

conservation qui, naguère encore, auraient pu sembler téméraires. Les bains antiseptiques prolongés rendent chaque jour les meilleurs services dans le traitement des écrasements de la main et des doigts. A l'appui de la conservation, nous pouvons citer la statistique qui a été produite par Th.-V. Heydenreich<sup>(1)</sup>. Cet auteur a rassemblé les cas de blessures de la main qu'il a observés dans la guerre des Serbes contre les Turcs, puis pendant la guerre russo-turque. Les résultats obtenus au moyen de la chirurgie conservatrice et antiseptique ont été très favorables. Sur 52 cas de coups de feu du métacarpe qu'il a pu suivre, il n'a vu que 2 morts, dont un par pyémie et un par tétanos. Le premier soin du chirurgien, en pareil cas, doit donc consister à débarrasser la plaie de tous les corps étrangers et de toutes les matières septiques qu'elle peut contenir; un drainage convenable sera pratiqué, un pansement antiseptique complétera le traitement. Plus tard, s'il reste un moignon informe gênant pour le malade, ou s'il n'existe pas de peau en quantité suffisante pour amener une bonne cicatrisation, on pratiquera une intervention secondaire, qui sera exempte des inconvénients que nous reprochions à l'intervention primitive. Il est bien évident toutefois que la conservation elle-même a ses limites, et qu'en présence d'une main complètement broyée, le seul parti qui s'impose au chirurgien, c'est l'amputation. Cette dernière sera pratiquée aussi bas que possible; car, quand il s'agit du membre supérieur, plus le bras de levier qu'on pourra conserver sera long, plus le moignon rendra de services au malade dans l'application des appareils prothétiques. Comme exemple à l'appui de cette dernière proposition, nous citerons le cas d'un jeune homme d'une vingtaine d'années que nous avons observé, en 1882, à l'hôpital Saint-Antoine. Il avait eu la main gauche saisie par une scie mécanique, et ses phalanges avaient été obliquement sectionnées, comme on taille un crayon. La peau de la face palmaire avait été arrachée en totalité jusqu'au niveau du pli moyen de flexion du poignet; la peau de la face dorsale avait été en majeure partie conservée. Profitant de cette dernière circonstance, je taillai un lambeau cutané dorsal, qui, après désarticulation du poignet, fut suturé au bord de la peau palmaire restante. Le malade guérit sans incident et conserva un moignon excellent dont il tire le meilleur parti.

## II

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DU POIGNET ET DE L'AVANT-BRAS.

Toutes les raisons que nous avons invoquées pour attacher aux plaies de la main une grande importance persistent lorsqu'il s'agit de l'avant-bras et du poignet. Les organes qui peuvent être intéressés sont fort nombreux et leur rôle physiologique est tel que leurs lésions exposent aux plus graves infirmités. Ces plaies sont d'ailleurs d'une grande fréquence, qu'explique suffisamment le rôle du membre supérieur dans les divers travaux mécaniques de l'industrie.

Parmi ces lésions, nous devons une mention toute particulière aux plaies de la région antérieure du poignet. Bien qu'elles puissent, comme les plaies de la main et de la région supérieure de l'avant-bras, être le résultat d'accidents de

<sup>(1)</sup> TH.-V. HEYDENREICH, *Schussverletzungen der Hände und Finger*, in-8°, 1881, p. 110.

machines, elles reconnaissent cependant des causes toutes particulières. Souvent, en effet, il s'agit de malades qui sont tombés, la main étendue, sur des instruments tranchants, des fragments de verre, des tessons de bouteille; ou bien encore ce sont des ouvriers qui, dans une chute au cours de leur travail, ont passé l'avant-bras à travers un vitrage, des individus qui, dans une rixe, en voulant donner un coup de poing, ont défoncé un carreau de vitre. Beaucoup plus rarement il s'agit de plaies portées par des instruments tranchants de petit volume, coup de couteau, de tranchet. Quoi qu'il en soit, ces plaies affectent le plus souvent une direction voisine de l'horizontale; plus rarement, elles sont obliquement dirigées, leurs bords sont habituellement nets, il est exceptionnel de les voir déchiquetés, sous forme de lambeaux. Suivant leur largeur, et la profondeur à laquelle elles pénètrent, ces plaies intéressent des organes plus ou moins nombreux. Dans les cas les plus heureux, la peau et le tissu cellulaire seuls sont atteints; mais bien souvent la lésion d'un vaisseau, d'un tendon ou d'un nerf vient s'ajouter à celle des téguments. Enfin, ce qui donne aux plaies de la face antérieure du poignet leur caractère de gravité habituel, c'est la lésion simultanée des tendons, des vaisseaux et des nerfs de la région. L'artère radiale ou cubitale, quelquefois les deux en même temps, le nerf médian, plus rarement le nerf cubital, la plupart des tendons fléchisseurs de l'avant-bras, peuvent avoir été sectionnés. Dans les cas les plus graves, toutes les parties molles de la face antérieure du poignet ont été sectionnées en même temps, et l'instrument tranchant a pénétré jusqu'au squelette.

On comprend sans peine quelles sont les conséquences de pareilles lésions. C'est d'abord une hémorragie qui peut être excessivement abondante, lorsqu'une ou plusieurs artères ont été intéressées. La section incomplète ou la simple piqûre d'une des artères principales de l'avant-bras peut avoir pour conséquence ultérieure le développement d'un anévrisme. La blessure des nerfs entraîne à sa suite des troubles divers de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition des tissus, dans la zone innervée par ce nerf; plus tard, il en résulte des déformations permanentes que nous avons indiquées déjà à propos des plaies de la main, atrophie de l'éminence thénar dans les plaies du nerf médian, griffe cubitale dans les sections du nerf de ce nom. La section des différents tendons des muscles de l'avant-bras aura pour conséquence une gêne plus ou moins considérable et plus ou moins permanente dans les mouvements de la main et des doigts. Si la section tendineuse a été partielle, ou si le rapprochement des extrémités tendineuses sectionnées a pu se faire dans de bonnes conditions, la gêne sera très peu considérable, ou même tout à fait nulle. Si, au contraire, les extrémités tendineuses sectionnées sont restées largement écartées les unes des autres, si la cicatrisation ne s'est faite qu'au moyen d'un tissu fibreux dense, fusionnant ensemble toutes les parties sectionnées, si surtout la plaie a été le siège d'une suppuration prolongée, amenant l'oblitération des gaines synoviales, la motilité de la main et des doigts pourra être entièrement supprimée. Le malade ne guérira qu'au prix d'une infirmité grave, en même temps que la cicatrice vicieuse, entraînant la main et les doigts dans sa direction, donnera naissance à une déformation permanente du membre supérieur.

Quant au traitement, nous n'y insisterons pas longuement; toutes les considérations que nous avons formulées précédemment au sujet des plaies de la main sont applicables également aux plaies de la face antérieure du poignet. La ligation des bouts artériels sectionnés, dans la plaie elle-même, s'impose ici avec

d'autant plus de force au chirurgien que les débridements nécessaires pour mettre à nu les extrémités du vaisseau sont exempts, dans cette région, des inconvénients graves qu'ils peuvent présenter dans certaines plaies de la paume de la main. Il ne faut, du reste, pas perdre de vue que cette conduite est la seule qui puisse offrir des garanties sérieuses au point de vue du retour possible de l'hémorragie. Les anomalies artérielles sont en effet trop fréquentes à l'avant-bras pour qu'on puisse compter d'une façon certaine sur la ligature à distance. A l'appui de cette proposition, je citerai l'observation suivante que j'ai pu recueillir, en 1885, à l'hôpital Saint-Louis. Un homme ayant, au cours d'une rixe, défoncé avec le poing un carreau de verre, présentait une large plaie à la partie antérieure du poignet droit. Les deux artères radiale et cubitale avaient été sectionnées; l'interne de garde crut bien faire en liant l'artère humérale au pli du coude; mais comme l'hémorragie continuait par les bouts artériels sectionnés, il plaça sur ceux-ci des pinces hémostatiques. Le lendemain matin, je vis le blessé; l'ayant endormi pour examiner soigneusement la plaie, je pus constater que le fil à ligature avait bien été placé sur l'artère humérale, et néanmoins à peine eus-je enlevé les pinces hémostatiques, qu'une hémorragie artérielle abondante se produisit au niveau de la plaie du poignet. Je dus placer dans cette plaie cinq fils de ligature au catgut, un sur chacune des extrémités des deux artères radiale et cubitale, et un sur une petite branche de l'interosseuse. Dès lors, l'hémorragie cessa complètement, pour ne plus se reproduire. De pareils faits sont aujourd'hui assez nombreux pour que la ligature à distance soit définitivement condamnée dans le traitement des plaies artérielles de l'avant-bras.

Quant au traitement des sections tendineuses et nerveuses du poignet, il présente un si haut intérêt qu'il a servi de base à la plupart des recherches sur le traitement des sections nerveuses et tendineuses en général. Nous ne pourrions pas y insister sans nous exposer à des redites (1). La suture nerveuse a fait aujourd'hui ses preuves; elle est applicable non seulement aux plaies récentes, mais encore aux plaies anciennes, la suture secondaire dans le traitement des blessures nerveuses ayant fourni les résultats les plus encourageants. La suture est également le mode de traitement par excellence dans les sections tendineuses de l'avant-bras. Malheureusement elle ne laisse pas que de présenter parfois de sérieuses difficultés, à cause de la tendance très grande à la rétraction que possèdent les extrémités tendineuses sectionnées. La position fléchie imprimée aux doigts et à la main aidera à trouver le bout inférieur; parfois aussi on sera conduit à pratiquer de légers débridements. Quant au bout supérieur, sur lequel porte surtout la rétraction, il est une petite manœuvre qui aidera beaucoup à le retrouver; elle consiste à exercer de haut en bas des pressions méthodiques sur la face antérieure de l'avant-bras; on fait ainsi saillir les extrémités tendineuses sectionnées; on les exprime pour ainsi dire à travers la plaie du poignet. On peut du reste s'aider, pour arriver au même résultat, de la bande d'Esmarch méthodiquement appliquée de haut en bas.

Les plaies des autres régions de l'avant-bras ne nous arrêteront pas longtemps; les considérations que nous venons d'exposer leur sont également applicables. Outre les instruments piquants et tranchants, les différentes machines peuvent produire des arrachements et des broiements qui nécessitent

(1) Voy. le tome II du *Traité de chirurgie*.

absolument le sacrifice du membre. La conservation sera poussée aussi loin que possible. Lorsque la plaie siège au niveau de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, sur les masses musculaires épaisses que présente cette région, le rapprochement de ses bords par la suture est plus difficile que lorsqu'il s'agit des extrémités tendineuses. Néanmoins, convenablement exécutée, la suture des fibres musculaires elles-mêmes peut donner d'excellents résultats. A propos des blessures artérielles, nous rappellerons une fois de plus les surprises auxquelles peuvent donner naissance les anomalies vasculaires si fréquentes dans cette région. Un fait dont nous avons été témoin pendant notre internat, dans le service du professeur Verneuil, mérite d'être rappelé à cet égard. Il a, du reste, été communiqué par notre maître lui-même à la Société de chirurgie (2). Un homme avait reçu, dans la partie supérieure et interne de l'avant-bras, un coup de scie circulaire qui avait donné naissance à une hémorragie extrêmement abondante. Supposant, d'après le siège et la direction de la blessure, que le sang venait de l'artère cubitale, on se mit en train de chercher cette dernière au moyen de l'incision classique pour sa ligature. Mais toutes les recherches furent vaines, bien que le nerf eût été reconnu à sa place normale; supprimant alors la bande d'Esmarch qui avait été appliquée, pour se rendre compte du point par lequel se faisait l'hémorragie, on reconnut que l'artère cubitale était immédiatement sous-cutanée. Toutes les anomalies possibles des artères de l'avant-bras méritent donc d'être connues du chirurgien.

A propos des sections nerveuses de l'avant-bras, nous nous bornerons à rappeler que les troubles observés du côté de la sensibilité et du mouvement ne sont pas toujours tels que la distribution anatomique du nerf sectionné aurait pu le faire prévoir. Cela tient à l'existence de la sensibilité récurrente dont nous avons déjà parlé, et aussi à certaines anomalies des filets nerveux. C'est ainsi qu'une anastomose reliant, vers le tiers supérieur de l'avant-bras, le cubital au médian explique la conservation de la mobilité après la section de ce dernier nerf (3). De même, M. Hartmann (4) a décrit certains filets nerveux qui, se détachant du nerf médian, décrivent une anse elliptique et vont rejoindre plus bas le tronc principal du nerf. On comprend que l'intégrité de ces filets suffise à expliquer la conservation partielle du mouvement et de la sensibilité après la section du tronc principal.

### III

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COUDE ET DU BRAS

a. *Lésions traumatiques du coude.* — Du temps où florissait la saignée, on observait en grand nombre les plaies opératoires de la région antérieure du coude; et comme les principes de la méthode antiseptique étaient absolument méconnus, ces plaies devenaient trop souvent le point de départ de phlébites, de lymphangite, d'érysipèle et de phlegmons diffus. Heureux encore quand une

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 14 novembre 1877, p. 678.

(2) VERCHÈRE, *Bull. de la Soc. anat.*, 26 janvier 1885.

(3) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, février 1888, 5<sup>e</sup> fasc., p. 151.

faute commise par l'opérateur n'ajoutait pas aux dangers précédents ceux qui résultent d'une blessure artérielle, c'est-à-dire la production d'un anévrysme simple ou artérioso-veineux. Souvent aussi on a observé, comme conséquence de la blessure des filets nerveux nombreux qui entourent les veines du pli du coude, des névralgies traumatiques persistantes. Ces divers accidents sont devenus, de nos jours, tout à fait exceptionnels.

Les traumatismes portant sur la partie postérieure du coude ne sont pas sans présenter une grande importance. Dans cette région, en effet, les piqûres, les plaies contuses peuvent intéresser la bourse séreuse olécrânienne, et si elles ouvrent la porte à des matières septiques, elles entraînent le développement de redoutables phlegmons diffus. Ces blessures de la bourse rétro-olécrânienne sont, comme nous aurons occasion de le répéter, la grande cause des phlegmons du coude. Pénétrant plus profondément, l'instrument tranchant a pu sectionner complètement l'olécrâne et ouvrir l'articulation. Enfin, dans les vastes écrasements du coude, dans les plaies par armes à feu, il y a non seulement ouverture de l'articulation, mais broiement des extrémités osseuses et pénétration de corps étrangers. Si la section de l'olécrâne est nette, on peut avec succès en pratiquer la suture. S'agit-il d'une plaie plus complexe, la conservation est encore de mise; on débarrassera la plaie des esquilles, des substances septiques, des corps étrangers qu'elle renferme, et l'on pratiquera un drainage soigneux de l'articulation. Dans d'autres cas, les lésions étant plus considérables, on sera obligé de recourir à la résection, ou même, si les os et les parties molles sont broyés dans une étendue trop grande, à l'amputation.

Le tissu cellulaire lâche qui double, au côté interne, la peau de la région du coude, se prête très bien aux infiltrations sanguines. Aussi, dans les contusions du coude, trouve-t-on à ce niveau des épanchements sanguins abondants; le sang, en se coagulant, peut même y donner naissance à des tumeurs capables de causer des erreurs de diagnostic, et sur lesquelles le docteur Charvot<sup>(1)</sup> a spécialement appelé l'attention. D'après leur siège et leur disposition qui les fait paraître quelquefois intimement soudées avec l'humérus lui-même, cet auteur croit que ces tumeurs ont leur point de départ, non seulement dans la rupture des vaisseaux péri-articulaires, mais encore dans la déchirure du brachial antérieur. La consistance de ces caillots sanguins est si considérable qu'on a pu les confondre avec des tumeurs osseuses. Toutefois leur mobilité latérale et la crépitation sanguine qui les accompagne, dans bon nombre de cas, permettront d'éviter l'erreur. M. Charvot insiste sur la possibilité de voir le nerf cubital, comprimé par l'épanchement sanguin, atteint de névrite. Il rapporte un fait de ce genre observé par lui. Ces épanchements sanguins du coude peuvent d'ailleurs être liés à une contusion simple, ou bien coexister avec une entorse ou une luxation.

*Luxations du nerf cubital.* — Une lésion traumatique fort rare de la région du coude, c'est la luxation du nerf cubital. Le premier cas de ce genre a été publié par Blattmann (de Zurich), en 1851. Le nerf se luxait chaque fois que le malade fléchissait brusquement l'avant-bras. En 1880, Zuckerkandl publiait deux nouveaux faits de luxation habituelle du nerf cubital. Kœlliker cite un cas de Walb et un de Felkin. Un des premiers faits connus en France, c'est celui

<sup>(1)</sup> CHARVOT, *Étude clinique sur les dépôts sanguins du pli du coude.* Revue de chirurgie, 1881, p. 705.

de Poncet, communiqué en 1888 à l'Académie de médecine. Il a trait à un garçon de 15 ans, chez lequel la luxation s'était produite pendant qu'il lançait de nombreuses boules de neige. En 1890, Annequin rapporte un nouveau fait relatif à un soldat qui s'était luxé le nerf cubital, au moment d'une chute faite au gymnase. Les deux faits précédents sont rapportés dans la thèse de Raymonenq<sup>(1)</sup>. En 1896, la question a été portée devant la Société de chirurgie par MM. Schwartz et Jalaguier, qui ont rapporté chacun une observation personnelle<sup>(2)</sup>. Elle a été résumée dans la thèse de M. Drouard<sup>(3)</sup>, parue la même année.

Pour que le nerf cubital arrive à abandonner la gouttière épitrochléo-olécrânienne, il faut évidemment des conditions spéciales. Il est des sujets chez lesquels le nerf est doué congénitalement d'une mobilité anormale, et peut être amené par la pression du doigt presque au sommet de l'épitrochlée. On a incriminé la petitesse de l'épithrochlée (Zuckerkandl), la faiblesse des ligaments épitrochléo-olécrâniens, la dystrophie des tissus produite par la tuberculose, le rhumatisme. De ses dissections, M. Jalaguier est arrivé à conclure que la luxation du nerf cubital ne peut se produire sans la déchirure ou l'élongation de l'un des faisceaux du cubital antérieur ou de l'arcade fibreuse qui réunit ses deux faisceaux.

Quant à la cause qui donne naissance à la luxation du nerf, elle est variable. Il est assez exceptionnel qu'il soit directement repoussé en dehors de sa gouttière; le plus souvent, il s'en échappe par un mécanisme indirect, et cela pendant un mouvement énergique de flexion de l'avant-bras sur le bras. Le malade de Jalaguier, homme de 40 ans, rhumatisant, s'était luxé le nerf cubital en frappant violemment un tronc d'arbre avec sa canne.

Du moment où l'accident se produit pendant la flexion, il est bien peu logique de faire intervenir dans sa pathogénie la contraction du triceps, comme le veulent Zuckerkandl et Raymonenq. Je serais bien plus porté, pour ma part, à incriminer le cubital antérieur, entraînant en avant et en dedans par sa contraction, le nerf qui n'est plus suffisamment maintenu dans sa gaine ostéo-fibreuse.

En général, le diagnostic ne présente pas de difficulté; au moment même de l'accident, le malade ressent une véritable décharge électrique, à la fois centripète et centrifuge. A cette douleur succède bientôt une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans toute la zone du nerf cubital. Pendant les mouvements de flexion du coude, on sent le nerf se déplacer sous la forme d'un cordon arrondi, qui glisse d'arrière en avant et vient se porter au-devant de l'épitrochlée.

En général, les mouvements du coude deviennent vite difficiles du fait de la névrite surajoutée. Aussi est-on conduit à l'intervention. C'est tout à fait exceptionnellement qu'on a pu réussir à calmer les douleurs par la seule compression et l'immobilisation, comme dans le cas de Plicque. Le plus souvent, il a fallu avoir recours à une opération, qui a pour but de reconstituer au nerf une gaine ostéo-fibreuse, soit en empruntant les éléments de sa reconstitution aux aponévroses voisines, comme l'ont fait Annequin et Schwartz, soit en

<sup>(1)</sup> RAYMONENQ, *De la luxation du nerf cubital.* Thèse de doct. de Lyon, 1890.

<sup>(2)</sup> Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1896, p. 202 et 219.

<sup>(3)</sup> H. DROUARD, *Luxation et subluxation du nerf cubital.* Thèse de doct. de Paris, 1896.

utilisant pour cela deux lambeaux périostiques, suivant le procédé de Poncet qui nous paraît mériter la préférence.

b. *Lésions traumatiques du bras.* — Ce que nous venons de dire de la région du coude, nous pouvons le répéter de la face interne du bras; la peau fine de cette région, doublée d'un tissu cellulaire lâche, est très souvent soulevée par des épanchements sanguins abondants, dont les uns ont fusé de haut en bas, après avoir pris leur point de départ dans la région axillaire, tandis que les autres se sont formés au niveau du bras lui-même, ou ont suivi une marche ascendante, après être partis du coude ou de l'avant-bras. On a pu observer également au bras des épanchements traumatiques de sérosité; Morel-Lavallée a décrit des épanchements de cette nature, siégeant à la région postéro-externe du bras. Les plaies du bras sont aussi variées par leur direction et leur profondeur que par la cause qui les a produites; ce sont des plaies par instruments tranchants, par écrasement, par arrachement, par armes à feu. Toutes les parties constituantes du membre peuvent être atteintes, depuis la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'aux muscles, aux vaisseaux et aux nerfs. L'humérus lui-même peut être broyé ou sectionné. Un exemple remarquable de cette dernière lésion est celui qui a été rapporté par La Faye, dans le *Cours d'opérations de chirurgie* de Dionis<sup>(1)</sup>. Un homme reçut au bras un coup de hache, qui avait coupé obliquement l'humérus et tous les muscles qui l'environnent, ne laissant d'entier que le cordon des vaisseaux revêtu d'une bande de peau de la largeur d'un pouce. La Peyronie, chez qui le blessé fut conduit, trouva une distance de huit pouces entre les deux parties coupées; « était la portion inférieure du bras froide, livide et sans sentiment, aussi bien que l'avant-bras et la main, néanmoins il tenta la réunion. Il affronta les parties et les soutint avec un appareil convenable, en observant de le faire fenêtré pour pouvoir panser la plaie, sans toucher à ce qui tenait les os en sujétion; la plaie fut pansée avec de l'eau-de-vie, dans laquelle on avait fait dissoudre un peu de sel ammoniac. La consolidation se fit peu à peu et régulièrement; après cinquante jours, on ôta tout appareil; et, au bout de deux mois, le malade fut entièrement guéri, à un peu d'engourdissement près. »

Ce qu'il faut surtout noter dans les plaies du bras, c'est la tendance à l'écartement de leurs bords. Telle est la laxité du tissu cellulaire sous-cutané que la peau se rétracte à une grande hauteur; les muscles longs et dépourvus d'adhérences, comme la longue portion du biceps, ont également une grande tendance à la rétraction, lorsqu'ils sont sectionnés. On s'aidera à la fois de la position imprimée au membre (flexion forcée de l'avant-bras) et de la suture pour maintenir rapprochées les lèvres de la plaie, et obtenir, autant que possible, la réunion par première intention.

Une des lésions traumatiques qui présentent le plus grand intérêt à la région brachiale, c'est la rupture musculaire. Elle porte le plus souvent sur le biceps, plus rarement sur le triceps. Dans un mémoire récent, Maydl<sup>(2)</sup> a pu réunir 17 cas de rupture du biceps, et 3 faits seulement de rupture du triceps. La rupture du biceps peut porter sur le muscle entier, ou sur sa longue portion seulement; elle occupe aussi, tantôt le tendon inférieur, tantôt le tendon de la longue portion. Le plus souvent, elle siége sur le corps du muscle, à peu de

(1) DIONIS, *Cours d'opérations de chir.*, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1765.

(2) MAYDL, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1882, Bd XVII, fasc. 3 et 4, p. 506.

distance au-dessus de son tendon inférieur. En réunissant, dans une même statistique, les différentes variétés de rupture du biceps et de son tendon, M. L.-H. Petit<sup>(1)</sup>, dans un mémoire encore inédit, a pu porter à 85 le nombre des observations actuellement connues.

La rupture se fait habituellement pendant une contraction violente du muscle. Chez un malade de Sanson, elle s'était produite au moment où cet homme faisait effort pour lancer une pelletée de terre; Virchow l'a vue survenir au cours d'un violent accès de *delirium tremens*. Au moment même de l'accident, le malade perçoit habituellement un craquement; un gonflement plus ou moins considérable se manifeste, tenant à la fois à l'épanchement sanguin et à la tumeur elle-même produite par le muscle rompu. Cette tumeur a la forme globuleuse; elle se déplace et se durcit pendant la contraction du muscle. On peut la confondre, soit avec une hernie musculaire, soit avec un néoplasme développé dans l'épaisseur même du biceps. Il est à noter toutefois que, par une pression douce, on peut parfois faire reprendre au muscle sa position normale, et amener la disparition de la tumeur. Nous n'insisterons, du reste, ni sur le diagnostic, ni sur le traitement, ces questions ayant été traitées déjà dans le premier volume de cet ouvrage<sup>(2)</sup>.

## IV

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'AISSELLE ET DU MOIGNON DE L'ÉPAULE

a. *Contusions du moignon de l'épaule.* — Les chutes sur le moignon de l'épaule et, plus souvent encore, les coups directement portés sur la région donnent naissance aux phénomènes qui caractérisent la contusion de l'épaule. Du côté des parties molles, ce sont un gonflement plus ou moins considérable, une ecchymose, soit diffuse, soit limitée en certains points du moignon de l'épaule; et même, lorsque le corps contondant a agi presque parallèlement à la surface du membre, de façon à produire le décollement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, il peut en résulter un épanchement traumatique de sérosité, analogue à ceux de la partie externe de la cuisse et de la région lombaire. La contusion est-elle plus profonde, elle porte sur l'articulation elle-même, et donne naissance à tous les phénomènes de l'arthrite, raideur, craquements articulaires, atrophie des muscles, et, en particulier, du deltoïde. Très fréquemment les lésions portent, non sur l'articulation elle-même, mais sur l'appareil de glissement compris entre la face externe de l'articulation et la face profonde du deltoïde, en donnant naissance à cette affection qui a été décrite sous le nom de péri-arthrite scapulo-humérale, et à laquelle nous devons consacrer plus tard une description. Les lésions de l'articulation scapulo-humérale et celles de la bourse séreuse sous-deltaïdienne sont souvent associées à des altérations du plexus brachial, du nerf circonflexe en particulier, d'où résultent une atrophie du deltoïde et des différents muscles du membre supérieur, des douleurs, de l'impotence fonctionnelle, enfin toute une série de symptômes qui sont de

(1) L.-H. PETIT, *Mémoire sur les ruptures du biceps* (inédit).

(2) LEJARS, *Les maladies des muscles. Traité de chirurgie*, t. I, p. 745.