

Je n'ai rien à signaler à propos des couches superficielles du moignon de l'épaule, si ce n'est que dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de la face supérieure de l'acromion, existe parfois une bourse séreuse, la bourse *sus-acromiale*, développée surtout chez les sujets qui portent des fardeaux sur l'épaule.

Les filets terminaux des branches sus-acromiale et sus-claviculaire du plexus cervical rampent dans la couche sous-cutanée et vont se rendre à la peau. La partie postérieure de la peau de l'épaule reçoit, en outre, une branche, dite *rameau cutané* de l'épaule, provenant du nerf circonflexe. On observe assez souvent à la suite de luxations de l'épaule une paralysie du deltoïde, que l'on a attribuée à une contusion ou à une distension de ce nerf. M. Th. Anger a eu l'idée ingénieuse de vérifier au moment de l'accident l'état de sensibilité du territoire cutané de ce rameau au point de vue du pronostic.

Le muscle deltoïde enveloppe de toutes parts l'articulation scapulo-humérale.

Il se fixe en haut : à la lèvre inférieure de l'épine de l'omoplate, au bord externe de l'acromion et au tiers externe du bord antérieur de la clavicule. En bas, il s'attache par trois tendons aux deux branches et à la pointe du V deltoïdien. Ce muscle est fasciculé; entre ses faisceaux existe une certaine quantité de tissu cellulo-adipeux, qui peut donner naissance à un lipome. Ces lipomes *intra-deltoïdiens* sont fort difficiles à distinguer d'un kyste.

Le deltoïde est le muscle *abducteur* du bras; il est seul à remplir cette fonction : aussi, sa paralysie entraîne-t-elle la perte complète de l'abduction. On a beaucoup discuté sur la cause de cet accident, qui se présente à la suite des luxations ou des contusions de l'épaule. Tient-il à une distension, une déchirure, une contusion du nerf circonflexe, ou simplement à une contusion du muscle lui-même, ou à une immobilisation prolongée? Je reviendrai plus loin, à propos du creux de l'aisselle, sur cette grave question des paralysies totales ou partielles du plexus brachial à la suite des traumatismes de l'épaule.

En tout cas, la paralysie du deltoïde constitue un accident d'autant plus sérieux qu'il peut persister toujours. Il y aurait donc grand intérêt à la prévoir au moment même de la luxation : c'est pour cela que la remarque de M. Th. Anger est intéressante.

A la suite de chutes sur le moignon de l'épaule survient quelquefois une névralgie du nerf circonflexe, qui peut être confondue avec une périarthrite, et dont l'existence se révèle par le trajet de la douleur et la présence de points douloureux. Ces faits peu connus méritent d'attirer l'attention du clinicien, car un vésicatoire volant appliqué sur le parcours du nerf peut produire une amélioration rapide.

Le deltoïde est tapissé à sa face interne par une lame aponévrotique qui lui constitue, avec l'aponévrose superficielle, une gaine complète. Plus profondément existe une couche de tissu cellulaire très lâche qui facilite les mouvements de la tête humérale. On y trouve toujours une ou plusieurs bourses séreuses. L'une d'elles, constante (BS, fig. 166), appelée *sous-deltoïdienne*, est suffisamment développée à l'état normal pour contenir une trentaine de grammes de liquide. Cette cavité peut être le siège de collections séreuses ou purulentes que l'on rattacherait à l'articulation scapulo-humérale, si l'on n'était prévenu. L'examen attentif du jeu des surfaces articulaires permet d'éviter l'erreur. Une seconde bourse séreuse, qui ne m'a pas paru constante, siège au-