

terne peut même n'être pas nettement sectionnée, et l'on a alors affaire à une fracture ordinaire. Si l'instrument tranchant ne pénètre pas perpendiculairement dans la paroi crânienne, mais suivant une direction plus ou moins oblique, il se forme de véritables lambeaux osseux, qui peuvent même être entièrement séparés de leur base d'insertion (apospkarnismos¹). Cette lésion s'accompagne de la dénudation plus ou moins étendue du diploë ou du contenu de la boîte crânienne; elle peut, en outre, se compliquer de fissures ou de fractures.

Les plaies osseuses par instruments piquants présentent des

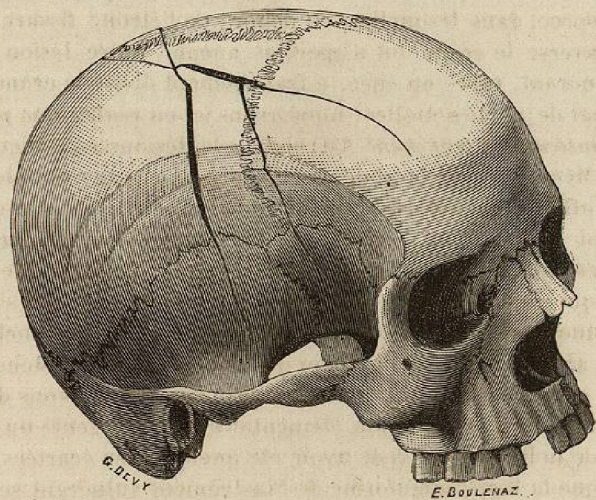


Fig. 1. — Plaies pénétrantes du crâne par coups de sabre, avec fissures s'étendant au loin (Collection pathologique de Leipzig).

particularités anatomiques tout à fait analogues à celles des plaies par instruments tranchants. C'est ainsi qu'on peut observer une perforation nette de la voûte crânienne, sans fractures ni éclats, ou bien des fissures semblables à celles dont nous avons parlé plus haut. La plaie est pénétrante ou non, et l'on peut aussi observer de véritables éclats provenant de la table externe ou de la table interne. La différence essentielle entre ces plaies et celles par instruments tranchants, c'est que les premières se

1. Les auteurs anciens désignaient sous le nom d'*hédra* l'incision de la table externe et du diploë par un instrument tranchant, sous celui d'*eccopé* cette même lésion lorsqu'elle s'accompagne d'une fracture de la lame vitrée; la section était-elle oblique de façon à former un lambeau osseux à moitié détaché, il s'agissait d'un *diacopé*. Enfin on donnait le nom d'*apospkarnismos* aux cas dans lesquels le lambeau osseux était complètement détaché (POULET et BOUSQUET). (Note du traducteur).

compliquent souvent de la pénétration de la pointe de l'instrument ou de fragments osseux dans la cavité crânienne. Souvent aussi cette pointe se brise au moment où l'on retire l'instrument, et reste engagée dans la paroi du crâne ou dans la substance cérébrale.

§ 11. — Nous allons examiner maintenant les lésions du crâne produites par une cause traumatique agissant, non plus sur un point ou suivant une ligne, mais sur une étendue plus grande, quoique encore circonscrite. Nous rangeons dans cette catégorie les lésions produites par de petits projectiles, par des coups de pierre ou de bâton, par le choc de la tête contre un objet anguleux peu volumineux, etc. Ces différentes causes peuvent déterminer des lésions analogues à celles que nous avons signalées à propos des plaies par coups de sabre, de hache, etc. : l'agent traumatique produit dans le crâne une ouverture dont les dimensions correspondent exactement aux siennes, sans que les parties voisines présentent la moindre trace de fissure ou de fracture. C'est la forme typique de la fracture en trou ou perforation (Lochbrüche). A vrai dire, les bords de l'ouverture sont bien plus souvent irréguliers; il existe des esquilles nombreuses et des fissures multiples s'étendant de l'orifice vers les os voisins. Ces fractures, en forme de trou régulier, ne sont guère produites que par l'action de projectiles de petit calibre, et la forme de l'orifice dépend de la direction du projectile par rapport au crâne. Les balles dirigées perpendiculairement à la surface de ce dernier peuvent seules produire de pareilles fractures. Si le crâne est atteint par un corps d'étendue restreinte et de vitesse modérée (balle morte par exemple), que ce corps perforé le crâne ou non, une partie de la force dont il est animé agira sur la région voisine du point de contact. Le crâne étant élastique, il faut donc que cette région s'infléchisse dans une certaine mesure avant que la fracture se produise. La forme et la nature de cette fracture sont déterminées par la forme du corps qui vient frapper le crâne, par la vitesse qu'il possède et par les caractères anatomiques de la région atteinte. Assez souvent, la portion de surface frappée par l'agent vulnérant est simplement enfoncée, et la perte de substance que présente alors la table externe répond par ses dimensions à celles du corps vulnérant. Il peut arriver que la portion du crâne qui a été frappée par l'agent traumatique ne soit fracturée qu'à la périphérie, ou bien le centre est également brisé, ou bien encore plusieurs traits de fracture rayonnent du centre vers la périphérie. Si les fragments ainsi produits sont refoulés vers le cerveau en formant une dépression à fond plat ou cupuliforme, on a affaire à une fracture avec enfoncement ou dépression. La fig. 2 représente une fracture avec dépression récente. Les fig. 3 et 4 une fracture du même genre guérie.

L'enfoncement peut être plus ou moins considérable et varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres (fig. 3). Il arrive parfois que des parties de la table externe ne sont pas entièrement séparées par un trait de

fracture, mais seulement infléchies en dedans. D'autre part, le déplacement des fragments vers l'intérieur du crâne est très variable suivant la

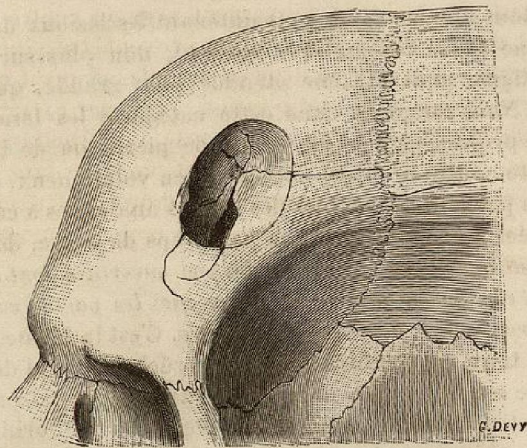


Fig. 2. — Fracture avec dépression. (Collection de l'auteur).

forme de l'enfoncement, en relation elle-même avec la nature de la cause traumatique. Dans les foyers de fracture présentant un grand

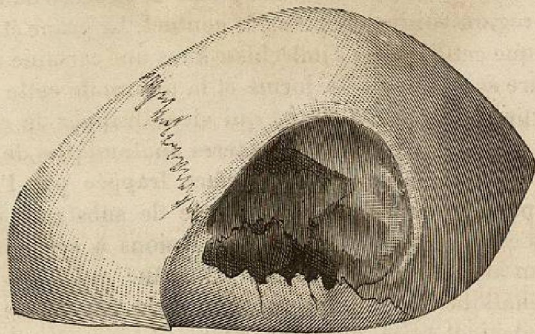


Fig. 3. — Fracture avec dépression guérie. Face interne du crâne. (Collection de l'auteur).

nombre d'éclats, ceux-ci sont, d'habitude, tellement enchevêtrés, que la disposition qu'ils prennent en s'enfonçant ne correspond pas aux formes régulières décrites ci-dessus. Tantôt fixes, tantôt mobiles, ils sont couchés sans ordre, la pointe en bas et les bords engagés sous les rebords osseux non fracturés (fig. 5).

Dans d'autres cas, le siège de la fracture présente une infinité de fissures se croisant dans toutes les directions, ce qui entraîne la formation d'un grand nombre d'esquilles. Si la disposition des fissures est telle que la plupart d'entre elles convergent vers un centre commun, la fracture est dite étoilée. Les esquilles peuvent être entièrement libres ou fixées à des portions d'os ou de périoste, elles peuvent rester en place ou subir divers changements de position, être, par exemple, engagées sous le bord de la portion intacte de l'os, etc. Ces fractures, qui intéressent une région étendue de la voûte crânienne, et dans lesquelles la partie fracturée se divise en un certain nombre de fragments plus ou moins déplacés et mobiles entre eux, ont reçu le nom de **fractures comminutives** (Voir fig. 5).

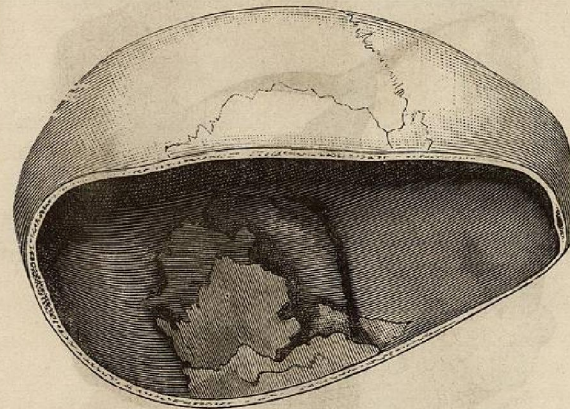


Fig. 4. — Fracture avec dépression guérie. Face interne du crâne. (Collection de l'auteur).

L'agent traumatique est loin de produire toujours des fractures aussi compliquées. Bien que le fait n'ait pas été prouvé (sauf chez l'enfant), il est possible qu'une dépression persistante de l'os ne s'accompagne d'aucune trace de fissure. Souvent, cependant, on observe seulement une fêlure peu étendue à l'endroit qui a subi le choc traumatique. L'enfoncement s'est effectué jusqu'à ce que le coefficient d'élasticité de l'os fût dépassé, et ce dernier s'est alors rompu à l'endroit déprimé. Nous parlerons de l'étendue que peuvent atteindre ces *fissures* en traitant des fractures de la base du crâne. Les fissures peuvent n'être accompagnées d'aucun déplacement des os intéressés, comme dans un verre fendu, ou bien leurs bords s'écartent et peuvent même, par glissement, se placer à des niveaux différents, de telle sorte que l'un d'eux fait saillie sur l'autre (fracture simple avec dépression). Lorsque la violence du trauma-