

culaire et l'artère épigastrique, derrière laquelle on tombe sur l'iliaque *b*, en refoulant légèrement le péritoine *d*, et l'on passe de dedans en dehors un stylet sous l'artère, en évitant la veine qui est en dedans et le nerf génito-crural qui est en dehors.

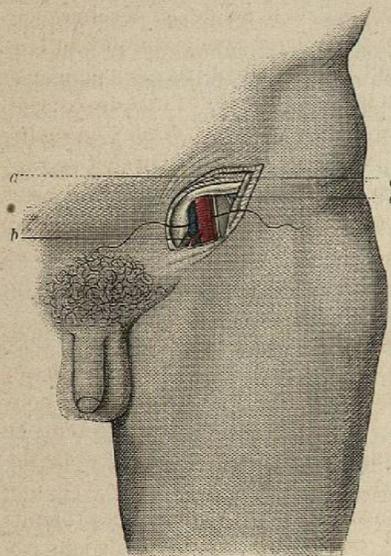


Fig. 207.

Roux commença son incision un peu au-dessus de l'épine iliaque, et la termina plus en dehors que A. Cooper, vers le milieu de l'arcade crurale. Ce procédé est moins facile, mais il permet de découvrir l'artère beaucoup plus haut.

Bogros a apporté au procédé de A. Cooper une modification qui le rendait, disait-il, plus sûr: elle consista à faire tomber l'extrémité inférieure de l'incision sur le point de l'arcade crurale correspondant à l'artère, et à arriver à celle-ci en découvrant l'épigastrique, dont on suit le trajet jusqu'à son origine. C'est une précaution que je n'ai jamais

vu adopter et qu'il faut rejeter comme inutile et compliquée.

Appréciation. Parmi ces procédés, ceux d'Abernethy et de Roux permettent de lier l'artère sur un point plus élevé de son trajet, celui d'A. Cooper la découvre au-dessus de l'arcade crurale et est d'une grande facilité; les indications spéciales de la lésion pour laquelle on opère doivent entraîner le choix du chirurgien. L'incision verticale oblique d'Abernethy n'expose pas moins aux hernies consécutives.

Anastomoses. Les anastomoses des récurrentes de la cuisse avec les branches de l'hypogastrique, et celles de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque etc. avec la mammaire interne; les intercostales et les lombaires, entretiennent la circulation.

Artère épigastrique. Le procédé proposé par Bogros pour la ligature de l'artère épigastrique est semblable à celui du même auteur pour l'iliaque externe: seulement l'incision doit être moins étendue. Le chirurgien pratique à égale distance de l'épine iliaque

et de la symphyse pubienne une incision de 0^m,05 à 0^m,06 de longueur, parallèle à l'arcade crurale, et à 0^m,004 au-dessus. Il divise la peau et les tissus subjacents jusqu'à l'aponévrose du grand oblique, qu'il incise transversalement sur une sonde cannelée; cherche et relève le cordon spermatique pour arriver à l'orifice interne du canal inguinal, le dilate avec le doigt ou la sonde, et découvre l'artère immédiatement en arrière de la lame aponévrotique du bord interne de l'anneau. Il ne serait certainement pas sans danger de lier l'épigastrique dans un point trop rapproché de l'iliaque externe, et il vaudrait mieux, à moins d'une indication spéciale, la mettre à découvert sur un point plus élevé de son trajet. On doit se rappeler qu'elle suit une ligne tirée du milieu du ligament de Poupart au sommet de l'ombilic, et qu'elle est logée inférieurement entre deux feuillets du fascia transversal, dont le postérieur, très-mince, la sépare du péritoine.

L'ARTÈRE FÉMORALE OU CRURALE (fig. 208) s'étend du milieu de l'arcade crurale au tiers inférieur de la cuisse, où elle se dégage de la gaine aponévrotique des adducteurs, pour se continuer vers le jarret sous le nom d'*artère poplitée*. Dans ce trajet, elle est oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. En avant, l'artère crurale *b* n'est recouverte que par la peau, des ganglions lymphatiques superficiels et profonds et l'aponévrose, dans un espace triangulaire limité en dedans par le premier adducteur, en dehors par le couturier *d*, et en haut par l'arcade crurale. Plus bas, le couturier s'avance sur elle, la recouvre et en croise très-obliquement la direction; en arrière elle repose sur le corps du pubis, puis, sur la tête du fémur, et répond à cet os par son côté interne. La veine fémorale *c*, placée d'abord en dedans de l'artère, lui devient postérieure en descendant, et reçoit supérieurement la saphène interne *e*. Le nerf crural *a* est en dehors, et séparé supérieurement de l'artère par le feuillet aponévrotique des psoas et iliaque; mais bientôt le nerf saphène interne s'engage dans la gaine de vaisseaux, et accompagne l'artère.

Une indication fort importante à connaître pour la ligature de l'artère dans son tiers inférieur est celle que l'on tire du prolongement fibreux que le troisième adducteur envoie au condyle interne du fémur. On le sent facilement avec les doigts, au travers des téguments, chez les sujets maigres; chez ceux qui sont chargés d'embonpoint, on le retrouve dès qu'on a divisé des téguments; et en incisant immédiatement au-dessus de cette corde fibreuse, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la cuisse, on est certain de découvrir le vaisseau au moment où il