

Au-dessus et au-dessous de l'incision transversale, coupez l'aponévrose en long, sur le bon interstice trouvé. Ouvrez cet interstice délicatement avec le doigt, *de bas en haut*, après avoir fait fléchir le pied (d). Vous rencontrerez quelquefois un peu de graisse, souvent de petits vaisseaux visibles témoignant que vous êtes dans le bon chemin, toujours le nerf isolé et petit, puis au fond, l'artère et ses deux veines. — Pour dénuder et charger le vaisseau, un aide, à défaut de larges écarteurs, enfonce profondément ses pouces dans les extrémités de la plaie et, la faisant ainsi bayer largement, donne accès à la lumière et aux instruments.

Un porte-fil à petite courbure est indispensable; encore ne peut-on l'engager que très obliquement sous le vaisseau.

Notes. — (a) Cette opération est d'autant plus difficile qu'on la fait plus haut. Donc l'incision sera faite le plus bas possible et son extrémité supérieure restera toujours à trois doigts *au moins* au-dessous de l'articulation. C'est surtout pour lier à cette hauteur qu'il faut diriger l'incision vers la dépression anté-péronière et non vers le tubercule de Gerdy. En se fiant à ce dernier repère qui indique bien la direction de l'artère mais pas celle de l'interstice on tombe, à moins d'une maigreur extrême, sur le muscle jambier, beaucoup trop en dedans.

(b) Cette cloison aponévrotique sépare l'extenseur commun des péroniers. Sa résistance se fait sentir au bec de la sonde, quels que soient les tâtonnements qu'on impose à l'instrument. Ces tâtonnements sont utiles, car quelques fibres de l'aponévrose superficielle peuvent arrêter l'instrument avant qu'il soit suffisamment enfoncée. Il faut cependant pousser avec douceur.

(c) Un opérateur exercé peut se permettre d'inciser d'emblée l'aponévrose en long sur la ligne dépressible. On tombe ainsi généralement *au voisinage* du bon interstice.

La recherche méthodique et sûre que je ne conseillais qu'avec timidité dans la première édition de cet ouvrage est décidément préférable.

En effet, quand on cherche à lier l'artère tibiale par le procédé classique, on coupe d'abord l'aponévrose en long et *ensuite en travers*, car les lèvres ne s'écarteraient pas suffisamment sans cela. En commençant par l'incision longitudinale, on risque de manquer l'interstice ordinairement invisible; au contraire, l'incision transversale faite la première le rencontre certainement, puisqu'elle le croise: elle permet de le reconnaître et de fendre ensuite l'aponévrose juste dessus.

(d) Comme la section transversale de l'aponévrose, la flexion du pied a pour but de permettre l'écartement des parois de l'auge profonde au fond de laquelle est l'artère. Cet écartement ne peut s'obtenir suffisant, qu'en faisant mettre les deux pouces de l'aide comme il est indiqué, ou mieux en se servant du large bout de mes écarteurs qui sont coudés à angle droit.

ARTICLE III

LIGATURES DES ARTÈRES POSTÉRIEURES DE LA JAMBE

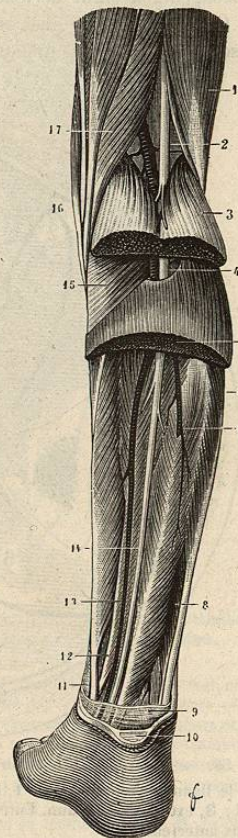
Les artères tibiale postérieure et péronière, flanquées de veines volumineuses, sont appliquées par une aponévrose derrière la couche profonde des muscles de la jambe. Le gros nerf tibial postérieur est situé entre les deux faisceaux vasculaires et sur le même plan (fig. 57).

L'artère péronière, généralement la moins volumineuse, disparaît ordinairement en pénétrant dans le muscle sous-jacent (fléchisseur du gros orteil), et, par conséquent, ne doit être cherchée qu'au niveau du mollet.

Au contraire, l'artère tibiale postérieure, sans diminuer notablement de volume, descend et passe derrière la malléole interne, avec le nerf homo-

FIG. 57. — Trajet et rapports des artères postérieures de la jambe. — 1, biceps; 2, nerf sciatique poplitée interne et artère poplitée; 3, extrémités supérieures des jumeaux coupés; 4, nerf tibial postérieur et artère poplitée traversant l'anneau du muscle soléaire; 5, muscle soléaire coupé; 6, muscle long péronier latéral; 7, muscle fléchisseur propre du gros orteil et artère péronière s'engageant dessous; 8, court péronier latéral; 9, aponévrose profonde appliquant les tendons, nerf et vaisseaux derrière les os de la jambe; 10, tendon d'Achille enveloppé par l'aponévrose superficielle; 11, tendon du muscle fléchisseur commun; 12, tendon du muscle jambier postérieur; 13, artère tibiale postérieure; 14, nerf tibial postérieur; 15, muscle poplitée; 16, tendons des muscles couturier, droit interne, demi-tendineux; 17, muscle demi-membraneux.

Après avoir, à l'aide de cette figure, bien compris la stratification des muscles postérieurs de la jambe, étudiez patiemment les trois coupes (fig. 58, 59 et 61).



nyme qui s'en est rapproché pour aller à la plante du pied. A ce niveau de la malléole, l'artère est en rapport, non plus avec les muscles profonds, mais avec leurs tendons. Pareillement, la couche musculaire superficielle si épaisse et si large qui la recouvrait au niveau du mollet, n'est plus représentée que par le tendon d'Achille. Par conséquent, au voisinage du talon, l'artère tibiale postérieure, simplement masquée par les deux aponévroses superficielle et profonde, est devenue facilement accessible (fig. 57 et 59).

Les deux artères postérieures de la jambe sont accompagnées chacune par deux veines souvent énormes et fort gênantes pour la dénudation. Souvent aussi, en incisant le soléaire, on rencontre des veines intra-musculaires qui inondent la plaie de sang.

Rien n'est plus facile, sur le cadavre, que de découvrir les vaisseaux qui nous occupent; il suffit de fendre les muscles du mollet sur la ligne médiane. On arrive sur le gros nerf tibial postérieur aux côtés duquel sont les faisceaux vasculaires. Arnott et Guthrie recommandent cette voie.

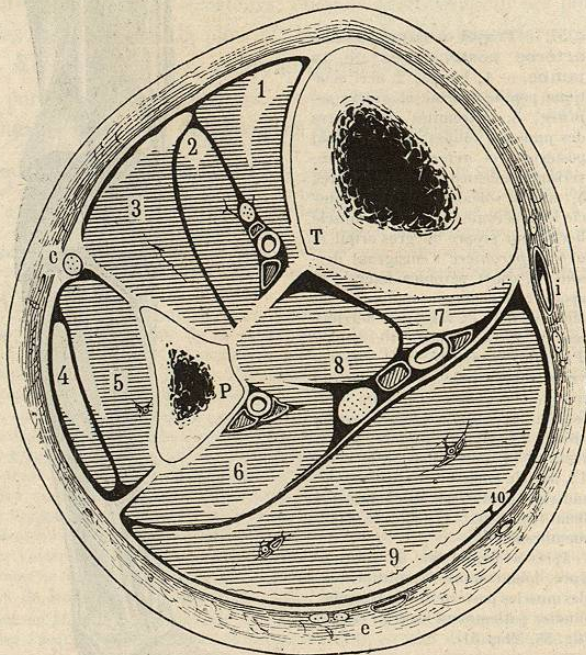


FIG. 58. — Coupe de la jambe droite au-dessus du tiers inférieur.

Devant le ligament interosseux : 1, jambier antérieur; 2, extenseur propre du gros orteil; 3, extenseur commun. Entre 1 et 2, près de la lettre T : nerf et vaisseaux tibiaux antérieurs.

En dehors du péroné : 4, long péronier latéral et ses dernières fibres; 5, court péronier encore très charnu; c, le nerf musculo-cutané au moment où il devient sous-cutané.

Derrière les os : 6, muscle fléchisseur propre du gros orteil et vaisseaux péroniers inclus; 7, fléchisseur commun; 8, jambier postérieur couvert par le nerf tibial postérieur ayant à son côté interne les vaisseaux homonymes qu'un feuillet appréciable commence à couvrir; 9, soléaire, le chiffre est placé sur le tendon terminal dont la lame extérieure est couverte par celui des jumeaux et du plantaire grêle 10.

La veine saphène externe e est sous la peau avec son nerf et son accessoire; la saphène interne i, avec son nerf bifurqué, avoisine le bord interne du tibia.

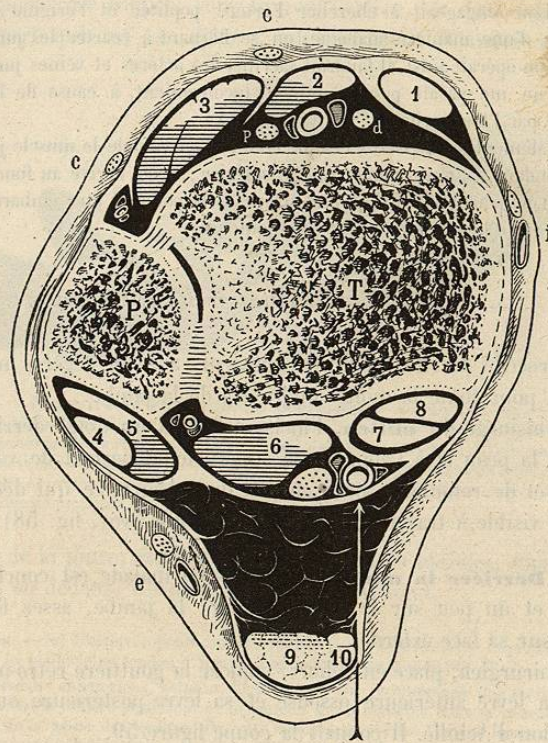


FIG. 59. — Coupe de la jambe droite immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, à travers les malléoles.

T, tibia; P, péroné.

Devant les os, sous l'arcade aponévrotique imparfaitement cloisonnée, l'on voit, en allant de dedans en dehors : le tendon jambier antérieur 1; celui de l'extenseur propre 2 encore garni de quelques fibres et couvrant les vaisseaux tibiaux antérieurs et le nerf divisé d pour le dos du pied et p pour le pédieux; celui de l'extenseur commun 3 et du péronier antérieur également accompagnés d'un peu de chair musculaire.

Devant le péroné, comme aussi derrière, petits vaisseaux péroniers : les premiers sont venus ici après perforation du ligament interosseux.

Derrière les os, une première aponévrose embrasse le tendon d'Achille 9, le plantaire grêle 10 et la graisse sus-calcaneenne; une seconde applique nerf, vaisseaux et tendons : derrière la malléole péronière, le tendon 4 superficiel et nu du long péronier et le tendon 5 garni des dernières fibres du court péronier; dans la gouttière de la malléole tibiale, les tendons jambier postérieur 8 et fléchisseur commun 7, celui-ci couvrant celui-là; enfin, au milieu, extrémité du muscle et tendon fléchisseur propre 6, sur lequel est appliqué le gros nerf tibial postérieur ayant à son côté interne l'artère tibiale postérieure et ses veines souvent grosses et variqueuses. La flèche rasant le bord interne du tendon d'Achille tombe sur les vaisseaux.

Sous la peau : en avant, musculo-cutané cc; veine et nerf saphènes internes i; veine et nerf saphènes externes e.

Malgaigne engageait à chercher l'artère poplitée et l'origine de ses branches d'une manière analogue, en se bornant à écarter les jumeaux. Mais si l'on opérât ainsi, il faudrait sacrifier les artères et veines jumelles, ce qui ne me paraît pas un mince inconvénient, à cause de la gêne apportée par l'hémorrhagie.

Généralement on incise de chaque côté et l'on refoule le muscle jumeau correspondant pour ne couper que le soléaire ; mais, arrivé au fond de la plaie, on ne peut atteindre qu'une artère. Cela pourrait être embarrassant dans un cas d'hémorrhagie d'origine douteuse.

A. — LIGATURES DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE

Le procédé décrit le premier convient, avec de légères modifications, pour toute la moitié inférieure de la jambe.

Au voisinage du **milieu**, l'incision faite à un doigt derrière le tibia, à la peau et à l'aponévrose superficielle, permet de voir, de libérer et de refouler le bord charnu du soléaire, ce qui découvre l'artère visible à travers l'aponévrose profonde (voy. fig. 58).

§ 1. **Derrière la malléole** (a). — Le malade est couché sur le dos et un peu sur le côté à opérer ; la jambe, assez fléchie, repose sur sa face externe.

Le chirurgien, placé en dehors, explore la gouttière rétro-malléolaire, sa lèvre antérieure osseuse et sa lèvre postérieure ou bord du tendon d'Achille. Il connaît la coupe figure 59.

Dans le milieu de la gouttière rétro-malléolaire, à un doigt derrière le bord postérieur de la malléole et parallèlement à ce bord, faites une incision cutanée de 0^m,05, qui descende au niveau de la pointe de la malléole (b). — Mettez le doigt dans la plaie et, le pied étant fléchi, touchez l'aponévrose superficielle que tend et soulève le tendon d'Achille. Coupez cette aponévrose ainsi tendue, directement, assez près dudit tendon (c). — Remettez le doigt dans la plaie, d'abord sur le bord malléolaire presque tranchant, puis sur les tendons, durs et sensibles à travers leur gaine ; puis plus en dehors, sur l'artère que vous sentirez battre. Cette exploration accomplie, faites écarter le tendon d'Achille et laissez le doigt sur la gaine des tendons pour la protéger pendant que vous introduisez la sonde à côté, en dehors, et *de bas en haut*, sous l'aponévrose profonde qui recouvre le paquet vasculo-nerveux (fig. 60) (d).

L'aponévrose coupée, vous trouvez l'artère, ses deux veines et le gros nerf qui est en dehors, plus profond. Dénudez en vous

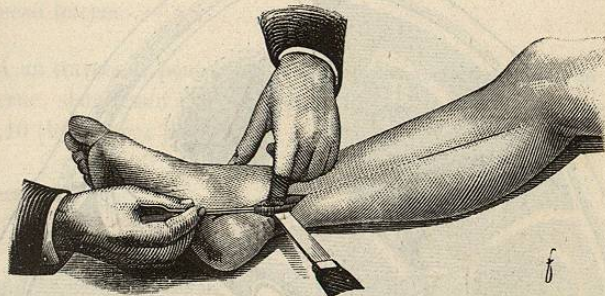


FIG. 60. — Ligature de l'art. [tibiale postérieure (derrière la malléole). — La jambe, légèrement fléchie au jarret, est couchée sur sa face externe. Après l'incision de l'aponévrose superficielle et l'écartement du tendon d'Achille, l'indicateur gauche a senti le bord postérieur de la malléole, puis les tendons à travers leur gaine qu'il recouvre et protège. En dehors de cette gaine, la sonde est glissée *de bas en haut*, sous l'aponévrose profonde.

aidant de la pince, car les vaisseaux sont très mobiles. Chargez de dehors en dedans, c'est-à-dire d'arrière en avant.

Notes. — (a) L'artère a pour couvertures : la *peau*, l'*aponévrose superficielle* qui saute de la malléole au tendon d'Achille, l'*aponévrose profonde* (fig. 59).

(b) Plusieurs chirurgiens, Velpeau, Richet, etc., ont recommandé une incision curviligne inscrivait le bord postérieur et le sommet de la malléole dans sa concavité, mais éloignée de la gaine des tendons. De cette manière on trouve l'artère après avoir, avec prudence, coupé le ligament annulaire interne qui résulte de la fusion des deux aponévroses encore distinctes un peu plus haut.

(c) Quand cette aponévrose est coupée, le doigt peut s'enfoncer entre le tendon d'Achille et les os de la jambe ; et bien à tort l'on est porté à opérer ce décollement, si l'on oublie la vraie situation de l'artère, que l'on ne peut voir qu'en baissant la tête, après avoir attaqué l'aponévrose profonde d'arrière en avant.

(d) On reconnaît que la sonde est bien placée en dehors de la gaine des tendons jambier et fléchisseur commun, aux mouvements de latéralité qu'on peut lui imprimer. Je répète avec insistance qu'il faut insinuer la sonde *camelée de bas en haut* ; c'est bien plus facile que de haut en bas, car la main qui tient couché l'instrument a de la place sous le pied, au bout de la jambe.

Humbert m'a fait remarquer qu'une ligne droite, la sonde si l'on veut, conduite d'arrière en avant en rasant le bord interne du tendon d'Achille, venait toucher l'aponévrose profonde juste sur le passage de l'artère (flèche de fig. 59).

§ 2. **Au niveau du mollet** (a). — Le malade est couché sur le dos et le côté à opérer ; la *jambe fléchie*, le *genou écarté* en dehors. Le *mollet*, au bord du lit, *porte à faux*. Un billot placé en travers sous la cuisse écartée donne la bonne attitude.

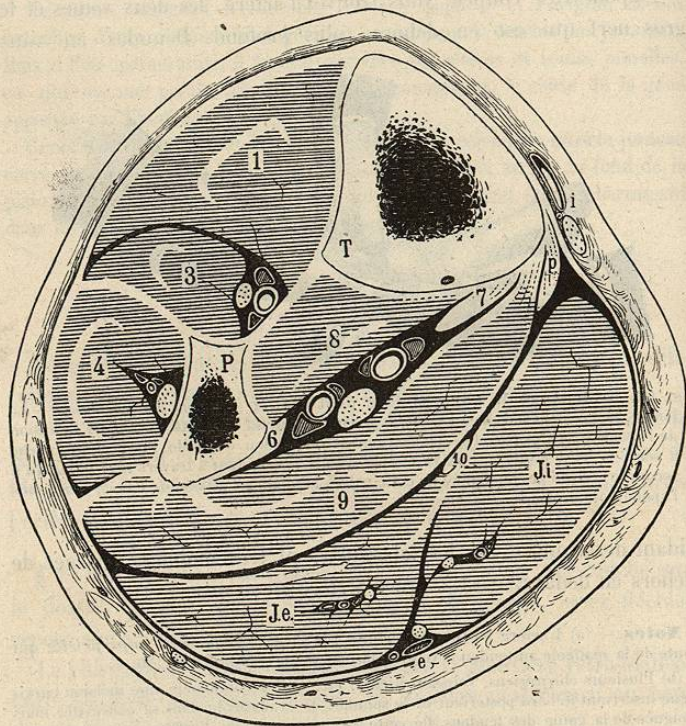


FIG. 61. — Coupe du mollet droit. — Le ligament interosseux va du péroné P au tibia T. Dans cet os, le canal de l'artère nourricière se voit près du chiffre 7. Devant les os : deux muscles seulement : 1, jambier antérieur ; 2, extenseur commun (le propre ne se voit que plus bas) ; dans l'interstice, artère tibiale antérieure et ses veines ; le nerf qui vient d'arriver, est encore externe et non franchement antérieur. En dehors du péroné : le muscle long péronier latéral 4 et, dans son tunnel, le nerf musculo-cutané et ses ramuscules vasculaires satellites. Derrière les os, la masse du mollet est formée par les jumeaux interne J.i et externe J.e, nerfs et vaisseaux nourriciers inclus ; la veine saphène externe e et son nerf dans leur interstice, encore sous l'aponévrose ; 10 est le tendon du plantaire grêle. Le soléaire 9 s'étale sur les vaisseaux et nerfs ; son attache tibiale est couverte par l'extrémité inférieure du poplité p ; tout près se trouvent la veine et le nerf saphènes internes i. A ce niveau se distinguent bien les tendons originel et terminal de ce muscle soléaire : le terminal couvre la face postérieure du muscle et envoie une cloison partielle dirigée vers le péroné. Le tendon d'origine, qui plus haut est une lame continue allant du péroné au tibia, se trouve ici divisé ; il fournit des insertions par ses deux faces mais principalement par la postérieure : la face profonde de la partie tibiale, celle-là même qui couvre l'artère tibiale, n'est point totalement garnie de fibres musculaires au contraire de ce qui a lieu pour la partie péronière. La coupe n'intéresse que l'origine fort mince de 6, fléch. propre du gros orteil, et 7, fléch. commun. Le jambier postérieur 8 est bien développé. Sur lui repose le nerf tibial postérieur flanqué des artères et veines tibiales postérieures et péronières.

Le chirurgien, placé en dehors, explore la région, le trajet des veines ; il palpe le bord interne du tibia, pince le bord interne du jumeau interne.

A un travers de pouce derrière le tibia, parallèlement à son bord interne, aboutissant à la jarretière, faites à la peau une incision de 0^m,10 (b). Coupez l'aponévrose le long du bord interne du jumeau

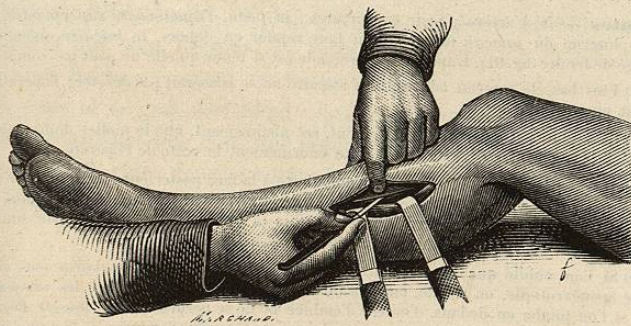


FIG. 62. — Ligature de l'art. tibiale postérieure (au niveau du mollet). — La jambe, légèrement fléchie, est renversée sur sa face externe. Le muscle jumeau interne, reconnu, est facilement abaissé, car le mollet tombe en raison de l'attitude : genou fléchi, abduction, le membre ne touche la table que par la fesse et le talon. Le doigt gauche écarte la lèvre antérieure de la plaie ; le bistouri horizontal attaque le soléaire, perpendiculairement à sa surface.

interne (1^{er} repère). Reconnaissez ce bord, isolez-le et faites-le rejeter en dehors, c'est-à-dire en bas, à l'aide de deux rétracteurs ou mieux d'une large palette (c). — Baissez la tête et regardez la face postérieure du soléaire qu'il s'agit d'inciser. Pour attaquer ce muscle perpendiculairement à sa surface, tenez le bistouri horizontal (fig. 62) et incisez d'un bout à l'autre de la plaie, le plus loin possible du bord interne du tibia (d). Mais incisez en plusieurs temps. A chaque coup de bistouri, l'aide rétracteur pénètre davantage dans le muscle pour en abaisser la lèvre externe, pendant qu'avec le doigt gauche l'opérateur attire à lui la lèvre interne. Chemin faisant se rencontre, dure et blanche, l'aponévrose tendineuse intramusculaire du soléaire (2^e repère) ; reconnaissez-la et souvenez-vous qu'il n'y a que peu ou point de fibres musculaires dessous (e). Coupez-la donc délicatement, ou déchirez-la si vous pouvez. S'il y a des fibres dessous, séparez-les avec la sonde maniée prudemment.

— Bientôt, les lèvres du muscle totalement fendu s'écartent et laissent voir et sentir les vaisseaux cherchés et le nerf en dedans duquel ils sont placés. Déchirez la mince aponévrose profonde dans une petite étendue, sur l'artère, autant que possible dans l'interval de deux anastomoses veineuses transversales; passez l'aiguille courbe de dehors en dedans.

Notes. — (a) L'artère a pour couvertures : la *peau*, l'*aponévrose superficielle*, le bord interne du *jumeau interne* qu'il faut rejeter en dehors, le *soléaire* qu'on est obligé de fendre (fig. 61). L'aponévrose profonde est si ténue qu'elle ne peut pas compter.

(b) Plus bas, le jumeau adhérent au soléaire ne se laisserait pas écarter; l'opération serait plus difficile.

(c) C'est pour permettre cet écartement, cet abaissement, que le mollet doit porter à faux et la jambe être fléchie. Cela facilite énormément le reste de l'opération.

(d) Il faut : 1° tenir le bistouri perpendiculaire à la face postérieure du muscle (c'est-à-dire horizontal vu l'attitude de la jambe) pour arriver par le plus court chemin sur l'artère; 2° inciser *loin* du bord interne du tibia (à 0^m.05), pour tomber juste sur les vaisseaux qui répondent à peu près au bord externe de l'os.

(e) Si l'on oublie que le plus souvent il n'y a pas de fibres musculaires sous cette lame aponévrotique, on risque, en incisant trop hardiment, ou de fendre les vaisseaux, ou, si l'on tombe en dedans, d'entrer d'emblée et de se perdre dans le muscle fléchisseur commun. Cela est à redouter quand, sur une jambe variqueuse, le tissu sous-musculaire devenu lardacé ne permet pas aux lèvres du soléaire de glisser et d'ouvrir la fente.

Pour inciser l'aponévrose tendineuse intra-musculaire et ne pas faire d'échappade dans la profondeur, on tient toujours le bistouri perpendiculaire (horizontal) et avec l'extrême pointe on raye pour ainsi dire la toile fibreuse. Si l'on tenait à employer une sonde cannelée, il faudrait d'abord la recourber suffisamment.

Aussitôt que le soléaire est incisé dans toute son épaisseur, mais pas avant, les lèvres de la plaie musculaire se laissent écarter facilement; c'est un signe à rechercher.

B. — LIGATURE DE L'ARTÈRE PÉRONIÈRE

Au niveau du mollet. — Le malade est couché sur le côté sain, presque sur le ventre. La jambe, fléchie légèrement, repose sur sa face antéro-interne.

Pour le reste, cette opération *ressemble à la ligature de la tibiale postérieure* au niveau du mollet. Le chirurgien, placé en dehors, explore la région, suit le bord postérieur du péroné, pince le bord externe du jumeau externe (Revoy. fig. 61).

A un grand travers de pouce derrière le péroné, parallèlement à cet os, sur le bord du jumeau externe, faites à la peau une incision de 0^m.10 aboutissant à la *jarretière*. Coupez l'aponévrose le long du bord du *jumeau externe* (1^{er} repère); reconnaissez et mobilisez

ce bord; faites-le rejeter en dedans par deux rétracteurs. — Fendez le soléaire perpendiculairement à sa surface, d'un bout à l'autre de la plaie, de manière à tomber sur le bord interne du péroné. Fendez couche par couche et, à chaque coup de bistouri, faites écarter la lèvre interne; écarter vous-même du bout du doigt la lèvre externe de la plaie, pour bien reconnaître, avant de la diviser, l'*aponévrose tendineuse intra-musculaire* du soléaire (2^e repère). Coupez-la délicatement, et plus délicatement encore les fibres musculaires qui sont dessous. — Bientôt les lèvres du muscle totalement fendu s'écartent et laissent voir ou sentir les vaisseaux cherchés et le gros nerf tibial placé en dedans. Déchirez la mince aponévrose profonde dans une faible étendue et sur l'artère, autant que possible entre deux anastomoses veineuses transversales; passez le porte-fil courbe de dedans en dehors.

ARTICLE IV

LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE

Dans le creux poplité. — Après avoir fourni l'artère grande anastomotique et perforé le grand adducteur, l'artère fémorale, devenue poplitée, passe avec sa veine derrière le fémur auquel elle est appliquée. Ces vaisseaux se dirigent vers l'angle inférieur du losange poplité, en se rapprochant peu à peu du nerf sciatique poplité interne avec lequel ils disparaissent sous les muscles jumeaux, au niveau de l'interligne articulaire. L'artère poplitée fournit de nombreux rameaux articulaires anastomosés avec ceux de la grande anastomotique née de la fémorale; elle est *très profonde*; sa veine la recouvre, la touche et la déborde généralement en dehors, la laissant *accessible en dedans* (fig. 65). Quant au nerf, il est plus externe et beaucoup plus superficiel que les deux vaisseaux (fig. 57, p. 91).

Le malade sera couché sur le ventre, la jambe étendue d'abord, fléchie ensuite.

L'opérateur se place en dehors, plie le jarret et marque le pli; puis il tâte le creux poplité, en long, derrière l'extrémité inférieure de la cuisse. Il pense à la veine saphène externe, difficile à voir, car elle finit sous-aponévrotique.

Dans l'axe longitudinal du creux poplité (a), faites à la peau une

incision de 0^m,10 qui descende au niveau du pli du jarret. — En coupant l'aponévrose, évitez la veine saphène externe, son embouchure ou son canal de dérivation. — Mettez l'index dans la plaie et cherchez à sentir le nerf tendu et superficiel. Ne le dénudez pas,

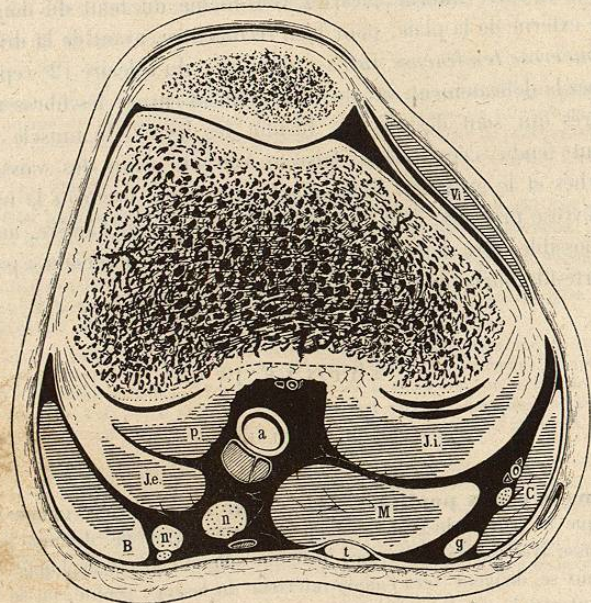


FIG. 65. — Coupe du genou droit très près des limites supérieures du cartilage des condyles et de la trochlée.

Entre le bord externe mince de la rotule et le tubercule latéral externe s'étend l'épaisse bande fascia lata. Du côté interne se voit l'extrémité du muscle vaste interne *V.i* et dessous un aileron rotulien distinct.

L'aponévrose couvre les muscles et tendons qui bornent le creux poplité, le biceps *B*, le demi-membraneux *M*, le demi-tendineux *t*, le grêle interne *g*, enfin le couturier couvrant le nerf saphène et ses vaisseaux satellites, couvert par la veine saphène interne sous-cutanée.

Des jumeaux, l'externe *J.e* et sous lui le plantaire grêle *p*, l'un et l'autre adhérents à la coque condylienne; l'interne *J.i*, entre sa double insertion, présente une bourse muqueuse couvrant une coque condylienne prête à se perforer.

Dans la graisse, on voit l'artère *a*, profonde, avec sa veine adjacente; le nerf est déjà divisé: de l'externe *n'* comme de l'interne *n* vont se détacher les éléments du nerf saphène externe; la veine de ce nom avoisine *n*, sous l'aponévrose.

pénétrez en dedans avec la sonde en déchirant le tissu graisseux. — Faites écarter la lèvre interne et le gros muscle demi-membraneux relâché par la flexion; écartez vous-même le nerf en dehors avec

le médus et allez avec l'index, au fond, en dedans, à la recherche du cordon vasculaire, épais, profond et appliqué à la surface poplitée du fémur (fig. 64). — Quand ce cordon est trouvé; attaquez son

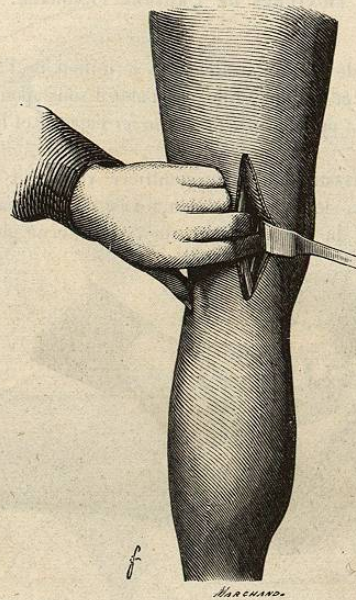


FIG. 64. — Ligature de l'artère poplitée. — Le sujet est couché sur le ventre. Deux doigts de la main gauche sont dans la plaie: le médus tient et écarte le nerf, l'index cherche au fond où il sent la veine et l'artère, en dedans, sur le fémur.

côté interne avec le bec de la sonde qui, petit à petit, arrive à déchirer la gaine cellulaire et permet au doigt qui a suivi les progrès de la dénudation d'entraîner la veine en dehors. A ce moment, un porte-fil courbe est glissé sur l'indicateur et passé sous l'artère de dehors en dedans (b).

Notes (a). — Indépendamment de l'embouchure de la saphène externe qu'on ne voit généralement pas, l'opérateur va rencontrer ou diviser: la *peau*, l'*aponévrose*, un peu de *graisse*, le *nerf*, beaucoup de *graisse*, la *veine* adhérente mais laissant abordable le côté interne de l'artère (fig. 65).

(b) Jobert cherchait l'artère poplitée en passant, sur le côté interne du fémur, entre le demi-membraneux et le grand adducteur; Marchal de Calvi, en décollant le jumeau interne du condyle interne du tibia.