

rencontrez le projectile, vous devez l'extraire en agrandissant au besoin l'ouverture crânienne. Mais si la balle a pénétré profondément dans l'encéphale, abstenez-vous de l'exploration profonde et limitez là votre intervention. C'est alors que la radiographie peut nous rendre de si grands services.

L'artère méningée moyenne, avons-nous dit, est comprise dans l'épaisseur de la dure-mère ; elle y adhère par toute sa circonférence. Il est donc aisé de concevoir qu'après la blessure de cette artère les conditions de l'hémostase spontanée (rétraction du vaisseau, diminution de son calibre) ne pouvant être remplies, l'hémorragie s'arrête très difficilement. Lorsque la paroi du crâne est intacte, le caillot, à mesure qu'il se forme, devient un agent de compression efficace : mais s'il existe un fracas du crâne, si la paroi osseuse correspondante a été enlevée, si le sang est versé au dehors, le chirurgien éprouve alors une très grande difficulté à se rendre maître de l'hémorragie. La compression est impossible, puisque l'artère repose sur le cerveau ; la torsion est impraticable, car on ne peut isoler l'artère ; la ligature ne peut réussir pour la même raison. Il faut essayer d'appliquer une pince à forcipressure sur le point d'où vient le sang. On pourrait encore tenter de passer au-dessous du vaisseau une épingle recourbée sur laquelle on mettrait un fil comme dans la suture entrecoupée ; enfin, la dernière ressource serait la ligature de l'artère carotide externe. C'est également cette dernière opération qu'il faudrait opposer à l'anévrysme de la méningée moyenne, dont on a signalé quelques exemples.

La *surface interne* de la dure-mère, très remarquable par les replis qui s'en détachent, replis comparables, jusqu'à un certain point, aux cloisons intermusculaires naissant de la face profonde des aponévroses d'enveloppe des membres, n'offre que peu d'intérêt au chirurgien. Nous renvoyons aux traités d'anatomie descriptive pour l'étude détaillée de ces replis, désignés sous les noms de *faux du cerveau*, *tente du cervelet* et *faux du cervelet*.

La faux du cerveau, toile fibreuse, rigide, résistante, tendue verticalement entre les deux lobes du cerveau, a pour but d'empêcher la compression réciproque de ces lobes l'un sur l'autre dans les différentes inclinaisons de la tête ; de même, la tente du cervelet, sorte de toile horizontalement tendue en forme de double plan incliné, entre le cerveau et le cervelet, est admirablement disposée pour s'opposer à la compression par le cerveau de l'isthme de l'encéphale. La dure-mère joue donc surtout un rôle de protection par rapport à l'encéphale.

Cette membrane reçoit un assez grand nombre de nerfs, qui tous proviennent des ramifications de la cinquième paire. Ils ont été divisés en *antérieurs*, *moyens* et *postérieurs*. Il en résulte que l'irritation ou l'inflammation de la dure-mère sont susceptibles de produire divers troubles cérébraux de nature réflexe, tels que contracture soit du même côté, soit du côté opposé, troubles sur lesquels M. Duret a appelé l'attention. Le strabisme, le nystagmus, peuvent reconnaître la même origine. On conçoit combien il est difficile en clinique de rapporter ces divers phénomènes à leur véritable cause, de les distinguer, par exemple, de ceux que produit la méningo-encéphalite diffuse, ou un abcès du cerveau, ce qui vient encore compliquer le traitement chirurgical des lésions intracrâniennes.