

morragies secondaires, à cause du voisinage de collatérales volumineuses, et qu'il était préférable de recourir à la ligature de l'iliaque externe. La ligature d'après les méthodes de Hunter et de Desault expose beaucoup moins à ce danger, mais la première, en supprimant un certain nombre de branches musculaires, et en particulier la grande anastomotique, expose plus que la seconde à la gangrène du membre. Il en résulte que le lieu d'élection pour la ligature de l'artère fémorale dans les cas d'anévrysme poplité est le tiers inférieur de la cuisse, c'est-à-dire le canal du troisième adducteur.

On ne doit pas, ainsi qu'on a l'habitude de le faire, formuler cette opération : *ligature à l'anneau*, mais bien *ligature dans le canal* du troisième adducteur.

Pour parvenir sur le vaisseau, il faut se rappeler que le canal répond à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse, et se trouve sur le trajet de la ligne déjà indiquée. Il est recouvert par la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, l'aponévrose fémorale et le muscle couturier. Ce muscle est le premier point de ralliement : on le reconnaîtra à la direction de ses fibres qui sont obliques en bas et en dedans. Si l'incision portait un peu trop en dehors, ce qui arrive souvent, on rencontrerait les fibres du muscle vaste interne, obliques en sens inverse de celles du couturier, c'est-à-dire en bas et en dehors. Cette erreur est la plus fréquente que l'on commette dans la ligature, et elle compromet grandement le succès de l'opération. Une précaution fort importante encore est de choisir exactement pour l'incision l'union du tiers inférieur de la cuisse avec le tiers moyen : au-dessus, on ne rencontre plus de canal, ce qui dérouté dans les recherches et ne répond pas à la question ; au-dessous, on lie l'artère poplitée et non la fémorale.

Le muscle couturier étant mis à nu, on en recherche le bord externe, et, le détachant par sa face profonde, on l'attire en dedans. Cette dissection est d'ailleurs facile, grâce à la couche de tissu cellulaire lâche et lamelleux qui le sépare du canal sur lequel il repose directement.

La région s'offre alors aux yeux de l'opérateur telle qu'elle est représentée figure 293. On aperçoit une aponévrose brillante, nacrée, formée par des fibres dirigées transversalement, légèrement courbes, à concavité dirigée en haut. Il suffit d'inciser l'aponévrose pour rencontrer l'artère fémorale, qui se trouve immédiatement au-dessous d'elle.

Mais où faut-il pratiquer cette incision ?

Il est aisé de comprendre, en examinant la figure 293, que, si l'on incise un peu trop en dehors, on pénétrera, non dans le canal, mais dans l'épaisseur du vaste interne, et que, si l'on incise trop en dedans, on divisera le grand adducteur. Il y a là une difficulté réelle. C'est pour la vaincre qu'a été donné le conseil de rechercher le nerf saphène interne à sa sortie à travers la paroi interne du canal, d'introduire une sonde cannelée par cet orifice et de fendre le canal sur la sonde cannelée. Cette manœuvre est bonne, mais à condition de rencontrer le nerf saphène dans la plaie, ce qui n'a pas toujours lieu.

Pour ne jamais manquer la ligature, il suffit de se rappeler qu'il faut diviser la paroi du canal *immédiatement en dehors* du tendon du troisième adducteur. Donc, lorsque le couturier aura été rejeté en dedans, on portera dans la plaie l'indicateur gauche pour rechercher le relief toujours très appréciable du tendon, relief qui sera plus accusé encore si l'on met la jambe dans la flexion sur