

la cuisse, et celle-ci dans l'abduction et la rotation en dehors, et l'on incisera immédiatement en dehors du tendon.

La grande anastomotique, comme la plupart des artères, n'a pas d'origine fixe ; elle naît le plus souvent au-dessus, quelquefois dans l'intérieur, et même au-dessous du canal. Il est bon de vérifier si elle ne se trouve pas trop rapprochée du point où l'on applique le fil, auquel cas on la lierait elle-même.

L'artère fémorale fournit un grand nombre de branches collatérales qui naissent, pour la plupart, vers la base du triangle de Scarpa. En étudiant la région de l'aîne, j'ai suffisamment insisté sur ce point et, en particulier, sur l'origine de la fémorale profonde, pour n'avoir pas à y revenir ici.

La fémorale profonde fournit des branches perforantes qui traversent des anneaux fibreux situés au voisinage de la ligne âpre et forment, en s'anastomosant avec l'artère ischiatique, un cercle artériel qui ramène le sang dans le membre inférieur à la suite de la ligature de la fémorale ou de l'iliaque externe.

J'ai publié, en 1873, l'histoire curieuse d'un malade atteint d'une ostéite du fémur au voisinage de la ligne âpre ; une perforante fut ulcérée et il se produisit rapidement un vaste anévrysme diffus que je traitai par l'ouverture de la poche, après avoir lié la fémorale immédiatement au-dessus et au-dessous. Le malade succomba quarante-six heures après, avec une gangrène de tout le membre (1).

La *veine fémorale*, aboutissant de presque tout le système veineux du membre inférieur, accompagne l'artère dans toute son étendue et lui est unie d'une manière d'autant plus intime qu'on descend plus bas. Au niveau de l'arcade crurale, elle répond au côté interne et postérieur de l'artère, ne tarde pas à se placer directement en arrière, et occupe cette position jusque dans le creux du jarret. La veine fémorale augmente subitement de volume après avoir reçu la veine saphène interne et le tronc commun des veines profondes.

L'artère et la veine fémorales sont comprises dans une gaine fibreuse résistante, qui s'évase à partir du point où la veine saphène interne s'abouche dans la veine fémorale, et forme ainsi le canal crural (Voy. fig. 283 et 284). Au-dessous du confluent de la saphène, la gaine se rétrécit et s'applique immédiatement sur les vaisseaux ; elle s'amincit de plus en plus, et ne diffère pas ensuite de l'enveloppe celluleuse que l'on observe autour des autres gros vaisseaux.

La veine saphène interne, après avoir contourné le condyle interne du fémur, gagne la face interne de la cuisse, remonte obliquement en dehors pour

(1) Il s'agit d'un nommé Stoll, âgé de quarante-trois ans, qui entra dans mon service le 20 septembre 1873. Quelque temps auparavant, il avait été traité dans le service de Béhier, à l'Hôtel-Dieu, pour un rhumatisme qui était une ostéite, et l'on avait considéré comme un ganglion tuméfié une petite tumeur occupant la face interne de la cuisse, au niveau de son tiers supérieur, et qui était certainement un abcès froid. Le malade fut pris tout à coup, le 5 septembre à quatre heures du soir, d'une douleur intense avec sensation de déchirement ; du genou à l'arcade crurale, la cuisse prit tout de suite un volume énorme (51 centimètres de circonférence) ; en même temps apparurent les symptômes propres à l'anévrysme. Je crus à un anévrysme diffus, consécutif, résultant de la rupture d'un anévrysme spontané de l'artère fémorale. J'ai discuté longuement ce cas dans un travail spécial (*Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 octobre 1873), et j'en ai conclu, entre autres choses, qu'il était souvent difficile, impossible même, de reconnaître si la tumeur anévrysmale était développée aux dépens du tronc de la fémorale ou de la fémorale profonde.