traumatique. Mais la luxation dans la scapulalgie, alors même qu'elle succède à une cause traumatique ne pourra être confondue avec la luxation ordinaire, à cause de la longueur de la maladie qui a précédé le changement de rapport des surfaces osseuses, à cause de tous les caractères de la tumeur blanche que nous avons énumérés plus haut, y compris les fistules.

On rencontre bien aussi des luxations pathologiques dans la carie sèche de l'épaule, dans l'arthrite tabétique de cette articulation, mais les symptômes qui accompagnent ces affections permettent toujours de distinguer leurs luxations de celle de la scapulalgie.

DE L'AISELLE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La région de l'aisselle est constituée par la jonction du membre supérieur avec le thorax ; aussi, « sa forme est extrêmement variable et dépend beaucoup de la position qu'occupe le bras, relativement aux parois thoraciques ». (Richet.) « La région axillaire affecte, lorsque le bras pend le long du corps, dans sa position ordinaire, la forme d'un *pli* profond antéro-postérieur ; quand le bras tout à fait relevé est devenu parallèle à l'axe vertical du corps, elle prend alors l'apparence d'une gouttière verticale que limitent le faisceau coraco-biceps et le grand pectoral en avant, le grand dorsal et le grand rond en arrière ; c'est la gouttière de l'artère axillaire. » (Poirier.) Lorsque le bras est modérément écarté du tronc, on voit alors se constituer le *creux axillaire*, sorte de dépression quadrangulaire, ayant quatre parois, un sommet et une base.

Deux parois limitaient le *pli axillaire*, l'interne, formée par les quatre premières côtes et les espaces intercostaux correspondants ; l'externe, formée par la face interne de la région scapulo-humérale ; l'abduction du bras en fait apparaître deux autres, l'une antérieure formée par le grand pectoral qui se tend peu à peu, à mesure qu'on écarte le bras du tronc, l'autre postérieure constituée par le grand dorsal et le grand rond. Le sommet n'est autre que le *canal axillaire*, limité en bas par la première côte, en haut par la clavicule, en dehors par l'apophyse coracoïde ; il donne passage aux vaisseaux et nerfs qui du cou traversent l'aisselle pour se rendre au bras, et correspond, assez exactement, au milieu de la clavicule.