

les mouvements du moignon de l'épaule et du bras sont entravés, mais le malade conserve les usages de la main. Tantôt la paralysie porte sur la totalité du membre supérieur, auquel cas le pronostic est beaucoup plus grave; le membre paralysé pend inerte sur les côtés du tronc, et ne saurait rendre au malade aucun service.

Pronostic. — Il n'y a aucune tendance à la guérison spontanée. Bien au contraire, la maladie s'aggrave avec les progrès de l'âge. L'écartement entre les surfaces articulaires va en s'accroissant; il peut être assez prononcé pour permettre de loger entre la cavité glénoïde et la tête humérale 3 à 4 travers de doigt. Souvent en outre, il existe un arrêt de développement en longueur qui peut atteindre 2 ou 3 centimètres. Les os sont diminués de volume, atrophiés; souvent ils sont le siège d'une véritable ostéoporose, et prêts à se fracturer avec la plus grande facilité.

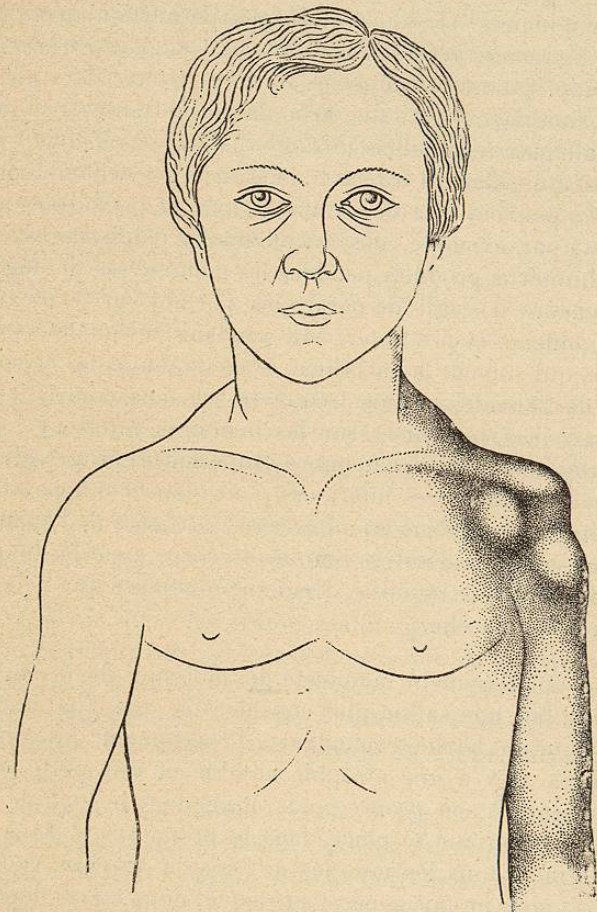


FIG. 117. — Luxation paralytique de l'épaule.

qui lui fait défaut au niveau de l'articulation scapulo-humérale et à permettre à la main d'exécuter ses fonctions. Les appareils construits dans ce but sont très nombreux; nous citerons parmi eux celui de Schüssler, qui se compose essentiellement d'un cercle entourant l'épaule et doublé à sa partie interne de trois coussins élastiques qu'on peut gonfler d'air à volonté, de façon à soutenir l'articulation de l'épaule; d'autres appareils, comme ceux de Billroth et de Collin, ses composent d'une pièce thoracique et d'une pièce humérale reliées entre elle par une articulation.

Traitement. — Lorsque la maladie est de date ancienne et a abouti à la destruction du tissu musculaire, il ne peut plus être question de rendre aux muscles, par l'électricité et par le massage, leurs propriétés normales. Le traitement doit donc être purement palliatif. Il consiste essentiellement dans l'emploi d'appareils destinés à restituer au membre supérieur le point d'appui

Si les appareils ne suffisent à remplir le but qu'on se propose, ou si le malade ne peut en supporter les frais, une opération chirurgicale devient indiquée. Celle-ci est l'arthrodèse, pratiquée pour la première fois par Albert de Vienne, en 1879, dont l'exemple a été suivi par plusieurs chirurgiens, notamment par J. Wolff (de Berlin) et par Karewski. Ici, comme au cou-de-pied, on supprime aussi complètement que possible le cartilage articulaire; on doit, en outre, exciser une portion de la capsule exubérante et pratiquer, au moyen d'un fil d'argent, la suture des extrémités osseuses; on ne peut, en effet, compter sur une ankylose osseuse solide; ce qu'il faut, c'est attacher soigneusement l'une à l'autre, par la suture, les surfaces articulaires; aussi l'opération mérite-t-elle, comme l'a fait remarquer J. Wolff, le nom d'arthrorraphie.

5° Contractures et ankyloses de l'épaule. — Les causes de ces contractures et ankyloses siégeant au niveau de l'articulation scapulo-humérale sont extrêmement nombreuses. Ce peuvent être des luxations, des fractures intra-articulaires, des arthrites de nature diverse, rhumatismale, tuberculeuse ou blennorrhagique, etc. Le membre immobilisé par la contracture des muscles péri-articulaires ou par la soudure des surfaces osseuses peut affecter plusieurs positions. Mais, le plus souvent, il est immobilisé dans l'adduction et la rotation en dedans.

Symptômes. — A part les douleurs que le malade peut accuser au niveau de l'articulation, le symptôme dominant, c'est la limitation des mouvements. Suivant que l'ankylose est partielle ou totale, les mouvements de flexion et d'extension, ceux d'abduction et d'adduction sont, ou complètement supprimés, ou très limités. Mais, il faut bien le dire, l'ankylose est ici beaucoup moins gênante qu'au niveau des autres grandes articulations, à cause de la mobilité compensatrice dont le siège est dans les articulations de la clavicule avec le tronc. Le malade conserve la possibilité d'imprimer des mouvements d'élévation en masse au moignon de l'épaule; mais si l'on examine, pendant ces mouvements, la face postérieure de l'articulation, on voit que l'omoplate se déplace en même temps que le bras, ce qui dénote que le mouvement ne se passe pas dans l'articulation de l'humérus avec l'omoplate, mais bien au niveau des articulations claviculaires. Il est, du reste, une distinction à établir, sous le rapport de la gêne causée par l'ankylose scapulo-humérale, entre les cas dans lesquels le membre est immobilisé dans l'adduction et la rotation en dedans, cas qui sont de beaucoup les plus fréquents, et ceux où le membre est placé dans l'abduction. Dans ce dernier cas, le membre supérieur, tenu constamment écarté du corps, constitue un appendice gênant qui expose le malade à de fréquentes contusions.

Diagnostic. — Il est souvent fort difficile de reconnaître si l'on a affaire à une simple contracture des muscles ou à une ankylose véritable. Il sera parfois nécessaire, pour arriver à cet égard à une conviction certaine, d'avoir recours à la chloroformisation, qui, en plaçant les muscles dans le relâchement, permettra de préciser l'état exact de l'articulation. L'emploi du chloroforme est également nécessaire, pour différencier l'ankylose scapulo-humérale de l'affection de la bourse séreuse sous-deltaïdienne, à laquelle on donne le nom de péri-arthrite. On pourra, sous le chloroforme, pratiquer la rupture des adhérences existant à l'intérieur de cette bourse séreuse et arriver à imprimer à l'articulation des mouvements qui étaient impossibles auparavant.

Traitement. — S'il s'agit d'une ankylose fibreuse incomplète, on peut en pratiquer la mobilisation sous le chloroforme, en imprimant à l'articulation une série de mouvements qui tendent à la rupture des adhérences intra-articulaires. S'il s'agit d'une ankylose serrée, ce procédé est le meilleur. Quand on a affaire à de simples raideurs articulaires, on peut s'efforcer d'obtenir le redressement lent par les appareils. Quel que soit l'appareil auquel on donnera la préférence, il devra tout d'abord immobiliser le moignon de l'épaule, afin que les mouvements que l'on fait exécuter au malade se passent bien dans l'articulation scapulo-humérale et non dans les articulations de la clavicule. On peut, pour favoriser la mobilisation des surfaces articulaires, employer l'extension continue appliquée sur le membre supérieur, ou même des tractions élastiques. Quel que soit le procédé auquel on ait eu recours pour mobiliser l'articulation, il faudra toujours, par des frictions, par le massage, uni à l'emploi de l'électricité et de l'hydrothérapie, compléter le traitement. On aura aussi un auxiliaire dans la gymnastique, qui fait entrer en jeu les muscles moteurs de l'articulation.

En cas d'ankylose osseuse, aucun des moyens que nous venons d'énumérer ne saurait trouver son utilisation, et, si l'on veut intervenir, c'est à la résection qu'il faut avoir recours. En ce qui concerne cette dernière opération, il est toutefois des réserves importantes à faire. Tout d'abord, comme nous l'avons noté précédemment, l'ankylose scapulo-humérale est loin de donner lieu à une gêne aussi considérable que celle des autres grandes articulations. Si donc le bras est dans l'adduction, si le sujet est âgé ou présente des lésions viscérales, le mieux est de s'abstenir. Quand l'ankylose est combinée à l'abduction, la résection trouve son indication; encore faut-il qu'on n'ait pas affaire à de jeunes sujets; car, chez eux, la suppression du cartilage épiphysaire donnerait nécessairement lieu à un raccourcissement ultérieur considérable. Aussi est-il préférable, en pareil cas, de suivre le conseil donné par M. Ollier et de se contenter d'une ostéotomie cunéiforme, dont le but est de ramener le membre supérieur au parallélisme avec la paroi latérale du tronc. Dans un cas de cette nature, Albanese a pratiqué une ostéotomie curviligne, arrondissant l'extrémité supérieure de l'humérus et creusant sur la tête humérale laissée en place une excavation à concavité inférieure destinée à emboîter la partie supérieure du corps de l'os et à reproduire une articulation se rapprochant autant que possible du type normal. Le résultat définitif a été satisfaisant.

4^e Cicatrices vicieuses de l'épaule. — Le moignon de l'épaule peut être le siège de cicatrices vicieuses. Parmi celles-ci, les plus intéressantes sont celles qui, reliant la face interne du membre supérieur à la partie latérale du tronc, apportent un obstacle complet aux mouvements d'élévation et d'abduction du bras. Elles sont le plus souvent consécutives à des brûlures graves et ont été décrites par M. Verneuil sous le nom de symphyse thoraco-brachiale⁽¹⁾. Elles sont bien évidemment justiciables de tous les procédés de la méthode autoplastique: incision et excision des brides cicatricielles, transplantation de lambeaux par glissement ou par la méthode italienne.

(1) VERNEUIL, *Symphyse thoraco-brachiale*. *Mém. de chir.*, t. I, p. 645.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'OMOPLATE; REFOULEMENT DE L'OMOPLATE PAR EN HAUT

En 1891⁽¹⁾, Sprengel a attiré pour la première fois l'attention sur cette malformation. Dans un récent mémoire, Wolffheim⁽²⁾ porte à 17 le nombre des faits connus, et lui-même rapporte une observation inédite, empruntée à la pratique de Karewski. Moi-même, j'ai eu l'occasion d'en publier 4 cas personnels⁽³⁾.

Le fait principal, c'est la surélévation considérable d'une des omoplates, la gauche le plus souvent. En même temps qu'elle est surélevée, l'omoplate a subi ordinairement un mouvement de rotation tel que son bord axillaire devient horizontal et que son angle inférieur se rapproche beaucoup de la ligne médiane.

Ce mouvement de bascule de l'omoplate était très marqué dans mes deux dernières observations; il a frappé également Karewski, chez la jeune fille dont l'histoire a été rapportée par Wolffheim.

L'élévation du moignon de l'épaule détermine une modification correspondante dans la ligne allant de la nuque à l'articulation scapulo-humérale. Cette ligne est plus courte et plus droite que celle du côté opposé. Le bord supérieur de l'omoplate se rapproche tellement de la clavicule, que la région sus-claviculaire est effacée et que la palpation en est rendue très difficile.

Dans certains cas, comme ceux publiés par Th. Kölliker et dans l'une de nos observations personnelles, on note une exostose sur le bord supérieur de l'omoplate.

Les troubles fonctionnels sont, en général, très peu accusés; tout se borne le plus souvent à une gêne dans les mouvements d'élévation du bras; dans quelques cas, il s'y joint une attitude vicieuse du membre, par laquelle le bras est maintenu dans la rotation en arrière et en dehors. Sprengel est parti de là pour donner une théorie pathogénique de la malformation. D'après lui, la cause initiale serait la petite quantité du liquide amniotique; le bras appliqué sur la partie postérieure du tronc y serait maintenu par la contraction des parois



FIG. 118. — Surélévation congénitale de l'omoplate (Kirmisson).

(1) SPRENGEL, *Die angeborene Verschiebung des Schulterblattes nach oben*. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XLII, Heft III, p. 545.

(2) LUDWIG WOLFFHEIM, *Ueber den angeborenen Hochstand des Schulterblattes*. *Zeit. f. Orthop. Chir.*, 1896, Bd IV, Heft II et III, p. 196.

(3) KIRMISSON, *De quelques malformations congénitales de l'omoplate*. *Revue d'orthopédie*, 1^{er} sept. 1895 et 1^{er} sept. 1897, et *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 486.

utérines, et la malformation observée à la naissance ne serait que la conséquence de cette attitude vicieuse longtemps prolongée.

Le traitement sera le plus souvent purement orthopédique; cependant, dans les cas d'exostose, on pourra en pratiquer l'ablation, comme l'a fait Kölliker.

II

DIFFORMITÉS DU MEMBRE INFÉRIEUR

1° DIFFORMITÉS DES ORTEILS

Elles peuvent être *congénitales* ou *acquises*.

1° DIFFORMITÉS CONGÉNITALES. — Elles consistent tantôt dans une augmentation de nombre et de volume, tantôt dans une diminution de nombre des orteils. De là les difformités connues sous les noms de polydactylie, ectrodactylie, macrodactylie, syndactylie.

a. *Polydactylie*. — Ce vice de conformation consiste dans la présence de doigts surnuméraires; généralement, ils sont au nombre de six; on peut même en compter davantage. Tantôt l'orteil surnuméraire est dans l'axe des autres doigts, tantôt il est dévié. Dans certains cas, il possède un squelette normal; dans d'autres, il consiste seulement en un appendice charnu, dépourvu de soutien osseux. Habituellement ce vice de conformation coïncide avec une disposition semblable observée à la main. Dans un cas comme dans l'autre, l'hérédité se retrouve très fréquemment.

Si l'orteil surnuméraire est régulièrement rangé, il n'y a pas d'intervention nécessaire; si, au contraire, il est dévié et qu'il gêne la marche et le port des chaussures, il est indiqué d'en pratiquer l'amputation.

Il est un cas spécial, c'est celui de bifidité du gros orteil, où la deuxième phalange de ce doigt est séparée en deux parties de volume à peu près égal; on peut, dans ce cas, imiter l'exemple donné par Cloquet et Guersant et se proposer, soit par des cautérisations, soit par un avivement au bistouri, de déterminer la fusion des deux moitiés d'orteil voisines.

b. *Ectrodactylie*. — Tantôt ce sont les deux doigts extrêmes qui, seuls, persistent, et, dans ce cas, le pied prend la forme d'une pince de homard; tantôt les orteils sont au nombre de 5 ou 4; et, comme nous l'avons déjà dit, ce vice de conformation est habituellement lié à l'absence du péroné.

c. *Macroductylie*. — Elle peut revêtir des formes variables. Tantôt, en effet, il s'agit d'un doigt normalement conformé, mais qui possède un nombre de phalanges plus considérable qu'il ne devrait, d'où sa longueur exagérée. Tantôt il y a hypertrophie des parties constituantes du doigt, qui prend l'aspect éléphantiasique, soit que l'hypertrophie porte régulièrement sur tous les tissus, soit qu'elle consiste uniquement en une exubérance du tissu graisseux, auquel cas le doigt revêt un aspect monstrueux. Si la gêne causée par ces doigts hypertrophiés est très grande, il n'y a pas d'autre parti à prendre que d'en pratiquer l'amputation.

La brachydactylie désigne la disposition inverse, celle dans laquelle l'orteil

arrêté dans son développement présente des dimensions plus petites qu'à l'état normal.

d. *Syndactylie*. — Elle offre beaucoup moins d'intérêt que le même vice de conformation siégeant à la main, avec lequel elle coïncide, du reste, le plus souvent. Tantôt deux ou trois orteils sont réunis, tantôt la fusion porte sur la totalité des doigts. Rarement il s'agit de syndactylie osseuse. Ce vice de conformation, ne déterminant pas de troubles fonctionnels, n'appelle ordinairement pas d'intervention chirurgicale.

2° DIFFORMITÉS ACQUISES. — Elles constituent deux groupes différents, suivant que les doigts sont simplement soudés entre eux (syndactylie acquise), ou qu'ils sont déviés, les uns par rapport aux autres (clinodactylie).

La clinodactylie peut être dorsale ou plantaire, suivant que la déviation de l'orteil se produit du côté de la face dorsale ou de la face plantaire; elle est dite latérale, si la déviation de l'orteil se fait sur les côtés. Ces déviations peuvent être produites par des cicatrices vicieuses; mais elles existent parfois en dehors de tout tissu cicatriciel et sont dues, soit à des influences mécaniques, soit à la simple rétraction tendineuse et ligamentaire.

Orteil en marteau. — Parmi les déviations des orteils, il en est une qui mérite une mention spéciale, en ce qu'elle apporte une gêne considérable à la marche. C'est celle qui est connue sous le nom d'orteil *en marteau*, que Nélaton désignait encore sous le nom d'orteil *en cou de cygne*.

Elle consiste en ce que la première phalange est placée dans une extension forcée sur le métatarsien correspondant. Les deux dernières phalanges sont, au contraire, fléchies sur la première, de telle sorte que la tête des deux premières phalanges forme une saillie angulaire au-dessous de la peau de la face dorsale, tandis que la dernière phalange repose sur le sol par la plus grande étendue, quelquefois même par la totalité de sa pulpe. L'orteil ainsi dévié est en grande partie recouvert par les deux orteils voisins. Il est aisé de prévoir les troubles physiologiques auxquels donne naissance une semblable déformation; une partie aussi sensible que la pulpe de l'orteil ne peut pas porter sur le sol sans occasionner des douleurs; parfois même il en résulte des ulcérations sur le point en contact avec le sol. Du côté de la face dorsale,

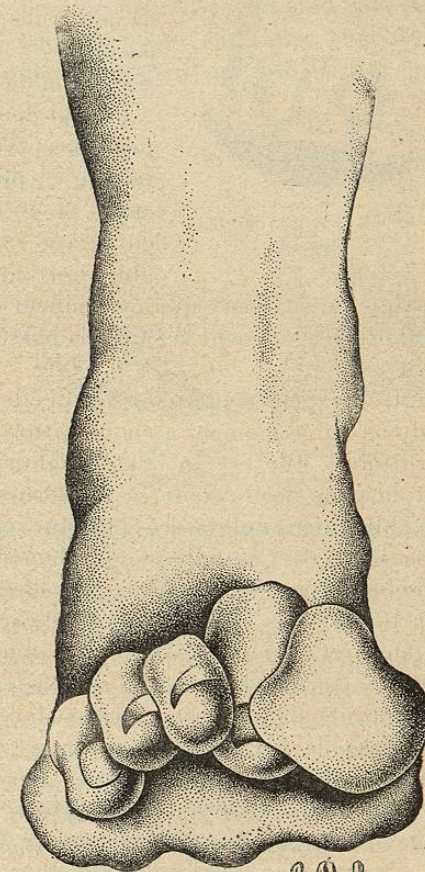


FIG. 119. — Orteil en marteau.