

La synoviale articulaire n'offre rien de spécial à noter, à part ses prolongements, dont j'ai déjà parlé. Elle est susceptible d'éprouver les mêmes lésions que les autres séreuses articulaires; toutefois, il est remarquable qu'elle soit l'une des moins fréquemment atteintes: la synovite fongueuse y est rare; l'hydarthrose scapulo-humérale y est également très rare. La présence du liquide détermine une saillie du moignon de l'épaule, appréciable surtout à la partie antérieure, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral. La tête de l'humérus abandonne la cavité glénoïde et tombe légèrement. On observe ce même abaissement de l'humérus dans la paralysie du deltoïde et dans celle des muscles qui s'attachent aux tubérosités humérales. En repoussant le coude en haut à l'aide d'un mouvement brusque, on sent parfois le choc de la tête contre la cavité, choc analogue à celui de la rotule sur les condyles du fémur dans l'hydarthrose du genou.

Si les arthrites de l'épaule sont relativement rares, il n'en est pas de même des raideurs articulaires qui suivent une immobilisation prolongée du bras. Je ne saurais trop prévenir de ce fait les praticiens. C'est ainsi, par exemple, qu'il est fréquent de voir, surtout chez les personnes déjà âgées, une impuissance presque absolue du bras succéder à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et persister assez longtemps pour que la cause première cesse d'être invoquée. On pense à un rhumatisme, à une arthrite sèche, etc., tandis que la cause unique est l'immobilisation trop prolongée du membre. En conséquence, on fera exécuter à l'articulation scapulo-humérale des petits mouvements, toutes les fois qu'ils ne seront pas absolument contraires au traitement.

L'articulation scapulo-humérale présente avec les saillies osseuses voisines des rapports utiles à connaître. Blandin avait déjà fait remarquer que l'épicondyle et l'acromion sont situés sur une même ligne. Mais, détail plus important à connaître, cette ligne aboutit en haut à la grosse tubérosité humérale. Il résulte de ce dernier rapport qu'une ligne partant de l'épicondyle et menée parallèlement à l'axe du bras arrive à cette tubérosité. On peut donc, de cette façon, déterminer la position du trochin sur le vivant dans une luxation de l'épaule, et, par suite, celle de la tête de l'humérus. J'ai l'habitude, à l'hôpital, à l'aide de cette donnée suffisamment exacte, de dessiner sur la peau la tête de l'humérus dans ses nouveaux rapports, ce qui rend les symptômes encore plus appréciables.

L'articulation est surmontée par une voûte ostéo-fibreuse, la *voûte acromio-coracoïdienne*, qui limite absolument le mouvement d'ascension de la tête de l'humérus et s'oppose, ainsi que je l'ai déjà dit, aux luxations en haut.

Pour bien découvrir l'articulation, qu'il s'agisse de pratiquer une résection ou une désarticulation scapulo-humérale, il faut plonger le couteau sur le milieu de la voûte et diviser du même coup les téguments, le deltoïde et le ligament qui unit l'acromion à l'apophyse coracoïde. L'incision partant du bord externe de l'acromion, proposée par Larrey pour la désarticulation de l'épaule, a le grand inconvénient de ne pas découvrir la surface articulaire et de rendre l'opération plus difficile. Donc, c'est l'incision antérieure qu'il faut pratiquer toutes les fois qu'on veut ouvrir la capsule.

Recouverte et protégée par le deltoïde, l'apophyse coracoïde est très rarement atteinte de fracture; il est difficile de la sentir sous le doigt pour déterminer