

extenseur commun des orteils et au fond duquel se trouve l'artère. La principale cause d'erreur consiste à pénétrer non dans l'interstice, mais dans l'épaisseur de l'un des deux muscles : si la ligne jaunâtre n'existe pas, ce qui arrive quelquefois, il faut s'en rapporter de nouveau aux points de repère précédents et diviser l'aponévrose sur le trajet précis de la ligne indiquée.

Lorsqu'on est en présence d'un sujet vigoureux, l'interstice est si profond et l'aponévrose tellement tendue qu'on arrive difficilement à écarter suffisamment les deux muscles : on pratique alors un débridement transversal de l'aponévrose jambière sur la face externe du jambier antérieur. Malgré toutes ces précautions, il peut être encore difficile de pénétrer dans l'interstice, et, pour y arriver sûrement, on exécutera la petite manœuvre suivante, qui est toujours suivie de succès : plaçant l'indicateur de chaque main sur la crête du tibia, on les ramène de dedans en dehors, en déprimant fortement la face externe du jambier antérieur ; arrivés au niveau de l'interstice, les doigts y tombent d'eux-mêmes et fatalement, puisque c'est le point le moins résistant. Il n'y a plus qu'à isoler l'artère de ses veines et à la charger à l'aide d'une aiguille de Cooper.

Au tiers inférieur de la jambe, la tibiale antérieure, bien que reposant directement sur la face interne du tibia, est beaucoup plus superficielle, à cause de la diminution de volume des muscles. Elle est située entre le tendon du jambier antérieur, qui est en dedans, et le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, qui est en dehors. On la découvrira à l'aide d'une incision pratiquée sur le trajet de la ligne indiquée plus haut ; l'unique cause d'erreur est de se tromper d'interstice, de se porter trop en dehors, et de pénétrer entre l'extenseur propre et l'extenseur commun. Il faut donc, après avoir divisé l'aponévrose, porter le doigt sur la crête du tibia, rechercher le tendon du jambier antérieur, et pénétrer immédiatement en dehors de lui.

Le nerf tibial antérieur accompagne l'artère dans tout son trajet ; situé en dehors d'elle supérieurement, il la croise ensuite et lui devient interne au bas de la jambe. La situation de ce nerf au voisinage du tibia l'expose à être contusionné dans certaines fractures de jambe, et c'est à cela qu'il faut rattacher, sans doute, les cas, rares il est vrai, où des malades éprouvent au niveau de la fracture des douleurs vives et persistantes, qu'aucune autre cause n'explique.

J'ai dit, plus haut, que quelques chirurgiens préfèrent pour la jambe l'amputation à lambeau à l'amputation circulaire. L'un des meilleurs procédés consiste à tailler un lambeau externe. Jadis, on conseillait de tailler le lambeau par transfixion. Le couteau, enfoncé en dehors de la crête du tibia, pénètre au-devant du ligament interosseux, passe en avant du péroné, et sort à la face interne et postérieure de la jambe en enlevant une portion du muscle soléaire. Le résultat immédiat est très satisfaisant, mais ce procédé expose à un grave accident, la gangrène du lambeau, ce dont l'examen de la figure 302 rend parfaitement compte. En effet, en raison de la situation profonde de l'artère au-devant du ligament interosseux, le couteau passe nécessairement en dehors d'elle et le lambeau est privé de ses principaux moyens de nutrition, ainsi que je l'ai fait observer le premier. Il convient donc de le tailler non par transfixion, mais de dehors en dedans, en prenant grand soin d'aller jusque sur le ligament interosseux ; à cette condition, c'est un excellent procédé, devenu d'ailleurs classique.