

devient très intime à la base, surtout au niveau des parties saillantes, telles que les apophyses clinoides, le bord postérieur des petites ailes du sphénoïde, l'apophyse crista-galli, le bord supérieur des rochers. L'adhérence n'est pas plus forte au niveau des sutures que dans le reste de la voûte.

La dure-mère envoie par sa face externe de nombreux prolongements à travers les trous de la base du crâne et se continue avec le périoste. Nous ne ferons que mentionner les *granulations de Pacchioni*, situées de chaque côté du sinus longitudinal supérieur.

Le rapport le plus important de la face externe de la dure-mère, celui d'où découlent des considérations chirurgicales d'un grand intérêt, c'est le rapport avec les *artères méningées*.

Au nombre de trois, ces artères méningées sont divisées en antérieures, postérieures et moyennes. Les antérieures, fournies par les ethmoïdales, et les postérieures, provenant de la pharyngienne inférieure et de la vertébrale, peuvent à la rigueur être négligées par le chirurgien, à cause de leur petit volume et de la rareté de leur lésion : mais il n'en est pas de même de l'artère méningée moyenne, branche volumineuse de la maxillaire interne.

L'artère *méningée moyenne* (Voir fig. 7 et 117) pénètre dans l'intérieur du crâne par le trou petit rond, au niveau de l'angle antéro-inférieur du pariétal, et se divise immédiatement en deux branches principales, qui se subdivisent elles-mêmes en un nombre considérable de branches plus petites. Nous avons déjà dit que cette artère correspond à 3 centimètres environ en arrière de l'apophyse orbitaire externe.

Quoique plus rapprochées des os du crâne que de l'encéphale, les artères méningées sont néanmoins comprises dans l'épaisseur de la dure-mère, en sorte qu'une déchirure de cette membrane s'accompagne presque nécessairement d'une rupture vasculaire. Cette rupture donnera lieu à un épanchement de sang siégeant entre la dure-mère et les os, et c'est en réalité à cette variété que se rapporte la presque totalité des épanchements sanguins traumatiques intracranien qui ont tant préoccupé, avec raison, les chirurgiens. Je donnerai à ces épanchements le nom de *sous-osseux*, pour les distinguer de ceux qui ont été déjà signalés à propos de la région épicroticienne et désignés par les noms de *sous-cutanés*, *sous-aponévrotiques* et *sous-périostiques*.

Les épanchements sanguins sous-osseux ou épидuraux du crâne, qui, je le répète, constituent presque exclusivement les épanchements chirurgicaux ou traumatiques, sont donc le résultat de la blessure d'une des branches des méningées et à peu près toujours de la méningée moyenne; je dis à peu près, car on a signalé, et j'ai observé moi-même, une blessure du sinus latéral, au niveau du coude qu'il fait en avant, sur un sujet atteint de fracture du crâne.

Si l'indépendance presque complète de la dure-mère d'avec les os de la voûte crânienne est précieuse dans le cas d'une perte de substance osseuse, il n'en est pas de même pour les épanchements de sang, car c'est grâce à la faible adhérence de la dure-mère aux os que ces derniers peuvent se produire. Et remarquons que le point du crâne où cette adhérence est le plus faible, où elle est presque nulle, c'est précisément la fosse temporale, c'est-à-dire l'endroit où se trouvent les branches principales de l'artère méningée moyenne. De plus, toutes les fractures qui ont pour point de départ le sommet de la voûte cra-