

et la péronière sont plus volumineuses; rarement elle manque, mais elle peut rester sur la ligne médiane jusqu'àuprès de la malléole, et alors le nerf en côtoie le bord interne.

On ne découvre ordinairement l'artère tibiale postérieure que pour des lésions directes, et l'on place deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la blessure; lier le tronc poplité ou celui de la fémorale exposerait à de graves accidents, sans donner la certitude de remédier à l'hémorrhagie; et, bien que de grands maîtres aient agi ainsi, il ne faudrait, je crois, les imiter que dans l'impossibilité de recourir à d'autres moyens. On peut découvrir l'artère tibiale postérieure dans toute l'étendue de son trajet, sans grandes difficultés, sur le cadavre; mais on a été obligé quelquefois, sur l'homme vivant, d'inciser supérieurement une certaine épaisseur de fibres musculaires pour terminer l'opération. Les occasions de lier la tibiale postérieure sont rares, et les procédés opératoires très-multipliés. On peut les considérer comme des moyens d'exercice.

On met facilement à nu l'origine de la tibiale postérieure par le procédé que M. Marchal a proposé pour le tronc tibio-péronier (*fig. 213*).

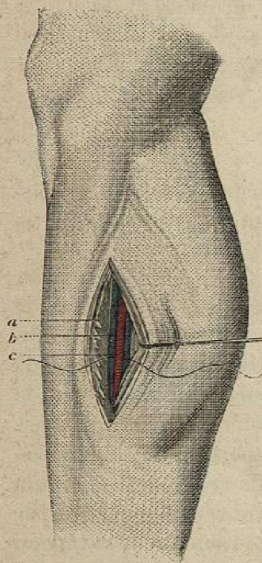


Fig. 216.

Le procédé de Marjolin, au tiers supérieur de la jambe, consiste à pratiquer le long du bord interne et supérieur du tibia, jusqu'à la partie moyenne de la jambe, une incision de 0^m,09, qui comprend la peau et l'aponévrose; on sépare du tibia les insertions du soléaire *a* (voy. *fig. 216*), que l'on renverse en arrière et en dehors, et l'on tombe sur l'aponévrose profonde, reconnaissable à sa couleur blanche et nacrée; derrière elle on aperçoit l'artère *c* à 0^m,02 environ du bord tibial interne, entourée de ses veines satellites *b*.

L'exécution de ce procédé est plus sûre et plus facile, lorsque l'on fait la première incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Il faut éviter la veine saphène interne, et débrider quelquefois l'aponévrose; mais la plaie se rapproche ainsi davantage du trajet suivi par le vaisseau.

On peut également tomber directement sur l'artère en divisant d'arrière en avant toutes les parties qui la recouvrent. Placé en

dehors du membre, le chirurgien fait une incision longue de 0^m,12, dans la direction et à un grand travers de doigt du bord interne du tibia, écarte vers le tiers moyen de la jambe la veine saphène, divise l'aponévrose, tombe perpendiculairement sur les fibres du soléaire, qu'il incise couche par couche, comme pour gagner la face postérieure du tibia très-près de son bord externe; bientôt il aperçoit une membrane fibreuse, épaisse, nacrée, sur laquelle s'insèrent les fibres charnues: c'est l'aponévrose profonde traversée par plusieurs rameaux vasculaires. L'artère est immédiatement au-dessous.

Manec découvre l'artère au tiers moyen de la jambe par un procédé à peu près semblable au précédent (*fig. 216*). La peau et l'aponévrose divisées sur le côté interne du tibia, on renverse le muscle jumeau *d* en dehors et en arrière, et l'on incise directement d'arrière en avant les fibres du soléaire *a*, dans la direction de l'artère *c*, pour la mettre à nu entre ses deux veines satellites *b*, après avoir fendu l'aponévrose, et avoir repoussé en dehors le nerf qui l'accompagne.

Lisfranc découvrait l'artère à la partie inférieure du tiers moyen de la jambe par une incision oblique de bas en haut, et de dehors en dedans; on écarte le tendon d'Achille, et au devant de son bord interne on trouve l'artère recouverte par l'aponévrose.

L'artère tibiale postérieure est située très-superficiellement au niveau de la malléole; mais la proximité des gaines tendineuses, des muscles tibial postérieur et fléchisseur des orteils, et de l'articulation elle-même, réclame toute l'attention du chirurgien.

On pratique une incision longitudinale à 0^m,004 en dedans de la malléole, et on tombe sur le milieu de l'espace qui la sépare du tendon d'Achille. La peau et l'aponévrose superficielle qui s'étend du tendon au tibia étant divisées (*fig. 217*), on incise l'aponévrose profonde *a* avec précaution, soit directement, soit sur une sonde cannelée, et l'on trouve derrière elle l'artère *d*

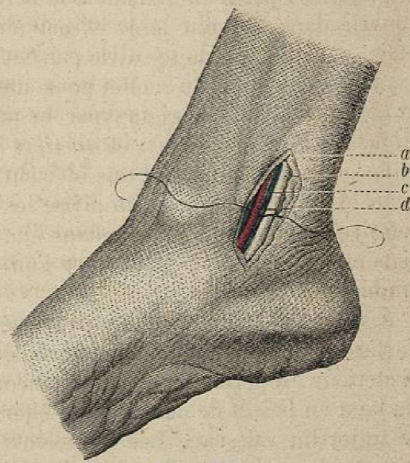


Fig. 217.

au milieu d'un tissu cellulaire grasseux; deux veines satellites *c* l'entourent, et le nerf *b* est placé en dehors.

Le chirurgien est exposé à deux écueils, dont il doit également se préserver. S'il se rapproche trop du tendon d'Achille, il en atteindra la gaine et fera courir au malade les dangers d'une lésion des gaines tendineuses. Si son incision, au contraire, rase de trop près la malléole interne, il tombera sur la gaine commune aux tendons des muscles tibial postérieur en avant et grand fléchisseur des orteils situé un peu en arrière. L'indication consiste à chercher l'artère, comme nous l'avons dit, entre la malléole et la saillie du tendon d'Achille, où on la découvre facilement.

ARTÈRE PÉRONIÈRE. L'artère péronière s'étend du tronc tibio-péronier au niveau du calcanéum, où elle se partage en deux branches: la péronière antérieure et la calcanéenne externe. Dans ce trajet on la trouve, à son tiers supérieur, entre le soléaire en arrière et le jambier postérieur en avant, puis on la voit s'engager dans l'épaisseur du muscle fléchisseur propre du gros orteil, et se placer au tiers inférieur de la jambe entre ce muscle et le ligament interosseux.

Les remarques faites au sujet des blessures des artères tibiales s'appliquent particulièrement à la péronière, que l'on devrait découvrir dans le point lésé, et lier au-dessus et au-dessous de la plaie. C'est la conduite suivie par Guthrie, qui divisa transversalement les muscles du mollet pour atteindre ce vaisseau. On peut le mettre à nu à son origine par le procédé de M. Marchal (voy. *Ligature de la poplitée*), et au tiers supérieur de son trajet on la découvre en pratiquant une incision de 0^m,08 sur le bord postérieur externe du péroné. On divise les insertions aponévrotiques du soléaire à cet os; on pénètre dans l'intervalle des muscles superficiels et profonds de la jambe, et l'on voit l'artère reposant sur le jambier postérieur.

A sa partie moyenne, on peut mettre aussi et plus facilement l'artère à nu par une incision verticale le long du bord externe et postérieur du péroné, ou, mieux encore, par une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, pour croiser légèrement le trajet du vaisseau. Les téguments et l'aponévrose divisés un peu au-dessous du milieu de la jambe, en évitant la veine saphène externe, on sépare les muscles superficiels de ceux de la couche profonde, on cherche le bord postérieur externe du péroné, et, renversant en dedans les fibres du muscle fléchisseur propre du gros orteil, on trouve l'artère péronière entre ce muscle et le jambier postérieur, immédiatement appuyée sur le péroné et le ligament interosseux.

VARICES.

La dilatation permanente des veines est une affection fréquente, que l'on désigne sous le nom générique de *varice*, et dont le siège le plus ordinaire est aux membres inférieurs, bien qu'on l'observe aussi, mais rarement, dans les veines du tronc et dans celles des membres supérieurs. La division de Briquet des varices en six espèces, selon que les veines présentent des parois épaissies, amincies ou conservent leur texture normale, mérite d'être rappelée. La première espèce est la dilatation simple, exempte d'altération de texture; dans la seconde, il y a amincissement des parois veineuses; dans la troisième et la quatrième, épaississement partiel ou total, avec augmentation de longueur et flexuosité des veines affectées; enfin, dans la cinquième, on observe des cloisons développées dans l'intérieur de la veine, qui est ainsi divisée en locules, ampoules ou tumeurs, où le sang s'amasse et peut se coaguler, tandis que dans la sixième espèce les parois du vaisseau sont comme criblées de petites ouvertures latérales, à la manière de la veine splénique.

Les anciens avaient recours à un fort grand nombre de procédés pour obtenir la cure des varices ou en pallier les inconvénients: la *compression* aidée d'une foule de topiques médicamenteux; la *ponction* (Hippocrate); la *cautérisation* et l'*excision* (Celse); la *ligature* (Gallien); l'*incision longitudinale* (Avicenne) etc. Les modernes ont singulièrement multiplié ou modifié ces opérations, dont la plupart sont abandonnées cependant depuis que l'on connaît mieux les terribles dangers de la phlébite et de la pyohémie.

Cure palliative. Débridement des orifices aponévrotiques des veines variqueuses. M. le docteur Herapath a proposé de débrider les orifices aponévrotiques des saphènes au jarret et au genou; procédé dangereux et inefficace.

Compression. La compression est le moyen le plus fréquemment employé, soit comme palliatif ou auxiliaire des autres méthodes, soit comme traitement radical.

On la pratique avec un bandage roulé, des bas lacés en coutil, en toile, en peau de chien, des bas en caoutchouc ou des bandelletes agglutinatives. Elle est d'une très-grande utilité et le seul procédé adopté par la presque totalité des chirurgiens. Les étoffes en caoutchouc vulcanisé sont devenues d'un usage si commode qu'elles suffisent, en général, à toutes les indications.

Cure radicale. Les procédés proposés pour la cure radicale des varices augmentent tous les jours en nombre, si ce n'est en