

de sa bifurcation. Le temps difficile consiste seulement à manœuvrer l'aiguille de façon à ne pas lier l'uretère ni blesser la veine.

**Iliacque externe.** — Cette artère longe le bord interne du psoas et atteint le ligament de Poupart; après avoir franchi ce dernier, elle prend généralement le nom de fémorale commune jusqu'à la naissance de la fémorale profonde. Avant de s'engager sous l'arcade, l'iliaque externe donne l'épigastrique et la circonflexe iliaque. On lie cette artère au-dessus de la naissance de ces deux branches; l'effet est donc le même que celui de la ligature de la fémorale commune, avec cette

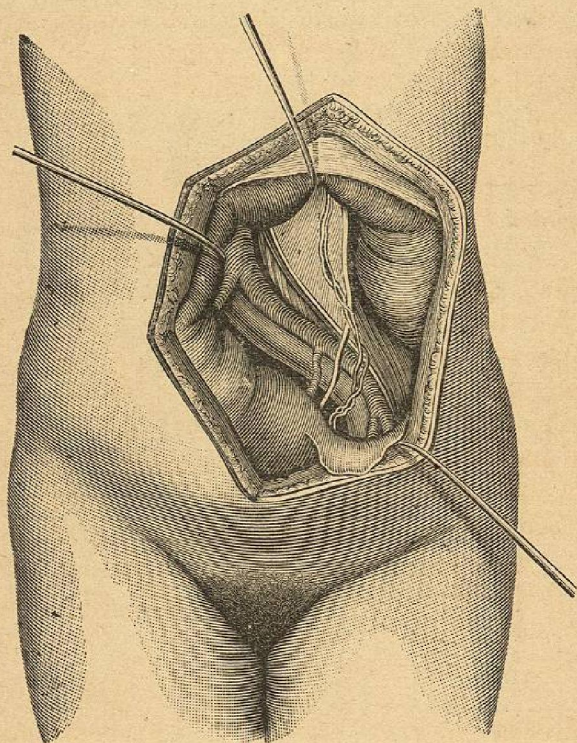


Fig. 7. — Rapports des artères iliaques.

différence que l'épigastrique et la circonflexe, suivies de nombreuses anastomoses, s'ouvrent dans le domaine ligaturé. Dans ces derniers temps, on s'est demandé s'il ne serait pas préférable de lier directement l'iliaque externe au lieu de la fémorale commune; nous y reviendrons au sujet de la ligature des vaisseaux fémoraux. La statistique prouve en effet que la ligature de la fémorale a donné de moins bons résultats que celle de l'iliaque externe; on voit survenir plus fréquemment des hémorrhagies secondaires, de la gangrène. En ce

qui concerne les hémorrhagies secondaires, on a cherché à les expliquer par différentes causes, qui n'existent pas si on fait la ligature antiseptique au catgut, car dans ces conditions on n'a ni suppuration, ni section du vaisseau par le fil, et il n'y a donc pas lieu pour ces raisons d'abandonner la ligature de la fémorale commune qui est plus facile à exécuter. Mais il n'en est pas de même pour la gangrène; si celle-ci est réellement plus fréquente après la ligature de la fémorale commune, on aurait toutes les raisons pour préférer la ligature de l'iliaque externe.

On lie toujours l'iliaque externe par voie extra-péritonéale. On ouvre la couche sous-séreuse au niveau où le péritoine abandonne la fosse iliaque pour tapisser la paroi antérieure de l'abdomen. A cet effet on fait une incision parallèle au ligament de Poupart, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de lui; l'incision a une longueur de 6 centimètres et est dirigée de façon que sa partie moyenne corresponde à celle de l'arcade de Fallope. C'est à peu près ainsi qu'Abernethy opérait, mais il prolongeait un peu son incision en haut; toutefois j'ai observé que l'on risque moins de blesser le péritoine quand on se tient plus près de l'arcade de Fallope. Après avoir traversé la peau et l'aponévrose du muscle oblique externe on arrive sur les muscles oblique interne et transverse, et quand on a traversé ce dernier on voit dans le fond de la plaie le fascia transversalis qui à ce niveau forme une forte aponévrose dont on aperçoit nettement les fibres. On la divise avec précaution, et des pelotons adipeux indiquent que l'on est dans le tissu sous-séreux. On décolle le péritoine avec l'index et on sent battre l'artère. A son bord interne se trouve la vessie, à son côté externe une branche du nerf crural; au niveau de l'arcade de Fallope, où l'épigastrique prend naissance, l'artère est recouverte par un ganglion lymphatique. On dégage l'artère à un endroit de sa circonférence, on passe l'aiguille courbe de dedans en dehors et on lie.

**Fessière supérieure.** — Elle sort au niveau du bord supérieur du muscle pyramidal, par l'échancrure sciatique; l'artère, qui est accompagnée de deux veines et recouverte par le muscle moyen fessier, se résoud immédiatement en branches musculaires; une petite partie de son étendue est libre en arrière du bord postérieur du moyen fessier, au moment où elle sort de l'échancrure; à ce niveau, elle n'est recouverte que par le grand fessier. Si par conséquent, on incisait à ce niveau, il ne faudrait pas se laisser induire en erreur, et ne pas inciser le moyen fessier. On adopte généralement l'incision donnée par Zang. On incise parallèlement aux fibres du grand fessier, selon une ligne qui va de l'épine iliaque postérieure et supérieure vers le tro-



chanter, divise le grand fessier, puis le moyen fessier et on cherche le vaisseau en haut et en arrière de la plaie ; on l'isole et le contourne avec l'aiguille. Il est clair qu'il faut que la longueur de l'incision corresponde à sa profondeur.

**Fessière inférieure.** — Elle sort au niveau du bord inférieur du muscle pyramidal, et son tronc, long d'environ 2 centimètres, repose sur la racine interne du nerf sciatique. Cet endroit est éloigné de deux centimètres environ du sacrum ; on peut lier l'artère ou la comprimer contre le ligament sacro-épineux. On commence l'incision immédiatement au-dessous de l'épine postérieure et inférieure, parallèle aux fibres du fessier, en dehors de l'ischion, et on s'oriente dans la profondeur en sentant le ligament sacro-épineux ; l'artère doit se trouver au point où ce dernier s'insère sur le sacrum.

**Hémorragies et anévrysmes de la fesse.** — Ce sont des hémorragies et des anévrysmes qui formeront les indications de ces ligatures. La ligature de l'artère iliaque externe a été mise en parallèle avec celle de la fémorale et l'on a dit qu'elle était indiquée dans les hémorragies et anévrysmes de la cuisse. Mais ici nous traitons des maladies du bassin et dès lors nous nous occuperons surtout des traumatismes et anévrysmes des artères de la fesse.

Dans une excellente monographie, G. Fischer a réuni 35 cas d'anévrysmes des artères fessières supérieure et inférieure dont 14 traumatiques et 21 spontanés. La plus grande partie des cas a rapport à la fessière supérieure. Les anévrysmes traumatiques étaient consécutifs le plus souvent à des blessures par instruments piquants ; quelques-uns d'entre eux affectèrent une forme diffuse et acquirent une extension tellement considérable que toute la fesse était envahie et que l'anévrysme empiétait même au delà dans certains cas. Les anévrysmes circonscrits et spontanés représentent des tumeurs dont la grosseur varie de celle d'un œuf de poule ou du poing à celle d'une tête d'enfant ; ces tumeurs sont nettement fluctuantes et sont animées d'un bruit de *thrill*. Malgré cela, leur profondeur peut quelquefois les faire passer inaperçues. Dans quelques cas (J. Bell, Jeffray) on les a confondues avec des abcès, et je me rappelle un cas où Schuh porta le diagnostic de « périostite de la face postérieure de l'os iliaque », et il ne reconnut son erreur que plus tard, lorsqu'il découvrit une pulsation. Des sarcomes mous des os du bassin peuvent aussi être animés de mouvements pulsatiles et de *thrill* et en imposer pour un anévrysme ; Dumreicher en a observé un cas, par exemple, dans lequel on fit la ligature de l'iliaque et où on trouva un sarcome à l'autopsie ; le *thrill* très net que l'on constatait au niveau de la tumeur

était dû à ce qu'une petite artère était érodée, et jaillissait contre les rugosités osseuses.

Au point de vue du traitement, il est d'une importance décisive de savoir si l'anévrysme est traumatique ou spontané. Un anévrysme spontané plonge souvent profondément dans le bassin<sup>1</sup>, ou bien l'artère y est au moins élargie et malade ; dans ce cas on ne peut pas songer à la ligature de la fessière elle-même, il faudrait lier l'hypogastrique ou l'iliaque commune. Stevens le premier a lié l'hypogastrique ; depuis, l'opération a été répétée 10 fois ; dans l'un de ces cas, le vaisseau lié donna du sang, de sorte que l'on fut obligé de lier rapidement l'iliaque commune. La moitié des opérés guérirent. Trois fois l'iliaque primitive fut liée pour un anévrysme fessier et les 3 malades moururent. En somme, les résultats de la ligature ne sont donc pas favorables.

Il était dès lors bien indiqué d'essayer ici les injections coagulantes (perchlorure de fer) (Bruns, Baum, Nélaton). Pendant et après l'injection, il faut comprimer circulairement la tumeur. Mais ce procédé ne réussit également que dans la moitié des cas. Au contraire dans les anévrysmes traumatiques, on ne s'attaquera ni à l'hypogastrique ni à l'iliaque commune, mais on liera la fessière elle-même au-dessus et au-dessous en incisant le sac ; c'est-à-dire que l'on agit comme dans une hémorragie ordinaire ; dans cette opération on pourra comprimer l'aorte avec profit.

#### § 6. — Arthrites et ostéites.

Parmi les inflammations des articulations du bassin, nous ne ferons que mentionner les métastases dans la symphyse du pubis ou les arthrites sacro-iliaques qui s'observent quelquefois dans la pyohémie d'origine puerpérale.

**Sacro-coxalgie.** — Bien plus importante est l'inflammation autonome de l'articulation sacro-iliaque, que les auteurs français désignent sous le nom de *sacro-coxalgie*.

Elle se développe quelquefois après un traumatisme, mais le plus souvent spontanément chez des individus à diathèse lymphatique. Comme le signale Delens, qui a fait sur ce sujet une bonne monographie, cette articulation peut être le siège de métastases blennorrhagiques.

(1) Pour juger de ce prolongement intra-pelvien, il faut toujours dans ces cas pratiquer le toucher rectal. (A. B.)