

selon moi, le trou par lequel elle s'engage dans le fascia lata comme l'orifice inférieur du canal crural.

Il faut prendre garde de diviser la saphène dans le premier temps de la ligature de la fémorale, bien que la veine soit située un peu en dedans de la ligne d'incision.

La saphène interne est souvent variqueuse. Elle forme parfois au niveau de son embouchure une véritable tumeur, bien isolée, molle, fluctuante, réductible, et qui pourrait, à un examen très superficiel, en imposer pour une hernie crurale, mais elle s'affaisse lorsque l'on comprime au-dessous d'elle; si, après l'avoir réduite, on applique le doigt sur l'orifice aponévrotique et qu'on fasse tousser le malade, la tumeur ne se reproduit pas. D'ailleurs, la sensation au doigt n'est pas du tout celle d'une hernie; de plus, vient-on à exercer une percussion légère sur la veine, il se produit dans la colonne de liquide une oscillation visible à travers la peau, et qui se propage au loin.

On a pensé que la constriction exercée par l'anneau fibreux sur la saphène interne, à son passage à travers le fascia lata, pouvait être la cause de varices développées sur son trajet, et Hérapath, cité par Malgaigne, a même pratiqué, avec succès, paraît-il, le débridement de cet anneau pour guérir des varices. Je ne saurais apprécier cette opération, qui me paraît d'ailleurs peu rationnelle. Il n'en est pas de même de la résection d'une portion de la veine saphène interne, conseillée par Trendelenburg contre les varices du membre inférieur. Je reviendrai, en étudiant la jambe, sur cet intéressant sujet.

Sur le même plan que les vaisseaux se trouve le *nerf crural*. Situé dans la gaine du muscle psoas (fig. 283), et, par conséquent, en dehors des vaisseaux fémoraux, le nerf crural se présente sous la forme d'un cordon arrondi qui s'épanouit presque aussitôt en un riche bouquet de branches collatérales. L'une d'elles (NS, fig. 292), le nerf *saphène interne*, s'engage bientôt dans la gaine des vaisseaux et se place du côté externe de l'artère, qu'elle accompagne jusque dans le canal du troisième adducteur, où nous la retrouverons plus loin. Le nerf crural ne donne lieu à aucune considération spéciale dans la région qui nous occupe.

En étudiant la fosse iliaque, j'ai insisté sur la disposition du fascia iliaca et sur les deux couches du tissu cellulaire que l'on trouve en avant et en arrière de ce fascia. Nous avons vu que les abcès suivaient une marche différente, selon qu'ils occupaient l'une ou l'autre de ces couches. L'abcès développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peut accompagner les vaisseaux, sortir du bassin et faire saillie à la région de l'aîne, mais cette marche n'est pas la plus ordinaire: ils décollent le plus souvent le péritoine de la paroi abdominale et font saillie au-dessus de l'arcade crurale (fig. 226, p. 718). Le fascia iliaca accompagne le muscle psoas jusqu'à ses insertions au petit trochanter, de telle sorte que le *canal iliaque* se continue dans la région de l'aîne. Or, nous avons vu que les abcès froids ossifluents, nés des parties latérales des vertèbres lombaires, descendent dans l'épaisseur du muscle psoas: ils accompagnent donc ce muscle, forment d'abord un foyer dans la fosse iliaque, passent sous l'arcade fémorale et donnent lieu à un second foyer, situé d'abord en dehors, puis en arrière et un peu en dedans des vaisseaux fémoraux. Tels sont la marche et le siège de l'abcès par congestion classique, de celui qu'on observe le plus souvent. Il présente une forme en bissac, et il est possible de faire refluer le pus de la poche