

et grand adducteur des tendons réunis constituant le bord interne du jarret. La jambe mise dans la flexion, on écarte les parties, et l'on tombe sur le côté interne de l'artère.

B. Le procédé le plus ancien est celui où l'on attaque l'artère par la face postérieure du jarret. Le malade couché sur le ventre, à cuisse et la jambe légèrement fléchies, une première incision part du bord interne et supérieur de l'espace poplité, et va tomber sur l'angle inférieur du losange représenté par cette région. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose divisés, avec la précaution d'éviter la veine saphène externe, si on la rencontre, on écarte le bord du muscle demi-membraneux, en le repoussant en dedans, et l'extrémité du muscle jumeau; on porte le nerf sciatique *c* (fig. 212) en dehors, et plus profondément en dedans et en avant on aperçoit la veine poplitée *b*, que l'on sépare doucement de l'artère *d*, dont on opère la ligature en engageant la sonde cannelée entre elle et la veine.

C. Un des plus remarquables agrégés de la Faculté de Paris, M. Marchal (de Calvi), a proposé de lier le tronc péronéo-tibial au-dessous du condyle interne du tibia, et l'on répète dans ce point l'opération que Jobert exécutait au-dessus du condyle fémoral. La jambe demi-fléchie (fig. 213), on fait immédiatement au-dessous

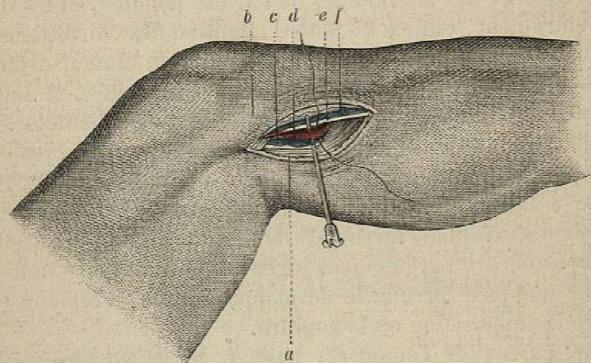


Fig. 213.

du condyle tibial interne *b* une incision oblique d'arrière en avant, de haut en bas et de dehors en dedans, de 0^m.09 de longueur, sur le bord correspondant du muscle jumeau *a*. La peau divisée, on évite la veine saphène interne *f*, on sépare le muscle jumeau *a* de la couche des muscles profonds, et, le renversant en arrière, on arrive facilement sur l'artère *d*, qui est en dedans du nerf tibial postérieur *e*, et entourée de deux veines satellites *c*. Il faut, pour

la saisir, inciser le mince feuillet aponévrotique qui la recouvre et sépare les muscles superficiels du mollet des muscles profonds.

Anastomoses. Les voies anastomotiques qui servent à l'entretien de la circulation sont à peu près les mêmes qu'après la ligature de l'artère fémorale à son tiers inférieur: seulement, les artérielles supérieures en deviennent un des principaux agents, le sang y arrivant directement.

Dans le cas où l'origine de ces vaisseaux serait oblitérée, le sang serait versé des branches de la grande collatérale et des musculaires de la fémorale aux artérielles. Si le tronc de ces dernières était également fermé, la circulation se continuerait par les récurrentes tibiales, et il y aurait ainsi trois ordres d'anastomoses superposées.

Tibiale antérieure. L'artère tibiale antérieure, née de la poplitée au-dessous du muscle de ce nom, se dirige immédiatement d'arrière en avant, traverse la partie supérieure du ligament interosseux, sur la face antérieure duquel elle se réfléchit, et se porte vers le pied, où elle prend le nom de *pédieuse* en se dégageant du ligament annulaire dorsal du tarse. Elle suit dans ce trajet la direction d'une ligne qui, partant du milieu de l'espace situé entre la tête du péroné et la tubérosité du tibia, irait tomber sur la partie moyenne de l'articulation tibio-tarsienne.

L'artère tibiale antérieure répond dans son tiers supérieur: en arrière, au ligament interosseux; en dedans, au jambier antérieur; en dehors, au nerf tibial antérieur et à l'extenseur commun des orteils. Dans ses deux tiers inférieurs elle est en rapport avec le jambier antérieur, en dedans, et l'extenseur propre du gros orteil en dehors. Le nerf est presque toujours en avant. Elle est d'autant plus profonde, qu'on l'examine plus supérieurement, et est côtoyée par deux veines satellites qui s'envoient au devant d'elle un assez grand nombre de petites branches transversales.

Pelletan a rencontré l'artère tibiale antérieure immédiatement au-dessous des téguments, et Velpeau a également observé cette anomalie.

On ne connaît pas d'exemple d'anévrysmes vrais de la tibiale antérieure, mais ses blessures et des anévrysmes faux y ont été fréquemment observés, et tantôt on a découvert l'artère lésée pour en lier les deux extrémités, tantôt, comme Dupuytren, Delpech, Roux, on a placé la ligature sur la poplitée ou la fémorale.

Toutes les fois que l'opérateur pourra atteindre le vaisseau dans le point de sa lésion, il devra le mettre à nu; si l'épanchement de sang, la tuméfaction et l'irritation des parties empêchaient d'agir