

rale profonde ou quelque grosse collatérale ne s'y trouve point : dans ce cas, au lieu d'une ligature, on en appliquera trois : l'une sur le tronc commun, et les deux autres sur chaque branche de bifurcation. Sans cette précaution, l'hémorragie secondaire est presque fatale. Je suivis cette conduite, en 1870, sur un blessé de Beaumont atteint d'une fracture comminutive du corps du fémur avec déchirure de la fémorale, dans des conditions telles qu'il me fut impossible de la lier dans la plaie, et je n'eus qu'à m'en louer.

S'il s'agit d'une blessure de l'artère fémorale, la meilleure pratique est d'aller à la recherche des deux bouts de l'artère et de les lier isolément ; mais le même danger d'hémorragie secondaire est toujours à craindre, surtout par le bout inférieur, si une collatérale, et principalement la fémorale profonde, naît à une distance rapprochée. Aussi, faut-il s'en assurer soigneusement. En cas d'hémorragie secondaire, il faut lier de nouveau ou, mieux, porter un fil sur l'iliaque externe.

Les blessures de la veine fémorale sont plus graves encore que celles de l'artère. La conduite à tenir dans ce cas a jadis beaucoup préoccupé les chirurgiens. On sait que Gensoul avait donné le conseil ingénieux de lier l'artère pour s'opposer à l'arrivée du sang dans le membre inférieur et arrêter ainsi l'hémorragie. On craignait, en liant la veine, d'apporter un obstacle absolu au retour du sang, mais nous savons aujourd'hui que cette crainte n'est pas fondée : la circulation se rétablit, assez facilement même, par les anastomoses situées à la face postérieure de la cuisse, ce qu'a maintes fois démontré la phlébite ; de telle sorte que, si la veine fémorale est blessée, il faut lier au-dessus et au-dessous de la plaie. On ne devra jamais avoir recours à une ligature latérale, même si la plaie est petite.

La veine fémorale est fréquemment le siège de thrombose, à la suite de l'accouchement, par exemple. J'ai publié, en 1874, un bel exemple de thrombose développée sur une femme atteinte de fracture bimalléolaire par abduction : la malléole interne arrachée avait coupé la peau. Une portion du caillot se détacha, pénétra dans le ventricule droit, s'accrocha dans les cordages de cette cavité, et détermina sous nos yeux, pendant la visite, une syncope mortelle. Je rapporte ce fait parce que les cas d'embolie cardiaque avec syncope mortelle sont fort rares.

J'ai déjà dit qu'il était possible qu'une phlébite succédât à la compression digitale de l'artère dans le pli de l'aîne ; une phlébite mortelle est survenue, dans mon service, sur un jeune garçon que j'avais amputé de la cuisse à la suite d'un traumatisme, et il m'a semblé qu'elle devait être attribuée à la compression exercée par la bande d'Esmarch, car toute la partie de la veine comprise entre le moignon et le point où avait porté la bande était saine. Il convient donc de n'exercer sur la cuisse que le degré de compression nécessaire pour interrompre le cours du sang, ce qu'il est d'ailleurs fort difficile de mesurer.

La veine saphène interne doit aussi nous occuper un instant. Sous-cutanée jusque dans la région de l'aîne, cette veine, arrivée ordinairement à 3 ou 4 centimètres de l'arcade de Fallope, traverse l'aponévrose de la cuisse pour se jeter dans la fémorale. J'ai dit, plus haut, que J. Cloquet avait considéré, à tort