

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⁽¹⁾. 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⁽²⁾ 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^e 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⁽¹⁾, 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⁽²⁾.

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.

