

a. *Cicatrices vicieuses.* — Elles sont le plus souvent la conséquence de brûlures graves, et siégeant à la région antérieure et externe du coude, elles immobilisent l'articulation dans la flexion. Elles sont justiciables de l'autoplastie.

b. *Contractures musculaires.* — Ce sont les muscles fléchisseurs, biceps, brachial antérieur et long supinateur, qui sont le plus souvent atteints. On sait que la contracture de ces muscles fait partie de la symptomatologie des arthrites chroniques du coude. Il est aussi des contractures qui sont dues au rhumatisme, ou encore des contractures spasmodiques, qui sont d'origine nerveuse. Dans un cas de cette nature, Stromeyer a pratiqué avec succès la ténotomie du biceps au-dessus de l'articulation du coude. Mais la cause la plus fréquente de la contracture du biceps, c'est la syphilis, qui détermine une infiltration gommeuse du muscle.

c. *Ankyloses du coude.* — L'ankylose peut être la conséquence des diverses variétés d'arthrite rhumatoïdale, traumatique ou tuberculeuse; elle reconnaît encore pour cause les fractures intra-articulaires ou les luxations de l'articulation. Mais ce qui a plus d'importance au point de vue du pronostic et du traitement que la cause de l'ankylose, c'est la forme clinique qu'elle revêt. L'ankylose peut être en effet partielle ou totale, elle peut être limitée à l'articulation huméro-cubitale, ou s'étendre en même temps à l'articulation radio-cubitale supérieure, auquel cas les mouvements de pronation et de supination sont compromis. La position du membre est un des points les plus intéressants à étudier. Il peut se faire en effet que le membre soit dans la situation rectiligne; dans d'autres cas, au contraire, il est plus ou moins fléchi, soit qu'il s'agisse d'une flexion à angle droit, ou plus considérable encore. La position rectiligne est la plus fâcheuse au point de vue des fonctions du membre: en effet, la main sup-

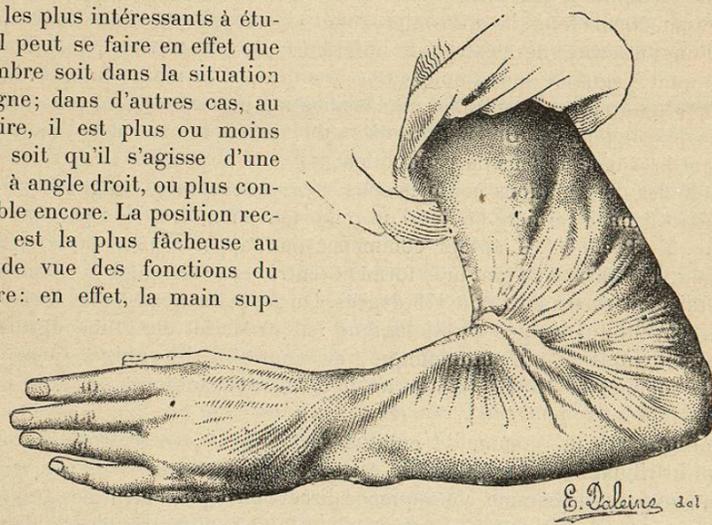


FIG. 116. — Cicatrice vicieuse du coude.

portée par le long levier que représente alors le membre supérieur ne peut rendre presque aucun service. Au contraire, la situation est beaucoup plus favorable si le membre est fléchi à angle droit; une flexion à angle aigu donne un membre beaucoup moins utile. Ces différentes considérations pèseront d'un grand poids dans la décision que l'on devra prendre en présence d'un cas donné. L'ankylose peut être enfin double ou unilatérale. Dans les cas d'ankylose double, on est autorisé à intervenir, même si les membres

supérieurs sont fléchis à angle droit, dans le but de restituer au malade des mouvements.

Dans un certain nombre de cas, la chloroformisation sera nécessaire pour poser d'une manière certaine le diagnostic, et établir s'il s'agit d'une ankylose vraie ou d'une simple raideur articulaire. Outre les considérations relatives à l'attitude du membre que nous venons d'exposer, on devra tenir compte encore dans l'appréciation des indications thérapeutiques de l'âge des malades et de l'état de la santé générale. S'il s'agit de personnes âgées ou de sujets tuberculeux, il est bien évident qu'on respectera l'ankylose, tandis que, dans les conditions inverses, chez des sujets jeunes et dont la santé générale est satisfaisante, on n'hésitera pas à intervenir.

Dans les résections du coude faites pour ankylose, on est guidé par d'autres préoccupations que celles auxquelles donnent naissance les résections entreprises dans les cas d'arthrites fongueuses, par exemple. Tandis, en effet, que, dans les résections pour arthrites fongueuses ou tuberculeuses, ce que l'on a à craindre, c'est qu'il ne se rétablisse pas une articulation solide, et qu'on obtienne ainsi un bras ballant, dans les résections pour ankylose, au contraire, il y a surtout tendance à une soudure osseuse qui reproduit nécessairement la difformité. Aussi doit-on, suivant le conseil de M. Ollier, faire des résections très étendues; pour éviter une reproduction osseuse trop abondante, cet auteur engage, en outre, à réséquer circulairement un anneau périostique dans le point où devra siéger la future articulation. M. Defontaine (du Creuzot)⁽¹⁾ a communiqué à la Société de chirurgie une observation d'ankylose du coude dans laquelle il a pratiqué, non pas la résection, mais une ostéotomie oblique, rappelant la forme des surfaces articulaires normales. Ce mode opératoire lui a donné un très bon résultat.

Dans les ankyloses bilatérales, la résection s'impose, au moins d'un côté, pour rendre aux malades une certaine étendue de mouvements. M. Ollier rapporte 10 cas de cette nature opérés par lui. Quant à la résection isolée de la tête du radius, M. Ollier la conseille chez les jeunes gens et chez les adultes, mais non chez les enfants. Chez eux, en effet, il y a à craindre une reproduction osseuse insuffisante, et surtout un déplacement de l'extrémité supérieure du cubitus qui n'est plus soutenu, comme à l'état normal, par le radius. A l'appui de cette manière de voir, M. Ollier⁽²⁾ cite le cas d'une opération pratiquée par Jacques Reverdin. Un an après la résection de la tête et du col du radius, on constatait une mobilité latérale et une forte saillie de l'olécrâne en arrière, augmentant quand on faisait fléchir l'avant-bras. Il y a d'autant plus de raisons de s'abstenir en pareil cas, que l'expérience démontre que, dans la luxation isolée du radius en avant, avec un traitement convenable, le membre recouvre peu à peu un état fonctionnel suffisant. Dans les ankyloses consécutives aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ou aux luxations du coude invétérées, on peut se contenter de faire porter la résection sur l'os du bras, opération qui ne trouve pas son application dans l'immense majorité des cas de résection pour arthrite fongueuse du coude.

⁽¹⁾ DEFONTAINE, *Ankylose osseuse rectiligne du coude; ankylo-ostéotomie trochléiforme.* Rapport de Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 6 avril 1887, p. 251.

⁽²⁾ OLLIER, *Traité des résections*, t. II, p. 289.

5° VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS ACQUISES DU BRAS
ET DE L'ÉPAULE

A. — DIFFORMITÉS DU BRAS

Nous n'avons pas plus à insister sur les difformités du bras que nous ne l'avons fait à propos de celles de l'avant-bras. Elles peuvent être dues à des courbures rachitiques, ou, plus souvent encore, à des fractures produites sous l'influence du rachitisme. Il en résulte le plus souvent des courbures anormales, dont la convexité est dirigée soit directement en dehors, soit en avant et en dehors. Du reste, le rachitisme porte rarement sur l'humérus, comme sur les os de l'avant-bras. Sur 1000 cas de rachitisme, Reeves n'en a trouvé que 115 dans lesquels l'humérus fût atteint. La consolidation vicieuse des fractures accidentelles est aussi l'origine de difformités du bras; mais ces consolidations vicieuses sont assez rarement observées à l'humérus, où se voient au contraire assez souvent les pseudarthroses.

B. — VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS ACQUISES DE L'ÉPAULE

1° *Luxations congénitales.* — On a souvent décrit des luxations congénitales de l'épaule; mais elles sont en réalité fort rares, et on les a confondues avec les luxations d'origine paralytique, qu'on observe assez fréquemment au niveau de cette articulation.

Bien que rares, les luxations congénitales de l'épaule comprennent cependant trois variétés : sous-coracoïdienne, sous-acromiale et sus-acromiale.

a. *Variété sous-coracoïdienne.* — Comme exemple de cette variété, on peut citer le cas qui a été étudié anatomiquement par Smith. Il s'agit d'une malade de vingt-neuf ans, présentant une double luxation congénitale des épaules. Chez elle, le moignon de l'épaule était aplati; l'acromion formait une saillie très apparente; la tête de l'humérus était située au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le coude était écarté du corps, mais pouvait aisément en être rapproché.

L'examen anatomique démontra que, du côté gauche, il existait à peine une trace d'une cavité glénoïde normale; à droite, on trouvait seulement le bord externe de cette cavité. Sur le bord postérieur de l'apophyse coracoïde, en partie sur la paroi thoracique, en partie sur le bord axillaire de l'omoplate, se trouvait une cavité de nouvelle formation. La capsule articulaire complètement développée enveloppait la néarthrose; tout l'humérus était mince et atrophié.

Ammon a décrit un cas semblable chez un homme de cinquante ans, et Melicher chez un enfant de trois jours.

b. *Variété sous-acromiale.* — Le second cas de Smith est relatif à une femme de quarante-deux ans, chez laquelle la tête était située au-dessous et en arrière de l'acromion, formant une saillie arrondie sous la peau. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de la cavité articulaire normale; sur le bord externe du col de l'omoplate, il s'était développé une cavité de nouvelle formation.

Kuster a observé une double luxation sous-acromiale chez un enfant d'un an; nous-même, nous avons vu une jeune fille présentant, à droite, une luxation congénitale sous-acromiale.

c. *Variété sus-acromiale.* — J. Guérin a décrit 2 cas de luxation congénitale en haut, l'un chez un garçon de treize ans, l'autre chez un fœtus présentant en même temps d'autres malformations. Il y avait subluxation de la tête humérale en haut et en dehors; l'acromion et l'apophyse coracoïde étaient également repoussés par en haut.

2° *Luxations paralytiques.* — On sait qu'à l'état normal la capsule articulaire de l'épaule présente une très grande laxité, permettant un écartement considérable entre les surfaces articulaires. Ce sont les muscles péri-articulaires qui jouent le rôle de véritables ligaments actifs, et maintiennent en contact la tête humérale et la cavité glénoïde. Quand ces muscles viennent à être paralysés, les surfaces articulaires s'abandonnent; on a une articulation flottante, un bras ballant; ce que les auteurs allemands appellent *Schlottergelenk*.

Les causes des paralysies musculaires donnant naissance à cet état sont extrêmement nombreuses. Ce peuvent être des traumatismes se produisant au moment de l'accouchement, par exemple, des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus produits pendant les manœuvres de dégagement des bras, ou bien encore il s'agit de paralysies portant sur le plexus brachial ou sur le nerf circonflexe, et produites, soit pendant l'accouchement, soit dans les premiers temps qui suivent la naissance. Mais de toutes les causes des luxations paralytiques de l'épaule, la plus fréquente est sans contredit la paralysie infantile. La paralysie a pu porter sur les membres inférieurs, en même temps que sur l'épaule et sur l'un des membres supérieurs; progressivement elle a disparu au niveau des membres inférieurs pour rester confinée à la région de l'épaule. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, la région de l'épaule a été primitivement frappée, sans que d'autres régions du corps aient participé à la maladie. Sur 158 cas de paralysie infantile, Heine n'en compte que 2 dans lesquels l'affection ait suivi cette marche.

Symptômes. — Il y a un aplatissement manifeste du moignon de l'épaule; au-dessous de l'acromion qui fait une saillie plus considérable que d'habitude, se voit une dépression en coup de hache, répondant à l'écartement qui existe entre les surfaces articulaires. Il y a une atrophie notable et une perte des fonctions du membre; abandonné à son propre poids et pendant le long de la paroi thoracique, le membre supérieur se place dans la pronation et dans la rotation en dedans. Généralement tous les muscles de l'épaule, trapèze, rhomboïde, participent à la lésion, mais un fait général sur lequel nous avons depuis longtemps déjà appelé l'attention, c'est l'intégrité du faisceau supérieur du trapèze⁽¹⁾; le fait se comprend, si on réfléchit que la partie supérieure de ce muscle possède une innervation spéciale, qui lui est fournie par le nerf spinal. Il en résulte que ce faisceau conservé intact permet au malade d'exécuter des mouvements d'élévation en masse du moignon de l'épaule.

Du reste, dans la paralysie infantile du membre supérieur, 2 cas sont possibles : tantôt la paralysie est limitée au moignon de l'épaule et au bras; les muscles de l'avant-bras et de la main ont conservé leur intégrité. Dans ce cas,

(1) KIRMISSON, De l'intégrité du faisceau claviculaire du trapèze dans la paralysie infantile du membre supérieur. *France médicale*, 22 oct. 1879.