

faire remarquer tout d'abord que la disposition anatomique de cette articulation, dont la capsule est renforcée par de forts tendons et entourée de masses musculaires épaisses (deltoïde), n'est pas précisément de nature à faciliter le diagnostic précoce des épanchements liquides intra-articulaires. L'*hydarthrose aiguë*, comme le prouvent les observations de rhumatisme articulaire, ne s'accompagne pas, au début, d'un gonflement quelque peu notable. En présence d'une tuméfaction bien prononcée de la région du deltoïde, on devra songer de préférence à une *inflammation de la bourse séreuse sous-delloïdienne*, ou bien, ce qui n'est pas rare, à un épanchement survenu dans cette bourse séreuse secondairement à une affection articulaire (voir § 33). Souvent, il est vrai, la bourse séreuse communique avec l'articulation, et il est difficile de décider quel est le point de départ de l'épanchement. Ainsi le chirurgien se trouve assez souvent dans l'impossibilité de reconnaître, au début de l'affection, s'il a affaire à une synovite séreuse, à un soi-disant rhumatisme, ou à une névralgie de l'épaule. Dans l'un et l'autre cas, en effet, on observe une gêne fonctionnelle qui se manifeste dans les mouvements d'abduction et de rotation du bras. Cependant la synovite aiguë se trahit ordinairement par une douleur locale que l'on peut provoquer en exerçant avec le doigt une pression sur la région de la coulisse bicipitale, ainsi que dans l'aisselle, au niveau du bord inférieur du tendon du sous-scapulaire. L'*hydarthrose chronique* entraîne peu à peu le relâchement de l'articulation et la subluxation de la tête humérale en avant.

Lorsque l'épanchement survenu dans l'articulation, est plus riche en corpuscules purulents, les douleurs revêtent une intensité plus grande, et l'on observe, en outre, deux symptômes, à savoir une tuméfaction péri-articulaire qui, lorsque l'épanchement est franchement purulent, devient un phlegmon, et, d'autre part, comme réaction générale, une fièvre plus ou moins vive.

En général, la perforation de la capsule par voie d'ulcération ne tarde pas à se produire dans ces cas. Mais, alors même que le pus a franchi la capsule pour former un abcès péri-articulaire, il n'est pas toujours facile d'arriver sûrement à la conclusion qu'il s'agit nécessairement d'une suppuration de l'articulation. La partie de la capsule correspondant au bord inférieur du sous-scapulaire est la seule qui ne soit pas recouverte par les muscles, et parfois l'abcès du creux axillaire est le premier signe annonçant que le pus a franchi cette membrane. D'autres fois l'épanchement suit la voie du tendon du biceps et apparaît sous forme d'abcès, au-dessous du deltoïde. Mais, le plus souvent, se produisent, le long des différents muscles péri-articulaires, des fusées purulentes, soit vers l'omoplate, dans les fosses sous-scapulaire, sus ou sous-épineuse, soit du côté de la cage thoracique, sous le muscle grand pectoral. Or, les abcès qui proviennent de l'omoplate elle-même ou des bourses séreuses, ou qui prennent naissance dans les interstices musculaires, peuvent suivre

les mêmes voies que le pus provenant de l'articulation; on comprend, dès lors, qu'il ne soit pas toujours possible de poser un diagnostic certain, même en établissant l'anamnèse avec le plus grand soin et en observant scrupuleusement la marche de la maladie; l'incertitude qui subsiste quelquefois, est d'autant plus compréhensible que, précisément dans les cas aigus, l'examen de l'état fonctionnel du membre ne donne pas toujours des points de repère sûrs. En effet, dans les affections péri-articulaires, on observe aussi, le plus souvent, une raideur de l'épaule dans l'adduction. Même lorsqu'il s'agit de plaies articulaires de l'épaule par coups de feu, on est loin d'avoir toujours la certitude que le projectile a pénétré dans l'articulation. La plaie est-elle récente, c'est avec le doigt que l'on pourra le mieux constater la lésion de la tête humérale. Mais on ne pourra pénétrer directement dans le trajet de la balle qu'en examinant le membre dans la position qu'il présentait, au moment de l'accident, car, si l'on néglige cette précaution, il y a défaut de parallélisme des parties superficielles et profondes. Lorsqu'il s'est écoulé déjà un certain temps, depuis le moment de la blessure, on doit bien se garder de pratiquer l'exploration digitale, et si des abcès viennent alors à se former, dans le voisinage de l'articulation, le diagnostic de lésion articulaire ne pourra souvent être posé qu'avec plus ou moins de probabilité, car, dans nombre de cas, il est impossible de tirer des conclusions certaines de la situation des orifices d'entrée et de sortie du projectile. On devra alors ouvrir largement les abcès dans l'anesthésie chloroformique, et, par les ouvertures ainsi pratiquées, on pourra, à l'aide du doigt et de la sonde, s'assurer de l'état de l'articulation, à moins que, la suppuration étant très peu abondante, on ne croie devoir renoncer à un diagnostic absolument sûr.

Des déplacements notables de la tête humérale, des **luxations spontanées** pouvant avoir de l'importance pour le diagnostic, ne s'observent guère dans les processus inflammatoires aigus de l'articulation de l'épaule; lesquels s'accompagnent d'une tuméfaction plus ou moins considérable de la région. La tête de l'humérus échappe facilement à la destruction rapide par ulcération, car, le plus souvent, elle s'éloigne bientôt de la surface glénoïdienne, de sorte que les extrémités articulaires ramollies n'ont pas à supporter une forte pression. La luxation spontanée s'observe bien plutôt dans les inflammations chroniques à la période de formation des fistules; la tête humérale ayant disparu, l'extrémité de l'os se déplace facilement du côté de l'apophyse coracoïde. Mais c'est dans les formes avancées de *carie sèche* que la disparition de la tête articulaire est tout à fait typique. Lorsque cette affection dure depuis longtemps, la perte de substance au-dessous de l'acromion frappe, en général, l'observateur; au lieu d'une saillie arrondie due à la tête de l'humérus, on observe alors une dépression sous-acromiale; par contre, *l'apophyse coracoïde est devenue la partie osseuse la plus saillante de la*

région, et souvent cette saillie a été prise par erreur pour une partie de l'humérus. Cependant la carie sèche est encore bien souvent méconnue. Au début de la maladie on croit avoir affaire à un rhumatisme, mais ce qui devrait déjà nous préserver d'une pareille erreur, c'est que cette affection est rare chez les individus jeunes, tandis que c'est précisément dans le jeune âge que l'on observe le plus souvent la carie sèche. De très bonne heure on constate alors une atrophie du muscle deltoïde, en même temps qu'une résorption inflammatoire de la tête humérale. Le bras maintenu immobile dans l'adduction, est douloureux, au niveau de la tête humérale; en outre, le malade accuse des douleurs, parfois très vives, s'irradiant dans le bras. En explorant avec soin la région sous-acromiale, on trouve que la région de la tête humérale est vide, et il n'est pas rare que l'on croie alors avoir affaire à une luxation, car la tête humérale atrophiée a été attirée vers l'apophyse coracoïde et est restée fixée au niveau de cette dernière, et, d'autre part, la carie sèche se développe assez souvent, à la suite d'un traumatisme. Mais on se préservera d'une semblable erreur en constatant que la tête humérale déplacée est en même temps considérablement atrophiée; le meilleur moyen de s'en assurer consiste à pénétrer profondément avec le bout des doigts dans la cavité axillaire, tandis que les doigts de l'autre main s'appuient sur la tête humérale, au-dessous de l'apophyse coracoïde. Assez souvent on réussit d'ailleurs à démontrer le raccourcissement du bras par la mesure directe.

§ 36. — L'arthrite déformante se développe à l'épaule en même temps que dans d'autres articulations. Dans plusieurs faits que j'ai observés et qui ont été décrits par HENKE, l'articulation scapulo-humérale offrait une altération particulière, à savoir l'usure par frottement de la tête humérale et de la grosse tubérosité contre l'acromion. Cette partie de l'os offrait, en conséquence, une surface lisse; en outre, la capsule et le tendon du sus-épineux avaient été usés de part en part, et l'ancienne articulation communiquait avec la bourse séreuse sous-acromiale. Les mouvements s'opéraient évidemment d'une façon assez complète dans cet espace sous-acromial, lequel, nous l'avons vu déjà antérieurement (§ 17), peut être considéré en quelque sorte comme une seconde cavité articulaire. L'arthrite déformante de l'épaule n'est pas du tout rare, et elle se manifeste parfois, déjà de bonne heure, par une augmentation de volume considérable de l'articulation. Des villosités se forment alors volontiers et en abondance, et les mouvements du bras sont douloureux et s'accompagnent de craquements. VOGT a attiré l'attention sur la fréquence de la destruction du tendon du biceps dans l'arthrite déformante de l'épaule, et sur la possibilité de poser de bonne heure le diagnostic de cette forme d'arthrite en se basant sur la gêne fonctionnelle du biceps et les autres symptômes de cette affection. Le traitement est celui de l'arthrite déformante en général. Des mouvements modérés sont, en tout cas, à conseiller.

§ 37. — Nous n'avons que peu de chose à ajouter au sujet du pronostic des inflammations de l'articulation de l'épaule.

La **synovite aiguë suppurée** peut guérir même avec conservation des mouvements de l'articulation, mais elle n'est pas sans offrir certains dangers, à cause des fusées purulentes et de la longue durée de la suppuration. Il en est surtout ainsi des *blessures de l'articulation*, dont les conséquences sont d'autant plus graves que la suppuration est assez souvent entretenue dans ces cas par la présence de débris osseux. Il est difficile de donner le chiffre de la mortalité, à la suite de ces arthrites suppurées.

Les **suppurations articulaires d'origine traumatique** guérissent rarement sans laisser à leur suite une gêne fonctionnelle notable de l'articulation. Un degré variable de contracture ou d'ankylose, avec diminution des mouvements de l'humérus sur l'omoplate, est un résultat considéré habituellement comme favorable, même lorsqu'il s'agit de blessures légères par armes à feu.

Les conditions sont, il est vrai, de beaucoup meilleures, lorsque, déjà de bonne heure, avant que des désordres considérables se soient produits dans l'articulation, on pratique l'arthrotomie avec les précautions antiseptiques, ou que, la cavité articulaire étant déjà ouverte, on soumet cette dernière à la désinfection et à un drainage approprié. Une circonstance défavorable dans les suppurations de l'épaule, c'est qu'il est difficile de placer les drains dans les endroits convenables, à cause de l'épaisseur des muscles de la région. Le malade étant couché, on devra, pour obtenir du drainage toute son efficacité, établir l'orifice d'écoulement dans un point situé à la face postérieure de l'articulation.

Les **arthrites tuberculeuses** de l'épaule (chroniques granuleuses [fongueuses], et granuleuses suppurées) font courir au malade les dangers qu'entraînent ces affections, dans les grandes articulations en général. Souvent elles constituent déjà un symptôme de la tuberculose généralisée; assez fréquemment, cette dernière se développe dans le cours de l'affection articulaire, ou bien les malades deviennent cachectiques, à la suite d'une suppuration de longue durée. La carie sèche évolue ordinairement dans l'espace de quelques années, et elle se termine par la soudure de la tête humérale atrophiée avec la surface articulaire de l'omoplate ou les parties voisines de cette dernière. J'ai déjà attiré l'attention sur la fréquence, dans cette maladie, de la tuberculose d'autres organes et surtout de la phthisie pulmonaire.

Dans les cas de guérison des formes graves d'arthrite de l'épaule, on doit compter avec deux causes possibles de troubles fonctionnels du membre, à savoir la **roidure**, **contracture** ou **ankylose**, et l'altération connue sous le nom d'**articulation flottante ou ballante**. L'ankylose se produit presque toujours en forte adduction, et elle a pour inconvénient l'impossibilité de certains mouvements du bras et de la main exigeant une abduction de plus de 90°. Néanmoins, dans l'ankylose de l'épaule, le membre rend plus de services au malade que lorsqu'il