

ROZI
K 64

PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE

D. FRANZ KOENIG

J. R. COMTE

DU NEUVEAU TRAITE

PAR M. le Dr. TRUBHILLON

TOME III

PARIS



TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SPÉCIALE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES
EXTRÉMITÉS

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE

I. RÉGION DE LA CLAVICULE ET DE L'ÉPAULE

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES

1. Fractures de la clavicule.

§. 1^{er}. — Pour la description des fractures qui intéressent la clavicule, nous diviserons cet os en **trois portions**, en prenant pour base de notre division les conditions anatomiques et mécaniques de ces lésions. Nous distinguons, en conséquence, le tiers externe, le tiers moyen et le tiers interne de la clavicule. **Le tiers externe** est, relativement, la portion la plus solidement fixée, à l'aide de ligaments qui vont s'insérer sur les os voisins. Par son extrémité externe, il forme avec l'acromion l'*articulation acromio-claviculaire*, tandis que plus de la moitié de sa partie interne est unie fortement à l'apophyse coracoïde de l'omoplate par les *ligaments coraco-claviculaires* décrits sous le nom de *ligaments conoïde et trapézoïde*. Enfin, deux muscles, le deltoïde et le trapèze, s'insèrent sur les deux bords opposés du tiers externe de la clavicule.

A la limite externe de l'insertion des ligaments coraco-claviculaires commence le **tiers moyen** situé au-devant du premier espace intercostal et de la deuxième côte. Cette portion, de forme cylindrique, donne insertion par sa face postéro-inférieure au muscle sous-clavier, à une portion du petit pectoral et, en

outré, à la partie superficielle du fascia coraco-claviculaire qui a ici la consistance d'un ligament (*ligamentum coraco-claviculare anticum* de HENLE).

Le tiers interne commence au point où la clavicule croise le bord antérieur de la première côte. Il est uni au cartilage de cette côte par un ligament costo-claviculaire. Aux deux bords opposés, inférieur et supérieur, s'insèrent le grand pectoral et la portion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Au niveau de son articulation avec le sternum la clavicule augmente de volume et prend une forme prismatique.

Les fractures de la clavicule sont assez fréquentes. Elles représentent environ 15 0/0 de toutes les fractures (GURLT). Leur plus grande fréquence est dans les dix premières années. On a vu déjà des enfants naître avec une fracture consolidée produite pendant la vie intra-utérine; on a aussi observé des fractures acquises pendant l'accouchement. Tandis que, dans le premier âge, la fréquence est à peu près la même pour les deux sexes, plus tard, on observe sous ce rapport une grande différence, les femmes ne fournissant que le neuvième du nombre total des cas. Bien que la clavicule, par sa face antérieure, soit exposée aux causes traumatiques, cependant les fractures par cause directe sont rares; elles s'observent principalement au niveau du tiers externe, qui fait partie du moignon de l'épaule, et est particulièrement exposé aux traumatismes, en vertu de sa position. Dans la grande majorité des cas la fracture est produite par une cause indirecte venant agir sur l'extrémité acromiale de la clavicule, soit par un choc sur l'épaule ou le bras, dans la direction de l'axe de cet os, soit par une force agissant sur la main, qui la transmet à l'omoplate et à la clavicule, grâce à la fixation du membre dans l'extension, au niveau des articulations du coude et de l'épaule. L'os qui est légèrement recourbé en S, prend son point d'appui au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et il se brise à son point le plus faible, c'est-à-dire dans la région du tiers moyen ou à l'union du tiers moyen avec le tiers externe. Lorsqu'on appuie sur le bout supérieur d'une canne dont le bout inférieur est fixé sur le sol, on la voit se briser par le même mécanisme, dès que l'on dépasse les limites de son élasticité.

Les fractures de la clavicule reconnaissent aussi parfois comme cause une contraction musculaire. On les observe principalement, à la suite de mouvements brusques, saccadés, de l'extrémité supérieure, tels qu'ils se produisent dans l'action de soulever vivement un lourd fardeau pour le placer sur la tête, dans l'action de fermer brusquement une porte lourde et surtout dans le travail consistant à hacher de la paille. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, de fractures par contraction musculaire, dans le sens rigoureux du mot, bien que celle-ci joue le rôle de cause occasionnelle. Certainement une partie de ces fractures sont produites d'une façon indirecte, par le mécanisme décrit plus haut. Si le mouvement produit, soit pour fermer une porte, soit pour hacher de la paille, est arrêté tout à coup par un obstacle, il en résulte une

inflexion et peut-être une fracture de la clavicule. Il existe encore un autre mécanisme, qui probablement entre en jeu dans les fractures provenant d'un effort pour soulever un fardeau. L'extrémité externe de la clavicule se meut au-devant du thorax avec l'omoplate et le bras, et ces mouvements se font autour de l'articulation sterno-claviculaire comme centre. Or, si l'omoplate exécute un mouvement qui porte en haut et en arrière l'angle postérieur de cet os, il en résulte un abaissement du moignon de l'épaule et, par conséquent, de la clavicule. L'abaissement peut aller si loin que cet os arrive en contact avec le bord antérieur de la première côte; il suffit alors d'un choc, d'un mouvement brusque, pour amener la fracture de la clavicule à ce niveau (LÉVY).

On comprendra facilement, en songeant au mécanisme de ces fractures, que les deux clavicules puissent se briser simultanément, et c'est, en effet, ce que l'on observe, par exemple, à la suite d'une compression des deux épaules, etc.

A peu près la moitié des fractures de la clavicule intéressent le tiers moyen de l'os; dans un autre tiers des cas, la fracture siège à l'union de la portion moyenne et de la portion externe. Les fractures les plus rares sont celles de la portion interne. On observe assez souvent, chez les enfants, des fractures incomplètes.

Les fractures complètes du tiers moyen sont rarement tout à

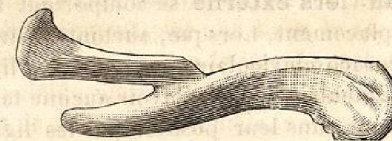


Fig. 1. — Déplacement des fragments en forme de T.

fait transversales; le plus souvent elles sont plus ou moins obliques; quelquefois même l'obliquité est telle, que la fracture a une direction en partie longitudinale. Le trait de fracture est dirigé tantôt de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant, et tantôt dans une direction

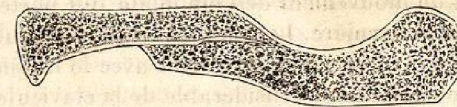


Fig. 2. — Coupe longitudinale d'une fracture oblique avec déplacement.

opposée. Il arrive, relativement souvent, que l'on n'observe aucun déplacement des fragments, tandis que, dans d'autres cas, on constate un déplacement notable suivant l'axe; en outre, un des fragments peut former avec l'autre un angle, de sorte que l'os fracturé prend la forme d'un T ou d'un Y (Voir les deux figures tirées de l'ouvrage de GURLT). Un tel déplacement entraîne forcément un raccourcissement notable de l'os. Les fractures comminutives sont, en somme, rares; quelquefois, cependant, un fragment plus ou moins volumineux vient faire saillie au milieu de la