

rois épaisses, que l'on peut, d'ailleurs, dilater encore davantage au moyen d'un lien appliqué plus haut autour du membre. Avec toutes les précautions antiseptiques on fait, en plusieurs endroits, une petite incision de la peau, et l'on met à nu la veine sur laquelle on jette une double ligature (catgut), puis on divise le vaisseau entre les deux fils, ou bien on excise complètement la partie intermédiaire. Enfin on applique un pansement de Lister, et l'on immobilise le membre dans une gouttière en fil de fer ou un autre appareil de ce genre.

Par contre, l'excision est difficile, sinon impossible, lorsque les veines ont des parois amincies et sont plongées au milieu de tissus indurés. En outre, la partie que l'on élimine ainsi de la circulation, est fort limitée, car *grâce aux précautions antiseptiques, il ne se produit pas de thrombose quelque peu étendue*. C'est pourquoi SCHEDE a eu recours à une méthode de *ligature* fort bien conçue, et basée sur les résultats des recherches récentes concernant l'oblitération des vaisseaux sans thrombus, par soudure des parois vasculaires. Cette méthode consiste à passer autour d'une veine volumineuse, avec les précautions antiseptiques, un certain nombre de fils de catgut à des intervalles d'environ 2 centimètres. Les fils sont ensuite noués sur un tube en caoutchouc, que les doigts d'un aide maintiennent aplati et appliqué contre le vaisseau. Puis on enveloppe le membre d'un pansement de Lister. Les premiers fils sont enlevés au bout de 12 heures et les autres après 24 heures.

Grâce à la pression du tube de caoutchouc, les parois du vaisseau sont aplaties d'une façon régulière, et se soudent l'une à l'autre sous l'influence de l'irritation produite par les fils. Un long segment de veine se trouve ainsi privé de circulation.

Dans ces derniers temps, à la suite des communications de MADE-LUNG, nous avons renoncé aux ligatures et aux petites excisions des veines dans les cas de sensibilité extrême des ulcères variqueux avec poussées fréquentes d'eczéma, et nous avons eu recours à des *excisions plus étendues* des grosses veines variqueuses. On est obligé, il est vrai, de pratiquer des incisions plus grandes et de disséquer avec soin le plexus veineux, de façon à l'isoler de la peau et du tissu sous-cutané. Mais les résultats sont évidemment meilleurs. Les ligatures sont toujours jetées sur les parties saines du vaisseau.

## 2. Processus inflammatoires et troubles de nutrition des os de la jambe.

§ 124. — De tous les os du squelette c'est le tibia des individus jeunes qui est le plus souvent affecté d'*ostéomyélite aiguë*. En ce qui concerne l'invasion et la marche de la maladie, nous renvoyons le lecteur aux détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de cette même affection intéressant le fémur; aussi nous contentons-nous de signaler les particularités que présente l'*ostéomyélite aiguë* du tibia.

Tout d'abord nous voulons attirer l'attention sur certains points qui ont de l'importance pour le diagnostic des affections osseuses du tibia. L'un d'eux, il est vrai, aurait dû être signalé plutôt à propos du diagnostic des fractures. Il

arrive parfois, en effet, que l'on croit avoir affaire, par erreur, à une fissure du tibia : une veine passant sur la face antérieure de ce dernier, directement sous la peau, dans un tissu infiltré et épaissi, donne assez souvent au doigt l'impression d'une solution de continuité de l'os.

Une seconde remarque se rapporte aux *pulsations* que l'on observe lorsque la cavité médullaire du tibia a été ouverte. Le liquide qui remplit une fissure de l'os ou se montre à l'orifice des fistules, comme aussi les granulations et les néoplasmes provenant de la moelle, présentent des mouvements isochrones au pouls. Ce phénomène est dû simplement aux pulsations des vaisseaux médullaires, dans l'intérieur d'une cavité osseuse; au point de vue physique, il ne diffère nullement de celui des pulsations du cerveau, que l'on aperçoit à travers une ouverture de la boîte crânienne. Plus d'un chirurgien s'est déjà laissé entraîner à admettre, dans ces, cas une disposition tout à fait anormale des vaisseaux, lesquels seraient dilatés en forme d'anévrismes.

La *région épiphysaire du tibia* est affectée d'*ostéomyélite* avec une fréquence particulière. Nous ne ferons que mentionner les décollements épiphysaires, la possibilité d'une perforation du foyer inflammatoire dans les cavités articulaires, perforation qui se produit surtout assez souvent dans l'articulation tibio-tarsienne, enfin la fréquence des adhérences qui s'établissent dans cette dernière articulation également, à la suite de processus ostéomyélitiques de l'épiphyse inférieure du tibia. Par conséquent, lorsque des synéchies tendent à se produire dans l'articulation tibio-tarsienne, le chirurgien devra faire en sorte que le pied s'immobilise autant que possible à angle droit sur la jambe, et ne prenne pas l'attitude vicieuse connue sous le nom de pied équin. C'est précisément à la jambe que les *troubles d'accroissement* dus à des processus inflammatoires, ont un grand intérêt pour le chirurgien. Parfois, en effet, on observe un allongement du membre par accroissement plus rapide du tibia à la suite d'une irritation anormale des cartilages de conjugaison supérieur et inférieur, mais surtout du premier. Cet allongement peut atteindre jusqu'à 3 ou 4 centimètres.

Si le tibia seul s'accroît d'une façon exagérée, tandis que le péroné se développe normalement, il en résulte un allongement des ligaments qui fixent les deux os l'un à l'autre; mais, en outre, il se produit une incurvation du tibia et un changement de direction des surfaces articulaires de cet os. C'est surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que s'opère ce changement qui a pour effet de déjeter le pied en dehors. Mais, même sans qu'il y ait exagération d'accroissement, on peut voir se produire une incurvation du tibia au-dessous de l'articulation du genou, incurvation qui se présente surtout sous la forme d'une courbure antéro-postérieure à concavité dirigée en avant. D'autre part, on observe aussi des *arrêts d'accroissement* dus à la destruction du cartilage de conjugaison. Le tibia reste plus court que celui du membre opposé, et que le péroné du même côté. Dans ce dernier cas le péroné tend ordinairement à se déplacer à son extrémité supérieure, en continuant de s'accroître de bas en haut, tandis qu'en bas l'atrophie de l'extrémité inférieure du tibia a pour conséquence une rotation du pied en dedans, autour de son axe antéro-postérieur