

anévrismes variqueux du jarret, sans amener du côté du pied et de la jambe un gonflement douloureux. Aussi l'expectation, aidée d'un bas qui soutient doucement tout le membre, paraît-elle être tout particulièrement recommandée ici. Dans les cas où la tumeur ferait des progrès inquiétants, c'est à la ligature des deux bouts de l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle qu'il faudrait avoir recours, en suivant les préceptes donnés par Norris et Malgaigne pour lier l'artère sans toucher au sac.

LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE. — Depuis que la méthode d'Anel a remplacé la méthode ancienne dans le traitement des anévrismes, on ne lie plus guère d'artère poplitée, à moins qu'il ne s'agisse d'une plaie de ce vaisseau. Malgré cela, la médecine opératoire compte un assez bon nombre de procédés récents pour arriver sur cette artère.

L'artère poplitée *d* (fig. 119) s'étend de l'anneau du troisième adducteur jusqu'à l'anneau du muscle soléaire, où elle se divise en tibiale antérieure

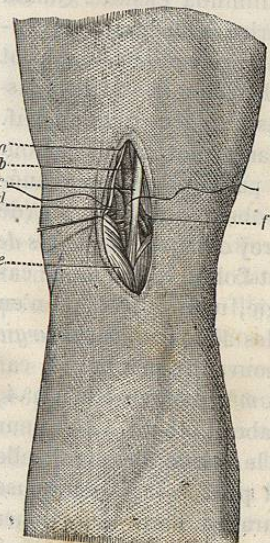


Fig. 119. — Ligature de l'artère poplitée au milieu du jarret.

et en tronc tibio-péronier. Elle se dirige à travers l'espace poplité, d'abord obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, puis elle prend une direction verticale, toutefois un peu rapprochée du côté interne. Il faut examiner les rapports de cette artère en haut et en bas. A sa partie supérieure, elle est en rapport, en avant, avec la face postérieure du fémur, en arrière avec du tissu graisseux et des ganglions lymphatiques qui la séparent de l'aponévrose *a*; en dehors avec le biceps, et en dedans avec le demi-membraneux; plus bas ce vaisseau est en rapport, en avant avec le muscle poplité, en dehors avec le jumeau externe, et en dedans avec le jumeau interne *e*.

Il est surtout très-utile de connaître les rapports de cette artère avec le nerf sciatique poplité interne de la veine poplitée. On dit avec raison que ces cordons vasculaires et nerveux sont disposés sur un plan incliné d'arrière en avant et de dehors en dedans. On trouve donc d'abord superficiellement et en dehors, le nerf *c*, puis la veine *b*, qui reçoit au niveau des condyles du fémur la veine saphène externe *f*; enfin, plus profondément et en dedans, l'artère *d*.

On sait que l'artère poplitée donne naissance, en ce point, à un assez bon nombre de branches collatérales, telles que les *articulaires supérieures interne et externe*, les *articulaires inférieures externe et interne*, les *articulaires moyennes*, enfin les *jumelles*. Il existe des anastomoses entre tous ces rameaux artériels et ceux de la grande anastomotique qui naît de la fémorale.

Les procédés pour lier l'artère poplitée varient suivant qu'on porte la ligature vers le tiers supérieur ou vers les deux tiers inférieurs.

a. Ligature à la partie supérieure. — On pratique une incision à partir de l'anneau du troisième adducteur, près du bord externe des muscles qui limitent en dedans le creux poplité, et on la dirige vers le milieu de l'espace poplité. La peau et l'aponévrose incisées, on cherche le bord externe de ce muscle qui longe l'artère située profondément dans une masse de tissu adipeux. On trouve, comme nous l'avons dit, de dehors en dedans, d'abord le nerf, puis la veine, enfin l'artère. On doit passer la sonde cannelée de dehors en dedans pour éviter la veine.

b. Ligature à la partie inférieure. — On couche le malade sur le ventre, on étend sa jambe, et l'on recherche avec le doigt l'intervalle qui sépare les jumeaux. Une incision de 8 à 10 centimètres est pratiquée de haut en bas, à peu près sur la ligne médiane ou un peu en dehors d'elle. Cette incision doit commencer à 1 centimètre au-dessous de l'interligne articulaire. Il faut éviter, dans la section de la peau, la saphène externe; on coupe ensuite l'aponévrose, et, cela fait, on fléchit la jambe sur la cuisse, de façon à pouvoir pénétrer facilement dans l'interstice musculaire avec le doigt et la sonde cannelée, qui servent à isoler l'artère du nerf et de la veine. Après avoir écarté la veine et le nerf, on passe la sonde cannelée de dehors en dedans entre les veines et l'artère.

Il y a d'autres procédés d'amphithéâtre pour lier cette artère, mais je n'y insisterai pas.

§ XVII. — Anévrismes des artères tibiale, péronière et pédieuse.

Les anévrismes artériels spontanés des artères tibiale, péronière et pédieuse sont très-rares. La collection du musée Dupuytren n'en renferme aucun exemple; mais dans celle du musée de Saint-George hospital, à Londres, on voit un cas d'anévrisme de la tibiale postérieure guéri par la ligature de la fémorale. D'ailleurs ces anévrismes spontanés n'ont guère été constatés que sur des malades déjà atteints d'affection du cœur ou des gros troncs artériels.

On a vu plus souvent les blessures de ces artères par des coups de feu ou des fragments d'os fracturés donner lieu à ces vastes épanchements sanguins qu'on trouve décrits sous le nom d'*anévrismes diffus*. Nous avons dit, dans nos généralités, que nous ne tiendrions pas compte ici de ces infiltrations sanguines auxquelles le traitement des plaies d'artères par la ligature des deux bouts du vaisseau lésé est surtout applicable; c'est dans le cas particulier de blessure des artères de la jambe que les principes développés par Guthrie doivent le plus souvent servir de règle de conduite au chirurgien, de préférence à la ligature suivant la méthode d'Anel, comme Dupuytren (1) l'avait conseillé.

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 507.

Il existe un très-petit nombre de cas d'anévrysmes artérioso-veineux de ces artères.

La rareté des anévrysmes de la jambe et du pied ne permet pas de faire avec profit une description générale de ces tumeurs, et il nous a semblé préférable de substituer à de vagues considérations générales une relation très-succincte des principaux faits de ce genre. Du reste, la plupart de ces faits sont chacun d'un utile enseignement.

Chabane (1) a rapporté, sous le titre d'*anévrisme de l'artère tibiaie antérieure*, un fait qui peut prêter matière au doute sur l'artère malade, mais qui, à d'autres points de vue, ne manque pas d'intérêt. Un homme d'une cinquantaine d'années souffrait depuis six ans d'une sciatique, lorsqu'il sentit subitement, en marchant, un poids très-lourd et une atroce douleur le long du tendon d'Achille gauche, comme si ce tendon s'était rompu. Deux jours plus tard on constatait à la partie interne et moyenne de la jambe gauche une petite tumeur dure, douloureuse, qui était placée dans les interstices des jumeaux. Peu à peu tout le mollet fut envahi, le mouvement de la jambe devint impossible, en même temps que la douleur était fort vive et que la santé générale devenait mauvaise. Le mollet du côté malade mesurait 11 centimètres de plus que celui du côté sain, et si l'on exerçait sur lui quelque pression, on constatait seulement une grande résistance, mais ni pulsations, ni fluctuation. Le pied était aussi le siège d'un léger œdème. Mais en plaçant l'oreille sur le mollet, on découvrit le long de l'artère tibiaie antérieure un très-fort bruit de souffle qu'on interrompait par la compression de la fémorale et de la poplitée. On ne peut guère dire quelle a été l'artère lésée dans ce cas, et s'il s'agissait du tronc tibio-péronier, de la tibiaie antérieure, de la péronière ou de la tibiaie postérieure.

La ligature de la crurale à la pointe du triangle de Scarpa fit disparaître les douleurs, et le malade guérit.

On remarquera dans le cas suivant, rapporté par Sidey (2), une certaine analogie dans le début des symptômes, mais de plus l'anévrysme tibial accompagnait un anévrysme plus volumineux de la fémorale. Un homme de soixante-deux ans éprouva, dans le mollet de la jambe droite, une violente douleur qui s'étendait au pied et aux orteils, et qu'il crut être une attaque de névralgie. A l'examen, on constatait que la jambe était généralement très-gonflée, et en suivant avec les doigts le trajet de l'artère fémorale, on trouvait une large tumeur pulsatile immédiatement avant l'entrée du vaisseau dans la région poplitée. Vu l'âge avancé du malade, on se borna à une application d'eau glacée et d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, en même temps qu'on appliquait de temps en temps, durant dix minutes, une vessie remplie de glace sur l'anévrysme et le long de l'artère. On commença ce traitement le 16 novembre, le lendemain du

(1) *Gazette méd. de Lyon*, 1858, n° 6, p. 124.

(2) *Edinburgh Medic. Journal*, 1859, vol. IV, p. 768.

jour où le malade accusa de la douleur, et on le continua jusqu'au 4 décembre, où la tumeur pulsatile de l'espace poplitée était tout à fait solidifiée. On découvrit alors sur le trajet de la tibiaie postérieure, au niveau du gonflement de la jambe, une tumeur de même nature, mais les deux tumeurs allèrent graduellement en diminuant.

L. Fleury (1) a publié l'observation assez singulière d'une tumeur du pied de nature anévrysmale, produite par une piqûre. Quoique dans ce cas il ne semble pas s'agir d'un véritable anévrysme, nous devons le communiquer au point de vue du diagnostic différentiel. Un homme de vingt ans s'enfonça dans le dos du pied un clou très-pointu, et cette plaie ne donna lieu qu'à un très-léger écoulement sanguin. Quatre mois après on trouvait, à la partie externe de la face dorsale du pied gauche, une tumeur indolente du volume d'une grosse noix, qui devint rouge, tendue et douloureuse à la suite d'une contusion. On y sentait des pulsations faibles, isochrones au pouls, que la compression de la pédiuse n'arrêtait pas, mais qui cessaient par la compression de la fémorale. Fleury, pensant qu'il s'agissait ici d'un anévrysme traumatique de l'artère dorsale du tarse, crut devoir opérer cet anévrysme par l'ouverture du sac; mais il fut surpris, en divisant la tumeur, de voir le sang s'écouler en nappe, mais non en jet; puis, quand l'écoulement sanguin s'arrêta, il vit que la tumeur était formée par un tissu rougeâtre, spongieux, comme érectile, qu'il suffisait de toucher pour le faire saigner. Pendant huit jours on pansa cette plaie avec de la charpie sèche sans y provoquer de changement, et l'on n'obtint la guérison de cette tumeur que par une petite cautérisation au fer rouge.

Quant aux anévrysmes artérioso-veineux des artères que nous étudions, on peut en citer au moins deux cas très-curieux: l'un est rapporté par Dorsey (1), l'autre par Cadge (2). Le malade de Dorsey avait reçu quelques années auparavant un coup de fusil dans la jambe. Lorsque les parties furent guéries, on découvrit juste au-dessous du genou un anévrysme variqueux; en peu de temps les veines superficielles de la jambe se dilatèrent, et l'on sentit le frémissement particulier à cette sorte d'anévrysme. Quand Dorsey vit le blessé, déjà douze ans s'étaient écoulés depuis cet accident, et les veines du membre, des orteils à l'aîne, étaient grandement dilatées. La jambe était constamment très-douloureuse, et il se forma sur le pied et au cou-de-pied des ulcères qui résistèrent à tous les remèdes.

La grande distension des vaisseaux de la jambe et l'incertitude de trouver la communication entre la tumeur et l'artère conduisirent les docteurs Physick et Wistar, qui soignaient le malade, à lier l'artère fémorale au milieu de la cuisse. La jambe se gangrena presque vers son milieu, et pendant que les parties molles se séparaient, une hémorrhagie soudaine et inattendue eut lieu par une des veines dilatées, dans la partie

(1) *Archiv. de médecine*, 3^e série, 1839, t. V, p. 86.

(2) *Elements of Surgery*, second edit., 1818, t. II, p. 361. Philadelphia.

mortifiée près de l'articulation. Le retour d'une de ces hémorragies amena la mort. La dissection des parties fit trouver tout le tronc de l'artère fémorale, jusqu'à l'aîne, dilaté d'une façon anormale; toutes les veines du membre étaient largement distendues, et une bougie passait facilement le long de l'artère poplitée dans l'artère tibiale postérieure, qui était dilatée, et de cette artère dans une poche veineuse située à la partie interne de la jambe, au-dessous du genou.

Je termine l'histoire de ces anévrysmes artérioso-veineux par la relation d'un fait assez intéressant, rapporté par W. Cadge (1), où une varice anévrysmale existait dans un moignon d'amputation du pied. Un homme de trente ans fut amputé du pied, selon le procédé de Syme, pour une tumeur blanche. On lia trois petites artères. La plaie guérit en grande partie par première intention; seulement là où passaient les fils à ligature il se développa de la suppuration.

Treize jours après l'opération, et lorsque les ligatures étaient tombées, la plaie de l'amputation paraissait presque complètement guérie, seulement on trouvait au côté interne du moignon et un peu sur la plaie, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, couverte d'une peau rouge. On aurait pu prendre cette tumeur pour un abcès, mais elle était pulsatile dans toute son étendue, et à l'auscultation on entendait un souffle sibilant, d'un timbre élevé. Le blessé sentait lui-même une forte pulsation dans le moignon; il se forma là quelques petits abcès qui s'ouvrirent, puis la cicatrisation se compléta, et le malade put bien marcher avec un membre artificiel. Mais quinze mois après l'amputation, il ressentit une forte pulsation dans le moignon, en même temps qu'un peu de gonflement. Un chirurgien anglais, Key, reconnut là un anévrysmale, et conseilla, soit une nouvelle amputation, soit la ligature de l'artère au-dessus du point malade. Il existait en effet, au côté interne du moignon, immédiatement au-dessus de la malléole, une tumeur élastique, large de 2 pouces, pulsatile dans tous les sens, et qui laissait entendre, même à distance, un sifflement. La compression de la tibiale postérieure arrêtait les battements. On allait employer la compression avec le compresseur de Signoroni, lorsque le malade mourut d'étranglement interne.

A l'autopsie, on fit dans le membre une injection qui remplit d'abord les deux veines collatérales de la tibiale postérieure. Cette artère donnait en bas un rameau, sans doute la plantaire interne, qui avait la grosseur d'une plume de corbeau, et un quart de pouce de son origine se dilatait en un sac du volume d'une grosse fève. De ce sac partait un court canal qui se dirigeait vers la veine tibiale placée près de lui, et formait ainsi une varice anévrysmale. Cet anévrysmale était placé immédiatement sous la peau, à la racine de la malléole, séparée de lui par l'extrémité renflée du nerf coupé.

TRAITEMENT. — C'est par la *compression indirecte* exercée sur la fémorale

(1) *London Journal*, 1850, vol. II, p. 126.

rale qu'il faut commencer le traitement des anévrysmes artériels de la jambe; si ce moyen ne réussit pas et si l'anévrysmale est peu volumineux, on pourra appliquer à cette tumeur la méthode par les *injections coagulantes*. De gros anévrysmes des artères tibiales exigent la *ligature* de la fémorale, qu'on doit pratiquer ici au niveau de l'anneau du troisième abducteur; mais si la tumeur est peu développée et difficile à atteindre, mieux vaut l'attaquer directement soit par l'ouverture du sac, soit par la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur, sans inciser la poche anévrysmale. C'est d'ailleurs ainsi que le chirurgien devra agir dans tous les cas d'anévrysmes artérioso-veineux.

LIGATURE DE L'ARTÈRE TIBIALE ANTÉRIEURE. — L'artère tibiale antérieure (fig. 120) suit la direction d'une ligne qui, partant du milieu de l'espace compris entre la tête du péroné et la tubérosité du tibia, viendrait aboutir au milieu de l'espace intermalléolaire. Dans sa partie supérieure, cette artère est située entre le jambier antérieur *d* et l'extenseur commun des orteils *a*; dans sa partie inférieure, entre le jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteil. Elle repose sur le ligament interosseux dans ses deux tiers supérieurs, et sur la face antérieure et externe du tibia dans son tiers inférieur. Elle est accompagnée par deux veines satellites *c* et le nerf tibial antérieur, qui supérieurement est en dehors de l'artère, passe en avant au milieu de la jambe pour se trouver en dedans inférieurement.

On ne lie l'artère tibiale antérieure que dans ses deux tiers inférieurs, plus haut elle est trop profondément située pour être atteinte avec facilité par le chirurgien.

On étend la jambe avant de commencer l'incision, afin de faire saillir le tendon du jambier antérieur et le corps du muscle, qui peuvent servir l'un et l'autre de points de repère. Cela fait, on pratique, suivant la ligature indiquée, une incision de 6 à 10 centimètres, selon la profondeur connue du vaisseau. Cette incision doit comprendre la peau et l'aponévrose qu'on débride latéralement. On fléchit alors le pied sur la jambe, de façon à relâcher les muscles antérieurs et à pouvoir pénétrer plus facilement dans le premier interstice musculaire qu'on cherche à partir de la crête du tibia; et en pressant avec la pulpe du doigt on sent quelquefois alors un défaut de résistance qui indique cet interstice cellulaire. On peut s'aider, dans cette recherche, par la contraction volontaire du muscle; plus rarement

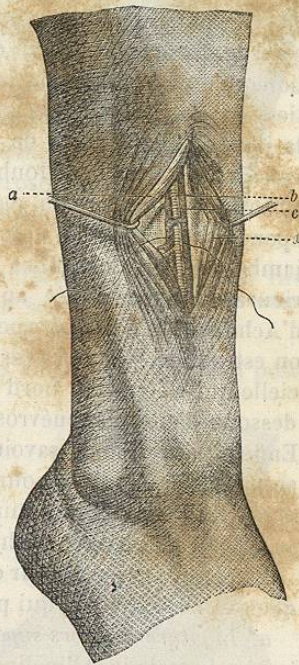


FIG. 120. — Ligature de l'artère tibiale antérieure au milieu de la jambe.

on aperçoit tout de suite une ligne blanchâtre qui sépare les muscles les uns des autres. Quand le doigt a pénétré dans cet interstice celluleux, il faut porter le décollement jusqu'au niveau du ligament interosseux; on fait ensuite, le pied étant fléchi, écarter par des crochets mousses les bords de la plaie, et l'on trouve au fond d'elle l'artère entourée de ses veines satellites et croisée par le nerf. Une dissection fine sépare ces cordons les uns des autres, et l'on introduit ensuite le fil à ligature à l'aide d'une aiguille courbe qu'on doit conduire de bas en haut et de dehors en dedans.

LIGATURE DE LA TIBIALE POSTÉRIEURE. — L'artère tibiale postérieure, dans son tiers supérieur, à partir du tronc tibio-péronier, se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, mais dans ses deux tiers inférieurs elle devient verticale jusqu'à sa division en branches plantaire interne et externe. Ses rapports sont des plus importants à rappeler pour la dissection qui doit conduire sur le vaisseau. Cette artère est située, dans ses deux tiers supérieurs, entre le soléaire et les muscles de la couche profonde de la jambe, à un travers de doigt environ du bord interne du tibia. Une aponévrose, dans le dédoublement de laquelle elle se trouve, la sépare du soléaire, et le chirurgien, dans cette ligature difficile, doit rechercher cette aponévrose comme un point de repère important. Au tiers inférieur de la jambe, les fibres charnues du soléaire ont cessé et l'artère tibiale postérieure est alors située au milieu de l'espace compris entre le tendon d'Achille et le bord interne du tibia. Dans ce tiers inférieur de la jambe, on est obligé, pour arriver sur l'artère, de diviser l'aponévrose superficielle qui s'étend du bord interne du tibia au tendon d'Achille, et au-dessous d'elle, l'aponévrose profonde sous laquelle l'artère se trouve. Enfin, il est utile de savoir que derrière la malléole interne l'aponévrose superficielle s'épaissit pour former le ligament annulaire interne du tarse, et qu'une lame fibreuse mince sépare seule l'artère de la gaine des muscles jambier postérieur et fléchisseur des orteils.

Le nerf tibial postérieur est situé en dehors de l'artère qu'accompagnent deux veines satellites qui parfois la recouvrent complètement en bas.

a. Ligature au tiers supérieur de la jambe. — Le chirurgien fléchit la jambe du malade et l'incline sur le côté externe, puis il pratique à 2 centimètres du bord interne du tibia une incision longitudinale de 10 centimètres, qui d'abord ne dépasse pas la peau, afin d'éviter le plus possible la veine saphène interne dont la direction est à peu près celle de l'artère. Cette veine écartée, il fait à l'aponévrose une incision cruciale, puis pousse en dehors le bord interne du muscle jumeau interne et découvre la face postérieure du soléaire. L'opérateur peut alors, soit inciser le soléaire d'arrière en avant jusqu'à l'artère, soit détacher ses insertions au bord interne du tibia pour l'attirer en dehors et découvrir également le vaisseau. Dans le premier cas on coupe les muscles de la couche profonde et s'éloigner facilement de l'artère. Le premier procédé nous paraît devoir être préféré.

On incisera donc le soléaire dans toute l'étendue de la plaie, en ayant soin, après avoir dépassé son aponévrose médiane très-résistante, de procéder avec lenteur pour ne pas couper directement, avec les fibres musculaires antérieures à ce feuillet fibreux, l'aponévrose mince qui sépare les muscles profonds des superficiels, et au-dessous de laquelle l'artère est située. Il faut inciser sur la sonde cannelée cette dernière aponévrose et isoler l'artère de ses veines satellites.

b. Ligature à la partie moyenne de la jambe. — On fait (fig. 121), à un travers de doigt en dehors du bord interne du tibia, une incision de 8 centimètres, comme dans le cas précédent, et l'on attire le muscle jumeau interne *d* en arrière et en dehors. Si le muscle soléaire *a* descend jusqu'au niveau de l'incision, il faut le couper ou le repousser en haut et en dehors avec un crochet mousse. On devra couper ici l'aponévrose qui va du tendon d'Achille au tibia et le feuillet superficiel de l'aponévrose profonde, avant d'arriver à l'artère *c* placée entre ses deux veines satellites *b*. Alph. Guérin (1) fait justement remarquer qu'en incisant le feuillet superficiel de l'aponévrose profonde, il faut se rapprocher plus du tendon que de l'os, afin d'éviter l'ouverture de la gaine des muscles fléchisseurs et tibial postérieur. Quel que soit le point où on lie l'artère, on peut diminuer beaucoup l'écoulement du sang veineux en faisant comprimer par un aide, avec la pulpe du doigt indicateur, l'angle inférieur de la plaie.

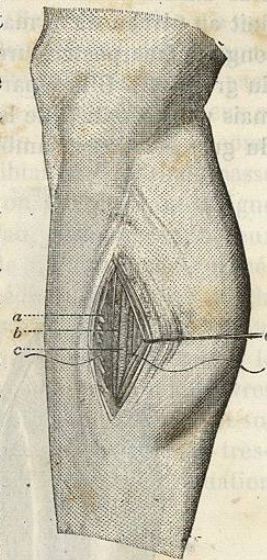


FIG. 121. — Ligature de l'artère tibiale postérieure au milieu de la jambe.

c. Ligature derrière la malléole interne. — La ligature est ici des plus faciles. On fait (fig. 122), entre le tendon d'Achille et le bord postérieur de la malléole, une incision de 5 centimètres, qui comprend la peau et le tissu cellulaire; on ouvre ensuite avec attention l'aponévrose profonde *a*, et l'on trouve l'artère *d* au milieu d'un tissu cellulo-graisseux, entourée de ses veines *c*, avec le nerf *b* en arrière et en dehors.

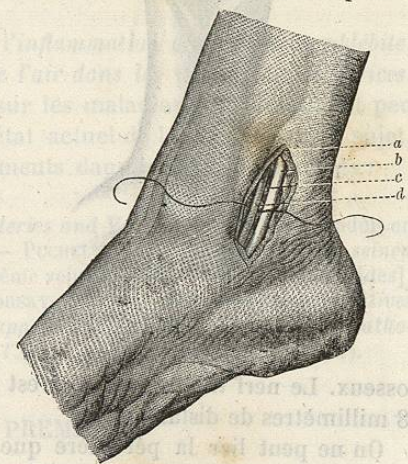


FIG. 122. — Ligature de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne.

(1) *Éléments de chirurgie opératoire*, 2^e édition, 1858, p. 65.

LIGATURE DE L'ARTÈRE PÉRONIÈRE. — On ne cite guère qu'un cas de ligature de la péronière faite par Gulhrig; c'est que cette artère est des plus difficiles à découvrir. Elle naît (fig. 123) du tronc tibio-péronier, et finit au niveau de la malléole externe par deux branches. En haut, elle longe la face postérieure du péroné, dont le muscle fléchisseur propre du gros orteil G la sépare, et le muscle soléaire B la recouvre en arrière; mais vers le milieu de la jambe elle s'enfonce entre le fléchisseur propre du gros orteil et le jambier postérieur, pour arriver sur le ligament inter-

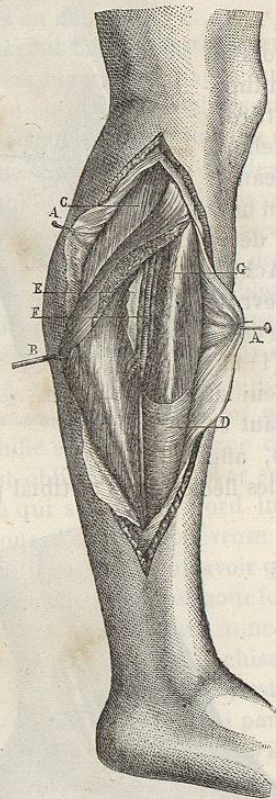


FIG. 123. — Anatomie chirurgicale de l'artère péronière.

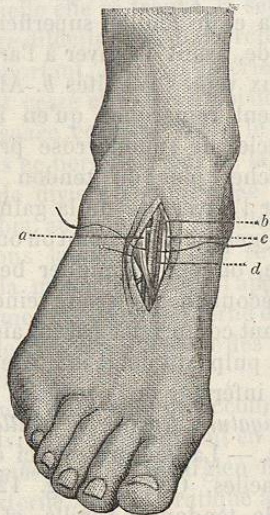


FIG. 124. — Ligature de l'artère pédieuse.

osseux. Le nerf tibial postérieur est situé à son côté interne, mais à 6 ou 8 millimètres de distance.

On ne peut lier la péronière que dans sa partie supérieure. Le chirurgien cherche le bord externe du péroné, et fait à un travers de doigt en dedans de ce bord une incision de 8 à 10 centimètres. La peau et l'aponévrose AA incisées, le bord externe du jumeau externe C écarté en dehors, on coupe le soléaire dans la longueur de la plaie jusqu'à sa face antérieure. On trouve alors l'artère péronière F dans la même gaine apo-

névrotique que les veines, qu'on isole comme d'habitude, et l'on introduit l'aiguille et le fil à ligature de dedans en dehors.

LIGATURE DE L'ARTÈRE PÉDIEUSE. — Cette artère (fig. 124), qu'on n'a que bien rarement l'occasion de lier, s'étend du milieu de l'espace compris entre les deux malléoles jusqu'à la partie postérieure du premier espace interosseux. Elle est placée sous le bord interne du muscle pédieux *a*, en dehors de la gaine du tendon de l'extenseur du gros orteil *c*, accompagnée par deux veines satellites *b*, et le nerf tibial antérieur qui passe au-dessus d'elle. Pour arriver sur cette artère on fait, suivant la ligne indiquée, une incision de 4 centimètres à la peau, puis on coupe deux aponévroses, l'une superficielle, qui renferme le nerf musculo-cutané, l'autre profonde, qui part du bord interne ou pédieux pour aller sur la gaine de l'extenseur propre du gros orteil. On trouve alors l'artère, qu'on dégage de ses deux veines satellites. C'est pour n'avoir pas coupé le feuillet aponévrotique profond, que bien des élèves, dans les manœuvres opératoires, ne découvrent pas cette artère. Toutefois la pédieuse est sujette à quelques anomalies, et on l'a vue remplacée par un rameau très-grêle, tandis que l'artère dorsale du carpe est alors la vraie continuation de l'artère tibiale antérieure.

CHAPITRE VIII

MALADIES DES VEINES

Nous étudierons dans ce chapitre l'inflammation des veines ou *phlébite*, les plaies des veines, l'introduction de l'air dans les veines, et les varices.

Les traités généraux à consulter sur les maladies des veines sont peu nombreux et ne représentent plus l'état actuel de la science sur ce sujet, cependant on trouvera d'utiles documents dans les travaux suivants :

HODGSON, *A Treatise of Diseases of the Arteries and Veins*. London, 1815, traduit en français par Breschet. Paris, 1819. — PUCHELT, *Das Venensystem in seinen krankhaften Verhältnissen*, etc. [Le système veineux dans ses rapports morbides]. 2^e édit. Leipzig, 1843-1844. — RACIBORSKY, *Histoire des découvertes relatives au système veineux envisagé sous le rapport anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique* (Mémoires de l'Acad. de médecine, t. IX, p. 447).

ARTICLE PREMIER

INFLAMMATION DES VEINES OU PHLÉBITE

HISTORIQUE. — Ce nom de *phlébite*, créé par Breschet ($\phi\lambda\epsilon\beta\iota\tau\iota\varsigma$, $\phi\lambda\epsilon\beta\iota\varsigma$, veine), désigne une affection que les anciens ont certainement observée sans en déterminer exactement la nature. En effet, de toute antiquité, les chirurgiens ont pu voir les tristes accidents dont sont parfois suivies la