

reste, l'inconvénient qui résulte d'une légère difformité est nul, quant aux mouvements et à la force du membre.

La fracture de l'apophyse coracoïde et celle du col de l'omoplate ne pouvant être produites que par l'action de causes très-violentes, le désordre des parties molles qui les accompagne ne permet de les envisager que comme des fractures compliquées dans le traitement desquelles il s'agit moins de réduire et de maintenir réduits les fragments, que de modérer, par les remèdes généraux, le régime et les applications convenables, les accidents graves qu'on a toujours à craindre en pareil cas.

Quant aux fractures avec écrasement du corps de l'omoplate, ordinairement produites par des coups de feu ou par toute autre cause aussi violente, leur traitement rentre dans les principes généraux de celui des fractures compliquées, que nous avons déjà exposé précédemment. Nous ajouterons seulement qu'on ne doit rien négliger pour prévenir le désordre toujours très-grave que peuvent causer les abcès formés entre l'omoplate et le muscle sous-scapulaire, et qu'on en vient quelquefois à bout en pratiquant des incisions suffisantes pour enlever les esquilles qui sont entièrement détachées, ou situées de manière à irriter fortement les parties molles, en ayant recours même, s'il le faut, à l'application du trépan.

ARTICLE IX.

Des fractures de la clavicule.

La situation superficielle de la clavicule à la partie supérieure et antérieure de l'épaule, sa forme cylindrique et courbe en deux sens contraires, sa structure compacte et par conséquent cassante; enfin, les usages auxquels elle est destinée, et qui consistent à tenir l'extrémité supérieure à une distance convenable du tronc, à être le point central de tous les mouvements du membre pectoral, et à supporter seule les efforts de ce membre sur le tronc, ou de ce dernier sur l'extrémité supérieure, rendent très-fréquentes les fractures de cet os.

Ces fractures peuvent résulter également de l'action d'une cause qui agit sur les deux extrémités de l'os et fait effort pour augmenter ses courbures naturelles, ou de celle d'un corps qui agit immédiate-

ment sur le lieu même de la fracture. Dans le premier cas, c'est presque toujours une chute dans laquelle le moignon de l'épaule a supporté tout le poids du corps et où la clavicule s'est trouvée pressée par ses deux extrémités entre la résistance du sol et la facette articulaire du sternum. Dans cet effort en sens contraire qu'éprouvent les deux extrémités de l'os, et qui tend à les rapprocher, sa courbure externe ou scapulaire est augmentée, la fracture survient au milieu de la longueur ou au tiers externe de l'os; et le fragment extérieur, cédant aux puissances musculaires qui entourent l'épaule et au poids du bras, se porte en bas et en dedans, et prend une direction différente de celle qu'affectait la totalité de la clavicule, le bout interne de ce fragment se trouvant alors dirigé en haut.

Dans l'effort même de la chute, ce fragment externe peut subir un déplacement bien plus considérable et causer des accidents bien plus graves que la fracture elle-même: si la chute a lieu, l'extrémité supérieure étant étendue et portée dans la direction latérale selon laquelle le corps est entraîné, la paume de la main, le coude, peuvent porter sur le sol et arrêter le mouvement; alors, s'il n'arrive pas de solution de continuité dans la longueur du membre supérieur, et que le mouvement transmis tout entier à la clavicule suffise pour la rompre, le corps étant fort distant du sol et ne pouvant être arrêté à temps par la résistance de ce dernier, le fragment externe est poussé fort avant dans les parties molles par la continuation de l'effort, et peut dilacérer une partie du plexus brachial, les vaisseaux sous-claviers, le tissu cellulaire, et sortir même à travers les téguments. Mais un pareil désordre est extrêmement rare, et ordinairement les fractures de la clavicule dépendantes d'une cause médiate sont les plus simples.

Dans le cas où une percussion portée directement sur la clavicule détermine la fracture de cet os, la solution de continuité a lieu dans le point même qui a reçu la violence, et est toujours accompagnée d'une lésion plus ou moins considérable des parties molles. Par rapport à sa situation, la fracture peut être distinguée, dans ce cas, en deux sortes bien différentes: celle qui a lieu dans la partie de l'os comprise entre son extrémité sternale et l'insertion des ligaments qui l'unissent à l'apophyse coracoïde, et celle qui a son siège dans l'extrémité scapulaire de la clavicule, entre l'apophyse coracoïde et l'acromion. Dans le premier cas, les fragments de la fracture sont tou-

jours déplacés; dans le second, il n'y a point de déplacement, ou du moins il n'est pas de toute l'épaisseur de cette portion de l'os, qui est fort mince; les deux fragments étant assujettis, l'un sur l'apophyse acromion, l'autre sur la coracoïde, il ne peut pas y avoir de déplacement selon la longueur de la clavicule, et l'épaule n'en est pas moins soutenue à la distance ordinaire du tronc par le seul fragment interne.

Toutes les fois que la fracture de la clavicule est produite par une cause immédiate, elle est compliquée d'une contusion plus ou moins forte soit des parties qui couvrent cet os, soit de celles qui sont situées au-dessous; elle peut même s'étendre au plexus brachial. Cette fracture peut être compliquée aussi de solution de continuité des parties molles, de commotion; l'os peut être brisé en éclats, selon la nature et la violence de la cause directe.

Le déplacement a lieu dans toutes les fractures de la clavicule, excepté, comme nous l'avons déjà indiqué, dans celle qui a lieu au delà des rapports de cet os avec l'apophyse coracoïde; dans tout autre cas, l'os n'a pas assez d'épaisseur, les fragments ne se correspondent pas par des surfaces assez étendues pour pouvoir se soutenir mutuellement, et le poids du bras, dont la direction est perpendiculaire à l'axe de la clavicule, agit trop avantageusement sur le fragment externe pour qu'il ne perde pas aussitôt ses rapports avec l'interne et qu'il ne soit pas entraîné en bas par cette cause, tandis que les muscles grand et petit pectoraux et le sous-clavier le portent en devant et en dedans. Dans leurs nouveaux rapports, les fragments sont disposés de manière que le scapulaire étant situé au-dessous du sternal et dirigé un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, son extrémité interne est en contact avec la face inférieure du fragment sternal, à une distance plus ou moins grande de l'extrémité externe de ce dernier.

En général, le diagnostic de la fracture de la clavicule est extrêmement facile: le moindre coup d'œil, le seul examen de l'attitude du corps, peuvent suffire pour la faire reconnaître aux praticiens exercés. Toutes les fois qu'à la circonstance antécédente d'une chute sur le moignon de l'épaule, sur la paume de la main ou sur le coude, ou d'une violence exercée directement sur la clavicule, on peut joindre les signes suivants, il ne peut rester le moindre doute sur la fracture de cet os: le bras est pendant sur le côté du corps, l'avant-bras

étendu, et toute l'extrémité dans un état de rotation en dedans. Le malade incline un peu le tronc et la tête de ce côté. Il soutient ordinairement l'avant-bras du côté malade avec la main du côté opposé; il craint la douleur que les mouvements de l'extrémité malade lui causeraient; il ne peut élever le bras et le porter en avant; il est surtout gêné pour le mouvement de circumduction par lequel il dirigerait sa main vers la partie antérieure de la tête ou sur l'épaule du côté opposé, et si on l'engage à porter sa main à la tête, il exécute ce mouvement en partie par la flexion de l'avant-bras, en partie par l'inclinaison du tronc et de la tête vers le poignet. L'épaule est plus basse et moins distante de la ligne médiane du tronc. En promenant la main le long de la face supérieure de la clavicule, on sent sa moitié ou ses deux tiers internes conformés et dirigés comme dans l'état naturel; mais le reste de l'os est situé beaucoup plus bas et porté dans un sens différent: dans le lieu où cette direction change, on distingue les bouts correspondants des fragments. Les mouvements que l'on imprime au bras, ou ceux que l'on communique aux fragments, peuvent produire la crépitation. Enfin si, avec une main placée sous l'aisselle, on porte la partie supérieure du bras en dehors et en arrière, tandis que de l'autre main saisissant le coude, on le repousse fortement en dedans, en avant et en haut, on redonne facilement à l'épaule son élévation et sa saillie naturelles, et on replace les deux fragments bout à bout.

Mais l'ensemble de ces phénomènes ne se rapporte qu'aux fractures comprises entre l'extrémité sternale de la clavicule et l'apophyse coracoïde; car celles qui affectent la portion de cet os comprise entre son extrémité scapulaire et l'apophyse coracoïde n'étant presque pas susceptibles de déplacement, il n'en résulte aucun effet remarquable dans l'attitude et les mouvements du membre. On doit examiner alors attentivement le point douloureux, celui de la contusion qu'a produite l'agent externe qui a donné lieu à la fracture. Quand l'épaule est abandonnée à son propre poids, on sent tout près de l'apophyse acromion une légère dépression causée par le fragment externe qui se déplace incomplètement selon l'épaisseur de l'os, en se portant un peu vers le bas; cette dépression disparaît facilement dès qu'on soulève l'épaule, en repoussant le bras directement en haut avec une main placée sous le coude. Du reste, les mouvements ne sont que très-peu gênés par la douleur.

Quand la fracture de la clavicule est simple, et surtout quand elle ne dépend pas d'une cause immédiate, c'est une maladie de peu d'importance. Abandonnée à elle-même, les fragments se touchent encore, quoique déplacés, cette fracture se consolide parfaitement, à la vérité avec une difformité plus ou moins grande, mais qui ne gêne presque pas dans la suite les mouvements du membre. Mais le danger s'accroît en raison de la contusion des parties molles, et il peut devenir très-grand, si le plexus brachial, les vaisseaux sous-claviers, etc., sont lésés.

Il n'y a point de fracture plus facile à réduire et plus difficile à maintenir réduite que celle de la clavicule; aussi est-il extrêmement rare que cette fracture se consolide sans diminution dans la longueur de l'os, et sans difformité à l'endroit même de la réunion. Pour faire sentir les difficultés du traitement de cette fracture, et pour mettre le lecteur en état de juger du degré d'utilité des moyens que l'on a mis en usage, nous exposerons d'abord les indications que ce cas présente, et nous rechercherons ensuite jusqu'à quel point les bandages et les appareils connus sont propres à les remplir.

Nous avons déjà parlé de la facilité avec laquelle on réduit la fracture de la clavicule, et nous avons dit qu'il suffisait pour cela de pousser la partie supérieure du bras pendant au côté du tronc en dehors et un peu en arrière, avec une main placée à sa partie interne près de l'aisselle, tandis qu'on porte sa partie inférieure en dedans et un peu en avant, avec l'autre main placée sous le coude, et qu'on dirige la totalité du bras directement en haut, afin de relever le moignon de l'épaule au-dessus du niveau de l'extrémité supérieure du sternum. Par ce procédé, on fait tout à la fois l'extension, la contre-extension et la coaptation, et l'on redonne à la clavicule sa longueur et sa direction naturelles.

Dans presque toutes les fractures, après avoir replacé les fragments dans leurs rapports naturels, on peut appliquer autour de l'os des bandages et des pièces d'appareil qui s'opposent à de nouveaux déplacements, et qui maintiennent les pièces de l'os fracturé en contact dans la situation qu'on leur a donnée lors de la réduction. Il n'en est pas de même dans la fracture de la clavicule. On ne peut obtenir une réunion exempte de raccourcissement et de difformité qu'en continuant, pendant toute la durée du traitement, l'extension et la contre-extension que l'on pratique dans le moment de la réduction; c'est le

seul moyen de prévenir de nouveaux déplacements, de maintenir les fragments bout à bout, et d'obtenir leur réunion dans cette situation. Il suit de là qu'un appareil quelconque, destiné à contenir la fracture de la clavicule, ne peut être efficace qu'autant qu'il maintient l'épaule dans la position où elle a été mise par la réduction; mais il faut aussi que l'action de ce même appareil soit constante et invariable, car pour peu qu'elle vienne à céder, le fragment externe obéit à l'action du grand et du petit pectoral, qui tendent sans cesse à rapprocher le bras du tronc; il cède également au poids du bras qui le porte en bas, et la clavicule rompue ne pouvant plus soutenir l'épaule à sa hauteur naturelle, ce même fragment externe passe au-dessous de l'interne, se rapproche de la poitrine, et le déplacement des fragments a lieu de nouveau selon la longueur de l'os.

Si nous examinons maintenant les moyens que l'on a mis en usage pour le traitement de la fracture dont nous parlons, il sera facile de voir qu'ils sont bien éloignés de réunir les conditions qui les rendraient propres à procurer une guérison sans difformité. Celui qui a été employé le plus anciennement et le plus généralement est le bandage étoilé, qui se fait en conduisant une bande d'une épaule à l'autre par la partie postérieure de la poitrine, de manière à décrire un 8 de chiffre dont les croisés correspondent à l'intervalle des omoplates, tandis que les circulaires de la bande embrassent le moignon des épaules. Pendant l'application de ce bandage, on s'efforce de porter les épaules en arrière, et l'on se propose de les maintenir dans cette position par son moyen. Mais il est facile de voir que ce bandage, qui n'a d'autre effet que de porter les épaules en arrière, manque des deux conditions qui le rendraient propre à remplir l'objet qu'on se propose dans le traitement de la fracture de la clavicule, et qui est de porter l'épaule en dehors, et de soutenir le poids de l'extrémité supérieure. En supposant même que la seule indication à remplir consistât à porter les épaules fortement en arrière et à les maintenir dans cette position, le bandage en 8 de chiffre serait insuffisant pour produire cet effet, attendu que les cercles en étant trop larges, ils s'enfoncent trop sur les épaules, et que la ligne de direction de la puissance passe presque par le point d'appui, ce qui en rend la plus grande partie absolument inutile. Ajoutons à cela que le bandage se relâche promptement, et que la précaution de le serrer beaucoup, pour éviter ce dernier inconvénient, n'a d'autre effet que celui de lui faire exercer sur les saillies formées par le grand

pectoral et le grand dorsal une compression fort incommode, quelquefois insupportable, d'où résultent des excoriations, et même la mortification des téguments. Ces derniers accidents sont d'autant plus à craindre, que la bande se plisse, se roule dans l'aisselle, ce qui rend la compression qu'elle exerce si pénible, qu'on a vu des malades renoncer au traitement de leur fracture, et l'abandonner entièrement à la nature.

Pour augmenter la force de ce bandage, et rendre son action permanente sans être obligé de le défaire toutes les fois qu'il est relâché, J.-L. Petit conseille de placer une compresse étroite et longue sur la peau derrière le dos et d'une épaule à l'autre, avant d'appliquer la bande. Le bandage étant achevé, il prescrit de tirer en sens inverse les extrémités de la compresse transversale et de les fixer ensemble. Il est évident que cette compresse n'ajoute rien ou presque rien à l'action du bandage en 8 de chiffre. Si on veut qu'elle remplisse les vues pour lesquelles elle est prescrite, il faut faire faire à la bande quelques circonvolutions particulières autour de chaque épaule : de cette façon, en tirant les extrémités de la compresse l'une vers l'autre, on rapproche puissamment les épaules l'une de l'autre en arrière. On voit aisément que cette addition au bandage en 8 de chiffre ne sert qu'à augmenter sa constriction, et par conséquent à le rendre plus incommode et plus difficile à supporter, sans empêcher le relâchement des bandes; mais elle ne remédie en aucune manière au vice radical du bandage, qui n'en est pas plus propre à remplir les indications essentielles, et dont tout l'effet se borne à porter les épaules en arrière avec un peu plus de force dans le premier moment de son application.

La croix de Heister, le corset de Brasdor, la courroie de Bruninghausen, et tous les autres moyens analogues, partagent plus ou moins les défauts du bandage dont nous venons de parler. Cependant il faut convenir qu'ils agissent avec plus de force, que leur action est moins variable, et que les malades les supportent mieux; mais ils sont bien inférieurs aux moyens dont nous allons parler.

Desault est le premier qui ait bien saisi les indications de la fracture de la clavicule, et qui, pour les remplir, ait eu l'idée de se servir de l'humérus comme d'un levier du premier genre, au moyen d'un coussin placé entre sa partie supérieure et le thorax. Ce célèbre chirurgien avouait avec candeur que Paul d'Égine et Ambroise Paré sem-

blaient avoir eu quelque idée analogue à la sienne; mais il y a loin du conseil vaguement exprimé de placer une pelote dans le creux de l'aisselle, à l'idée d'un appareil complet, aussi simple que bien conçu, qui porte l'empreinte du vrai génie, et qui est sorti des mains de son auteur, peut-être avec toutes les perfections dont il est susceptible. Depuis que la méthode de Desault est connue, l'émulation a produit différents essais sur la même matière, et l'on a modifié son appareil de diverses manières, mais en se conformant toujours aux idées de ce célèbre praticien. Ainsi on peut dire de cette méthode ce que Louis a dit de celle de Petit pour l'opération de la fistule lacrymale : « Elle est un tronc sur lequel on a enté plusieurs inventions particulières plus ou moins réfléchies, qui, loin de la détruire, font honneur au génie de M. Petit. »

L'appareil de Desault consiste en un coussin cunéiforme, fait avec des morceaux de linge usé, assujéti par quelques tours de bande contre le côté du thorax et sur l'épaule du côté sain, de manière que la base du coin corresponde dans le creux de l'aisselle du côté malade, et en deux longues bandes destinées à être employées ainsi qu'il suit. Le bras du côté malade qui, pendant l'application du coussin, était soutenu horizontalement, est ramené à côté du tronc sur le coussin cunéiforme, de manière que la base de celui-ci remplissant et au delà l'intervalle qui se trouve entre l'extrémité supérieure de l'humérus et la poitrine, l'épaule se trouve d'autant plus portée en dehors que la base du coussin est plus épaisse et que le coude est plus près du tronc. D'un autre côté, le coude étant dirigé un peu en devant, l'épaule est portée d'autant en arrière. Enfin, en soulevant le coude, on dirige l'épaule en haut, ce qui donne à la clavicule sa longueur et sa direction naturelles. Il ne s'agit plus que d'assujettir solidement le bras dans cette position, puisque de là dépend tout le reste. La première des deux bandes sert d'abord à faire des circulaires, ou plutôt des doloires ascendants qui comprennent la poitrine et toute la longueur du bras depuis le coude jusqu'àuprès de l'épaule. La seconde, partant de dessous l'aisselle du côté sain, monte obliquement sur l'épaule malade, descend derrière le bras, sous le coude du même côté, sous la partie supérieure de l'avant-bras; de là elle remonte obliquement sous l'aisselle du côté sain, derrière la poitrine, sur l'épaule du côté malade; elle redescend ensuite devant le bras et sous le coude du même côté, pour remonter obliquement derrière la poitrine, sous

l'aisselle saine, sur l'épaule malade, etc., continuant à parcourir les mêmes circuits jusqu'à trois fois, et finissant par de nouveaux circulaires qui assujettissent le tout.

Nous ferons observer relativement à la construction et aux effets de cet appareil, que le linge usé dont Desault se servait pour faire son coussin cunéiforme rend cette pièce infiniment trop dure, et qu'elle a souvent causé des douleurs intolérables, l'engourdissement de tout le membre, et même des ulcérations profondes à la face interne du bras, faute d'avoir levé l'appareil à propos. Un paillason de balle d'avoine est préférable à cause de sa mollesse et de la douceur de la compression qu'il exerce; mais il ne conserve pas longtemps sa forme, et il a l'inconvénient d'obliger à renouveler souvent l'appareil, si l'on veut qu'il agisse avec exactitude. Le coton, qui n'a pas le même inconvénient, mais qui n'a pas toute la fermeté désirable pour cet usage, est pourtant encore ce qu'il y a de mieux pour la construction du coussin cunéiforme.

La dernière bande, dont l'application compliquée a pour but de prendre sur les épaules un point d'appui suffisant pour soutenir le poids de l'extrémité supérieure et de maintenir le coude dirigé en avant, perd une grande partie de son action dans les spirales prolongées qu'elle décrit, depuis au-dessous du coude du côté malade, au-dessous de l'aisselle du côté sain jusque sur l'épaule du côté de la fracture; d'ailleurs, elle passe sous le coude malade, dirigée alternativement de devant en arrière et de derrière en devant. Elle est d'une application bien plus simple et bien plus propre à l'utilité qu'on s'en promet, quand on la conduit de dessus l'épaule du côté sain sous le coude du côté de la fracture. Alors la bande agit dans une direction simple et soutient bien plus solidement le coude et toute l'extrémité supérieure, et comme elle passe sous le coude toujours de derrière en devant, elle dirige bien plus sûrement cette partie dans le sens convenable.

Tel qu'il est, et avec les changements que nous venons d'indiquer, cet appareil a encore des inconvénients. Il est fatigant pour le malade, gêne les mouvements de la respiration, surtout dans le principe, comprime les seins et les rend douloureux chez les femmes, etc. Mais le plus grand de ses défauts est celui qu'il partage avec tous les appareils faits avec de longues bandes de toile: ces liens ne tardent pas à se relâcher, et si l'on n'a pas le soin de les rétablir tous les deux

ou trois jours, surtout dans le commencement, ils n'ont bientôt plus aucune action. Or, comme ce bandage est compliqué, long et embarrassant à faire, chaque renouvellement rend inévitables des mouvements des fragments, qui nuisent beaucoup à la consolidation de la fracture. C'est pour éviter ce dernier inconvénient, et pour mettre en usage la méthode de Desault avec un appareil plus simple et plus facile à resserrer, sans s'exposer à déranger les fragments, que nous avons fait construire celui que nous allons décrire et que nous avons employé souvent avec le plus grand succès (1).

Un coussin cunéiforme, construit sur les principes que nous avons exposés, est fixé sous l'aisselle du côté malade, au moyen de deux liens adaptés à ses angles supérieurs, et qui sont conduits par les parties antérieure et postérieure de la poitrine sur l'épaule du côté sain pour y être attachés. Une ceinture de toile piquée, large d'environ cinq pouces, est placée autour de la poitrine à la hauteur du coude, et serrée par trois boucles et trois courroies fixées à ses extrémités. Un bracelet, également de toile piquée, de quatre ou cinq travers de doigt de large, est placé autour de la partie inférieure du bras malade et fixé par le moyen d'un lacet. Quatre courroies attachées au bracelet, deux en avant et deux en arrière, s'engagent dans des boucles correspondantes fixées à la ceinture et servent à ramener le coude contre le tronc, tandis que le coussin, qui résiste sous l'aisselle, pousse en dehors la partie supérieure du bras et l'épaule. En serrant plus ou moins les courroies antérieures, on ramène plus ou moins le coude en avant. Enfin, on soutient le poids de l'extrémité supérieure au moyen d'une écharpe qui embrasse l'avant-bras, la main et le coude, et qui est fixée sur l'épaule du côté sain.

On voit que cet appareil est de la plus grande simplicité; que rien n'est si facile que de le tenir serré au point convenable, puisqu'il suffit pour cela de tendre les courroies, ce que le malade peut faire lui-même, et que les soins qu'il exige pour être entretenu serré convenablement n'exposent pas à communiquer aux fragments des mouvements nuisibles à leur réunion.

On rencontre des sujets dont la poitrine ne peut supporter aucune compression, et chez lesquels par conséquent cet appareil ne réussit

(1) Voyez planche I, figures 1, 2, 3.

rait pas mieux que tout autre : tels sont, par exemple, les asthmatiques. Il y a des cas où, la fracture étant compliquée de contusion ou même d'engorgement inflammatoire, on ne peut songer d'abord à la réduction, et si les accidents sont quelque temps à se dissiper, la consolidation est trop avancée pour qu'on puisse retirer quelque avantage des appareils contentifs. Dans tous ces cas, il faut se contenter de tenir le bras immobile auprès du tronc et de soutenir son poids aussi exactement qu'il est possible, par une bonne écharpe. La méthode de Bell conviendrait ici, si ce chirurgien avait songé à la nécessité de rendre le bras immobile, en l'assujettissant auprès du tronc. On doit, dans ce cas, placer entre le bras et le thorax un coussin d'épaisseur égale, assujettir ces deux parties l'une contre l'autre par des doloires qui s'étendent jusqu'au coude et qui soient plus serrés dans ce dernier point, et placer ensuite une grande écharpe qui comprenne la main, l'avant-bras et le coude. La fracture guérit alors par la réunion des fragments dans l'état de déplacement où ils se trouvent ; mais la difformité qui en résulte a si peu d'inconvénients, que quelques praticiens ont pensé qu'il serait plus avantageux d'abandonner toutes les fractures de la clavicule à la nature, que d'exposer le malade à la gêne d'un traitement par lequel on chercherait à prévenir cette difformité. On sent bien que cette opinion est exagérée ; mais aussi on ne peut pas nier qu'il n'y ait des cas où il est impossible d'obtenir une guérison exempte de difformité.

Si la fracture est simple, le malade ne sera assujéti à la diète que pendant les premiers jours ; il pourra se tenir levé, sortir même et se promener au bout de quelques jours. Cependant, comme il est difficile de bien soutenir le poids du membre, et que les mouvements du corps se communiquent toujours plus ou moins au bras et à l'épaule, et par conséquent aux fragments de la clavicule, il vaut encore mieux que le malade garde l'appartement et qu'il reste assis.

Dans les cas compliqués, le régime et le traitement doivent être dirigés conformément aux préceptes généraux que nous avons déjà exposés et sur lesquels nous ne reviendrons pas ici.

Enfin, quand la fracture a lieu à l'extrémité scapulaire de la clavicule, entre l'apophyse acromion et la coracoïde, il suffit, pour faciliter la consolidation des fragments dans les rapports les plus naturels, de tenir le coude soulevé et le bras fixé sur la poitrine. Ainsi l'appareil que nous venons d'indiquer, et qui consiste en un coussin

d'épaisseur égale partout, des doloires descendants qui embrassent le bras et le tronc, et une grande écharpe attachée d'une manière solide, suffit dans ce cas (a).

(a.) — L'article de Boyer sur les fractures de la clavicule étant entièrement théorique, je crois devoir y ajouter quelques réflexions pratiques. Elles ne seront relatives qu'aux fractures du corps de l'os et nullement à celles qui sont désignées sous la dénomination de fractures de l'extrémité externe de la clavicule.

Les fractures produites par une cause qui agit directement sur l'os ne sont accompagnées de contusion que lorsque cette cause a une action violente ; autrement il n'y a aucune trace de contusion. L'observation suivante en est la preuve. Deux infirmiers de l'hôpital Saint-Louis apportaient dans la salle la bassine qui contenait la soupe ; ils la portaient sur les épaules avec un gros bâton passé dans l'anse de la bassine. Celui qui marchait en tête, homme très-maigre, fit un faux pas, et dans ce mouvement le bâton appuya fortement sur la partie moyenne de la clavicule gauche et la cassa net, sans laisser sur la peau la moindre trace de la pression qu'il avait exercée. Je mis immédiatement un appareil, et il ne survint aucun gonflement inflammatoire. Si au contraire la cause fracturante a une action violente, elle produit une contusion locale qui nécessite l'usage des antiphlogistiques pendant un certain temps, ce qui retarde plus ou moins l'application de l'appareil. Un menuisier reçut sur l'épaule gauche une pièce de bois qui fractura la clavicule et produisit une forte contusion. Je fus obligé d'appliquer pendant quinze jours des cataplasmes pour faire disparaître les traces de cette contusion et pouvoir mettre l'appareil. Il y eut peu de difformité parce que le déplacement des fragments était peu considérable. Dans les cas de fractures de la clavicule par une cause directe analogues à celui que je viens de rapporter, les accidents de la contusion se dissipent presque toujours assez promptement pour que l'application de l'appareil puisse être faite en temps utile ; mais quelquefois la cause contondante ayant eu une action très-violente, a donné lieu à la déchirure des parties profondes, à une fracture de côtes, et quelquefois même il y a complication d'emphysème. Alors il faut négliger la fracture de la clavicule pour s'occuper uniquement des autres accidents qui ne sont jamais dissipés assez tôt