

d'ailleurs ne causerait pas un dommage très sérieux au point de vue fonctionnel, car j'ai vu des sujets, atteints de pseudarthrose de la clavicule, jouir de la plénitude des mouvements de l'épaule et du bras.

Le même appareil convient au traitement de la fracture des extrémités. Aucune manœuvre de réduction n'est utile pour celle de



Fig. 57.

l'extrémité externe, puisqu'il n'y a pas de déplacement, mais il n'en est pas ainsi pour la fracture de l'extrémité interne. Il faut exercer une forte abduction de l'épaule en même temps que l'on presse directement sur les fragments; on aurait au besoin recours au chloroforme, si la réduction était difficile ou trop douloureuse.

Les complications primitives des fractures de la clavicule sont extrêmement rares. On a signalé cependant quelques cas de dé-

chirure des vaisseaux sous-claviers par des esquilles. Je laisse de côté, bien entendu, les fractures par coups de feu, dont il est impossible de prévoir à l'avance les variétés.

Les complications consécutives sont également très rares; elles résultent en général de l'action exercée par le cal, soit sur les vaisseaux, soit sur les nerfs. Ces derniers peuvent subir une compression capable de déterminer une paralysie du membre supérieur: d'où la nécessité de réséquer le cal pour opérer le dégagement des cordons nerveux.

La déformation consécutive au traumatisme porte sur les extrémités de l'os: il s'agit d'une *luxation*.

a. *Luxation de l'extrémité externe de la clavicule.* — Je rappelle d'abord que l'interligne acromio-claviculaire se trouve exactement situé sur le prolongement de l'axe du bras, notion utile à connaître en clinique pour explorer cette articulation dont aucun relief ne révèle la situation précise. Tantôt la capsule acromio-claviculaire seule est déchirée, tantôt les ligaments qui unissent la clavicule à l'apophyse coracoïde ont cédé sous le choc: de là résultent deux variétés de luxation différant entre elles par le degré du déplacement: la première est en quelque sorte incomplète, la seconde est complète. Dans les deux cas, la déformation consiste en une saillie plus ou moins appréciable à l'œil et au toucher de l'extrémité externe de la clavicule. Le signe pathognomonique est le suivant: avec le doigt, exercez une pression directe sur cette saillie, vous la faites immédiatement disparaître sans grand effort et le moignon de l'épaule reprend sa forme normale, mais à peine avez-vous retiré le doigt que la déformation reparait. En répétant plusieurs fois de suite cette manœuvre d'ailleurs peu douloureuse, vous sentez nettement que la clavicule n'est plus fixée et se meut sous les doigts comme une touche de piano.

Lorsque la luxation est complète, le relief formé sous la peau est considérable; la clavicule, en quelque sorte détachée, est saisissable entre les doigts; la peau est soulevée et tendue; au-dessous de l'extrémité luxée se trouve un méplat, une dépression pouvant en imposer pour une luxation de l'épaule, et j'ai vu plusieurs fois des praticiens inexpérimentés commettre cette erreur. Elle est toutefois bien facile à éviter, pour peu qu'on y songe:

soutenez le coude d'une main et pressez de l'autre sur la clavicule, toute déformation disparaît aussitôt, et vous pouvez imprimer à l'humérus des mouvements de rotation qui s'exécutent normalement dans la cavité glénoïde; vos mains enlevées, la déformation se reproduit.

Une autre lésion, la fracture du col de l'omoplate, serait plus facilement confondue avec la luxation complète de l'extrémité externe de la clavicule, mais j'y reviendrai en étudiant les traumatismes de la région scapulo-humérale.

Le diagnostic de cette luxation est en définitive des plus faciles; il en est de même de la réduction: mais, par contre, la contention est presque impossible. Prévenez donc votre malade, surtout s'il s'agit d'une femme, qu'à l'avenir ses deux épaules ne seront pas symétriques, en lui promettant toutefois l'intégrité des mouvements du membre. Le doigt seul est capable de maintenir la clavicule réduite, et, comme ce moyen n'est pas pratique, on a essayé maintes fois de remplacer le doigt par des pelotes agissant à la manière des bandages herniaires, par un tourniquet, etc., mais ces objets ne peuvent être supportés ou se déplacent.

Je me contente encore dans ce cas de l'écharpe double décrite plus haut, en exerçant sur la clavicule une pression aussi forte que possible à l'aide du chef qui passe au-dessus d'elle.

Indépendamment de cette luxation que l'on désigne avec raison du nom de *sus-acromiale* et qui est assez commune, les auteurs décrivent deux autres variétés: la *sous-acromiale* et la *sous-coracoïdienne*, dont les noms indiquent suffisamment la disposition: mais elles s'observent si rarement (je suis même disposé à contester l'existence de la seconde), qu'il suffit de les signaler.

b. *Luxation de l'extrémité interne de la clavicule.* — Un choc violent exercé sur le moignon de l'épaule et dirigé exactement de dehors en dedans comprime la clavicule, en exagère les courbures et peut déterminer les diverses fractures étudiées précédemment. Mais que le choc ait lieu soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, pendant que l'autre côté du corps étant immobilisé ne peut suivre l'impulsion du choc, la clavicule subit forcément un mouvement de bascule tel que son extrémité interne est sollicitée à se porter dans le sens opposé au choc; et, si les

ligaments sont insuffisants à la maintenir en place, elle se luxera soit en avant, soit en arrière.

En même temps que le moignon de l'épaule est fortement projeté en avant ou en arrière, supposez qu'il soit aussi repoussé de haut en bas ou de bas en haut, l'extrémité luxée se portera soit en haut, soit en bas, d'où les quatre variétés possibles de cette luxation: en avant, en arrière, en haut, en bas.

Ces dénominations ont pour base le rapport avec la fourchette sternale; toutefois la luxation la plus commune est celle dans laquelle la tête de la clavicule est portée en avant. Le sterno-mastoïdien, agissant alors sur un levier mobile, l'entraîne en haut: aussi la luxation est-elle presque toujours en avant et en haut: en avant, c'est-à-dire que la clavicule forme relief en avant du sternum; en haut, c'est-à-dire qu'elle se trouve notablement au-dessus de la surface articulaire sternale.

Que la tête de la clavicule puisse aller se loger dans le médiastin derrière la première pièce du sternum, le fait n'est pas douteux, mais il est tout à fait exceptionnel. Il est aisé de comprendre les phénomènes de dyspnée résultant dans ce cas de la compression de la trachée.

Le diagnostic de cette lésion s'impose en général à première vue: tuméfaction produite par la tête de la clavicule dont on apprécie aisément au toucher la forme, les contours, et qui se continue directement sans interruption avec le corps de l'os soulevé. J'ai indiqué plus haut les moyens de distinguer la luxation d'une fracture de cette extrémité.

La réduction est en général si facile que cette facilité même constitue un bon signe de luxation. On pourrait cependant éprouver quelque peine à dégager la clavicule lorsqu'elle est fixée derrière le sternum, et dans ce cas il faudrait porter fortement le moignon de l'épaule en bas et en avant.

La contention est par contre très difficile. On y parvient jusqu'à un certain point en relevant le coude aussi fortement que possible, mais il est indispensable d'exercer une pression directe, et nous n'avons même pas ici la ressource de la bretelle fixée à l'écharpe double. A la rigueur, un appareil spécial avec pelote peut rendre des services, mais prévenez toujours le malade que la clavicule luxée restera très probablement plus saillante que celle du côté opposé, sans s'opposer toutefois au rétablissement complet des mouvements du bras.

Les luxations précédentes sont *traumatiques*, mais il en existe de *spontanées* dont il est utile de dire quelques mots. Lorsque sous une influence quelconque, ordinairement le mal de Pott, ou la scoliose, une moitié du thorax s'est considérablement rétrécie, la clavicule, qui n'a pas changé de longueur, fait effort contre la surface sternale, distend peu à peu les ligaments et arrive à se luxer par un mécanisme analogue à celui qui entraîne, dans certains cas, la luxation du péroné et celle du radius. Il n'y a évidemment rien à faire contre cette luxation.

Il existe une luxation spontanée d'une autre espèce et que je n'ai pas trouvée décrite par les auteurs; c'est d'ailleurs plutôt une sub-luxation, car les surfaces articulaires ne s'abandonnent pas complètement. Je l'ai observée jusqu'à présent seulement chez des jeunes filles à l'âge où apparaît ordinairement la scoliose, c'est-à-dire de douze à quinze ans. La tête de chaque clavicule devient de plus en plus saillante et la déformation est d'autant plus apparente que les sujets sont plus maigres. Les deux os semblent atteints d'exostose, et c'était en effet le diagnostic porté dans les cas que j'ai observés, mais il est facile de constater qu'il n'y a pas d'augmentation de volume de la clavicule. En pressant du doigt sur cet os, on le remet facilement en place et toute difformité disparaît; on obtient un résultat à peu près semblable en ramenant fortement les deux épaules en avant.

Je ne saurais trop dire la cause de cette sub-luxation qui, pour se produire, exige sans doute une certaine prédisposition; il m'a semblé toutefois que l'exercice de gymnastique consistant à porter fortement les épaules en arrière par un mouvement rythmique n'y était pas étranger.

Un traitement mécanique est seul approprié à ce cas. J'ai fait construire par M. Collin un appareil prenant un point d'appui sur le thorax et muni d'un ressort terminé par une pelote destinée à exercer sur la saillie osseuse une pression permanente, et le résultat a été satisfaisant.

Affections inflammatoires de la région claviculaire. — Bien que la région claviculaire soit superficielle et fréquemment soumise aux chocs et aux froissements, l'ostéite, la périostite, y sont rarement observées, même l'ostéite tuberculeuse, si fréquente à son voisinage, c'est-à-dire dans les côtes.

Ces affections ne présentent d'ailleurs aucun caractère spécial. Il faudra donner issue au pus, nettoyer les foyers de carie et au besoin réséquer la portion de clavicule malade.

Cette résection est des plus simples : découpez l'os avec le bistouri et décollez le périoste avec la rugine, redoublez d'attention vers la face inférieure. Passez entre l'os et le muscle sous-clavier une sonde de Blandin et une scie à chaîne, ou simplement la lame d'une pince coupante. Après la section, il sera facile à l'aide d'un davier de soulever les deux fragments et d'enlever la quantité d'os que vous jugerez nécessaire. Les gros vaisseaux et nerfs sont si bien protégés par le sous-clavier et sa solide aponévrose, qu'ils ne courent aucun danger.

La clavicule est parfois, chez les jeunes sujets, atteinte d'*ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse* ou *ostéo-myélite aiguë*. Elle y est d'autant plus exposée que l'extrémité interne se soude très tard (vers l'âge de 20 ans) au corps de l'os. On voit alors survenir rapidement ce cortège formidable d'accidents locaux et généraux qui caractérisent l'ostéo-myélite : gonflement énorme, douleurs intenses; fièvre violente, etc. Une collection purulente ne tarde pas à apparaître, et après l'avoir ouverte on trouve la clavicule dénudée sur une plus ou moins grande étendue.

Que faire alors?

Se contenter des lavages, d'un pansement antiseptique, et attendre? — ou bien trépaner l'os — ou encore pratiquer tout de suite la résection?

La trépanation est peu applicable à la clavicule, en raison de son petit volume; la texture de cet os ne permettrait pas l'écoulement facile du pus. Quant à la résection, sur quelle partie la ferez-vous porter? sur la partie dénudée seulement? Mais alors vous êtes exposé à laisser un foyer d'ostéo-myélite; si vous réséquez, il faut enlever la clavicule tout entière. La guérison ne peut-elle donc être obtenue sans ce sacrifice?

Voici en somme la conduite à suivre dans ce cas difficile.

Aussitôt l'abcès formé, ouvrez largement, lavez le foyer avec la solution phéniquée forte; faites un pansement antiseptique et attendez les événements. Si la fièvre tombe, si le gonflement diminue, si la suppuration se tarit dans une grande proportion, continuez l'expectation; votre malade ne court plus de danger. Je suis loin d'être convaincu, d'ailleurs, qu'il n'existe jamais d'ostéo-

périostite phlegmoneuse diffuse sans que la moelle de l'os soit en même temps affectée, car j'ai vu plusieurs fois, dans des cas analogues, le périoste décollé dans une grande étendue se rattacher à l'os et la guérison complète survenir. D'ailleurs que peut-il arriver dans ce cas? La persistance d'une fistule et la production d'un séquestre : or vous enlèverez facilement ce dernier plus tard, lorsqu'il sera délimité et mobile.

Si au contraire, après l'incision, les symptômes locaux et généraux persistent, si la suppuration est profuse, pratiquez sans hésiter la résection totale de la clavicule. Le meilleur procédé consiste à sectionner d'abord cet os sur la ligne médiane et à enlever successivement chaque moitié soulevée à l'aide d'un davier. Cette opération doit toujours être sous-périostée, manœuvre grandement facilitée d'ailleurs par l'épaississement et le décollement pathologiques du périoste.

Les articulations acromio et sterno-claviculaire peuvent être atteintes d'arthrite. Toutefois cette affection est rare. Les signes sont ceux des arthrites en général, et le siège précis de la lésion les fera aisément reconnaître. Il n'y a pas lieu d'y insister davantage.

Affections organiques de la région claviculaire. — Les tumeurs développées aux dépens de la clavicule sont loin d'être communes. Ce sont le plus souvent des ostéo-sarcomes ne différant pas de ceux des autres régions du corps. Les rapports seuls de la tumeur avec les gros vaisseaux et nerfs sous-claviers lui donnent une importance spéciale, en raison des précautions à prendre au cours de l'ablation pour ménager ces organes. Si la clavicule en effet est facile à réséquer dans les cas de carie ou de nécrose, il n'en est pas de même quand il s'agit d'une tumeur organique dont le tissu adhère aux parties sous-jacentes et souvent les englobe. L'opération peut devenir alors impraticable. Si la masse constituée par la tumeur est immobile, si le pouls radial a disparu, si le membre supérieur est œdématié et présente des veines dilatées, si le bras est atteint d'engourdissement et à plus forte raison de paralysie, abstenez-vous d'opérer.

B. Affections chirurgicales de la région scapulaire. — J'entends sous le nom de région scapulaire les fosses sus et sous-épineuses et la fosse sous-scapulaire. L'angle antérieur du

scapulum, c'est-à-dire la cavité glénoïde, le col de l'omoplate, l'acromion et l'apophyse coracoïde, font en effet partie de la région scapulo-humérale.

Les affections de la région scapulaire ne nous arrêteront pas longtemps; elles sont d'une part assez rares et de l'autre présentent peu de caractères distinctifs de celles des autres parties du corps.

En étudiant la scoliose nous avons vu la saillie de l'omoplate constituer l'un des premiers signes révélateurs de cette affection : c'est là une déformation en quelque sorte extrinsèque due au mouvement de torsion de la colonne vertébrale.

Une autre déformation porte principalement sur le bord spinal de l'omoplate. Au lieu d'être appliqué comme à l'état normal sur le thorax, ce bord est saillant, détaché des côtes, et peut être saisi entre les doigts; cette déformation est caractéristique de la *paralysie du muscle grand dentelé*.

En appliquant la main sur l'omoplate, on perçoit parfois, pendant les mouvements de cet os, un frottement rugueux, une crépitation bruyante, *bruit de frottement sous-scapulaire*, probablement dû à la présence de bourses séreuses accidentelles développées à la face externe des côtes. J'en ai observé récemment un exemple sur une jeune fille atteinte d'une légère scoliose, et ce bruit fort inquiétant pour la famille disparut rapidement par l'usage d'un corset orthopédique.

Les contusions, les plaies de la région scapulaire, n'offrent rien de spécial à noter. Je ne parle pas des plaies par arme à feu dont il est impossible d'indiquer à l'avance les caractères : ainsi se trouvait dans mon ambulance de Sedan pendant la guerre franco-allemande un soldat dont l'omoplate avait été complètement enlevée par un éclat d'obus. Le fracas de l'omoplate est parfois tel qu'il nécessite la résection, comme la fit plusieurs fois avec succès pendant la même guerre le Dr Chipault, d'Orléans.

Les fractures de l'omoplate présentent un caractère utile à noter. Lorsque l'épine seule est atteinte, il est possible, en raison de son relief à la face externe de l'os, de mobiliser le fragment, de le saisir entre les doigts, de produire ainsi la mobilité anormale et la crépitation : mais il n'en est plus de même lorsque la fracture occupe les fosses sus et sous-épineuses. Dans cette dernière fosse principalement (la fosse sus-épineuse est difficilement accessible à