

la résection présente alors des dangers réels à cause de l'adhérence possible des troncs vasculo-nerveux à sa face profonde. Pour les éviter, le meilleur procédé de résection consistera à décoller soigneusement le périoste à la partie moyenne de la clavicule, à passer au-dessous d'elle une scie à chaîne et, après l'avoir divisée en deux moitiés, à les enlever séparément.

Par sa situation superficielle, la clavicule est un des os les plus exposés aux fractures par cause directe; remarquez, de plus, que la clavicule, jetée du thorax à l'épaule comme une sorte de pont suspendu, porte à faux vers sa partie moyenne. Malgré cela, les fractures par cause indirecte s'y observent le plus souvent, ce qui est dû à la direction de l'os.

La clavicule présente, en effet, deux courbures en sens inverse qui l'ont fait comparer justement à un *S* italique allongé; l'une est interne, à convexité antérieure; l'autre est externe, à convexité postérieure. Quelle est la cause ordinaire des fractures de la clavicule? C'est une chute sur le moignon de l'épaule: or, dans cette chute, la clavicule se trouve serrée entre le sol et le sternum, auquel elle est solidement attachée; ses courbures normales tendent à s'exagérer et la fracture se produit au niveau de l'une d'elles, presque toujours à la courbure interne. La solution de continuité siège ordinairement à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, lieu d'élection des fractures de la clavicule par cause indirecte. La clavicule peut céder en deux points à la fois, et l'on observe alors une fracture double avec fragment intermédiaire.

Ce mécanisme me paraît expliquer l'obliquité constante (d'avant en arrière et de dehors en dedans) des fragments et les chevauchements énormes qui en résultent. Le déplacement étant beaucoup moindre, presque nul à la suite des fractures directes, ne convient-il pas de chercher dans la cause de la fracture, plus que dans le mode de traitement employé, la raison de ces différences si grandes dans le résultat obtenu? Chacun sait l'extrême difficulté, je dirai même l'impossibilité, de maintenir réduites certaines fractures de la clavicule, tandis qu'avec le même appareil, et dans les mains du même chirurgien, d'autres guérissent sans difformité appréciable. Le mécanisme de la fracture doit donc, à mon avis, tenir une grande place pour l'appréciation du genre d'appareil qui a été employé.

Dans une chute sur le moignon de l'épaule, c'est la courbure interne qui s'exagère le plus souvent, et, comme cette courbure est allongée, on conçoit que l'os puisse céder en différents points, suivant l'inclinaison de l'épaule au moment du choc. Il cède parfois tout près de l'extrémité interne, et la fracture pourrait alors être confondue avec une luxation sterno-claviculaire. Mais la brisure peut se produire au niveau de la courbure externe qui est anguleuse et d'un rayon beaucoup plus court que celui de la courbure interne: elle se fait alors toujours au même endroit. Je ne saurais m'expliquer autrement ces fractures indirectes de l'extrémité externe de la clavicule, qui siègent entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, et ne présentent, en général, d'autres symptômes qu'une douleur vive à la pression dans un point très limité.

La clavicule donne insertion par ses bords: en avant, au grand pectoral en dedans et au deltoïde en dehors; en arrière, au sterno-cléido-mastoïdien en dedans et au trapèze en dehors. On a attribué à ces muscles une certaine action sur le déplacement des fragments, surtout au sterno-mastoïdien, qui porterait en haut et en arrière le fragment interne sur lequel il s'attache. Sans