

dent est beaucoup plus fréquent ailleurs; et sa rareté s'explique ici sans doute par l'absence de branches collatérales sur le tronc de l'iliaque externe et par la distance assez grande qui existe entre le point lié et les artères épigastriques et circonflexes. Dans un seul de ces quatre cas malheureux, les pulsations étaient revenues dans le sac. Quant à la mort, elle est arrivée les 17^e, 27^e et 43^e jours après l'opération.

C'est la gangrène qui paraît avoir été l'accident le plus funeste après cette ligature, car on l'a vue dans 9 cas dont 8 furent mortels, et le 9^e ne guérit que par l'amputation. On a attribué cet accident à la compression qu'exerce sur le tronc veineux voisin la tumeur, qui s'est durcie après la ligature; mais cette hypothèse n'est pas démontrée.

Enfin, nous avons vu qu'il existait 4 cas où l'anévrysme inguinal était compliqué d'un anévrysme du jarret; 3 fois la ligature fut suivie de succès, et une fois le malade mourut de gangrène, mais l'anévrysme était sur le point de se rompre au moment de l'opération.

La ligature de l'iliaque externe a été aussi notée dans la statistique de Norris 3 fois pour des anévrysmes variqueux à l'aîne, et les 3 cas se sont terminés fatalement (1 mort par gangrène, 2 par hémorrhagie).

LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE. — Cette ligature fut faite la première fois en juillet 1812 par Gibson, pour une plaie par arme à feu. Le chirurgien américain agrandit la plaie, incisa le péritoine et lia l'iliaque primitive au-dessus et au-dessous de la blessure. Le malade mourut le quinzième jour. Mais c'est à Valentine Mott que revient l'honneur d'avoir conçu et exécuté cette opération pour un anévrysme de l'iliaque externe. Il fit son opération le 15 mars 1827, et en juillet 1860, quand Stephen

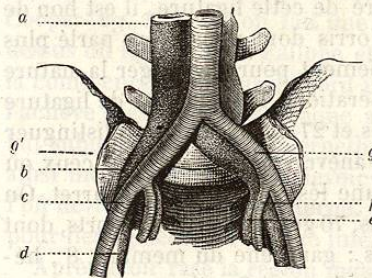


FIG. 113. — Rapports anatomiques des artères et des veines iliaques primitives et iliaques internes.

Smith en a recueilli 32 cas, auxquels on peut ajouter deux faits tout récents de Syme et de Bickersteth.

(1) *The American Journal of Medical Sciences*, July, 1860, t. XL, p. 17.

supérieure de la veine iliaque gauche. Les deux artères iliaques primitives ont leurs veines en dedans et un peu en arrière; elles sont croisées en avant à angle aigu par l'uretère G et appliquées contre le psoas; elles sont recouvertes par le péritoine.

Sur le vivant, on prend pour point de repère du vaisseau une ligne qu'on tirerait à un demi-pouce ou à trois quarts de pouce au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic, et qu'on dirigerait de là vers le milieu du ligament de Poupart. Si l'on divise cette ligne en trois parties, le tiers supérieur répondra à l'iliaque primitive, et les deux tiers inférieurs à l'iliaque externe. On peut ajouter enfin que la bifurcation de l'aorte se fait le plus souvent à un demi-pouce au-dessus ou au-dessous d'une ligne qui passe par le point le plus saillant de la crête iliaque.

On a lié l'iliaque primitive en incisant directement le péritoine; mais ce mode opératoire doit être complètement abandonné, car sur neuf cas où le péritoine a été ouvert, soit légèrement, soit sur une assez grande étendue, on compte huit morts et une seule guérison. C'est aux procédés dans lesquels on décolle le péritoine qu'il faut avoir recours. Val. Mott fit une incision semi-circulaire de bas en haut et de dedans en dehors, à convexité externe et inférieure, longue de 21 centimètres, depuis le bord externe de l'anneau inguinal externe, à 15 millimètres au-dessus du ligament de Fallope, jusqu'au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'incision que j'ai décrite pour l'iliaque externe (fig. 112, N) convient très-bien pour lier l'iliaque primitive; on la commencera moins bas, et on la fera remonter un peu plus haut que pour l'iliaque externe. On doit inciser avec précaution le *fascia transversalis* à sa partie inférieure, et, après avoir décollé le péritoine, on prendra garde de blesser l'uretère, qu'on écartera avec soin. Les plus grandes précautions devront être prises aussi pour séparer la veine de l'artère; mais le chirurgien ne devrait pas perdre tout espoir de guérir son malade, s'il lui arrivait par malheur de blesser une des grosses veines de cette région. Un fait publié par Deguise (1) semble un résumé de tous les accidents de ce genre qui peuvent troubler un chirurgien pendant la ligature des iliaques primitive et externe, et nous allons le rappeler ici brièvement. Deguise, ayant à traiter un anévrysme iliaque par la ligature de l'iliaque externe, ouvrit par accident la tumeur, et les flots de sang qui en sortirent ne purent être arrêtés que par la compression de l'aorte. Puis la ligature, portée sur l'iliaque externe, coupa le vaisseau en deux, et l'hémorrhagie qui survint obligea l'opérateur à pratiquer tout de suite la ligature de l'iliaque primitive. Mais, craignant que l'hémorrhagie ne revint par le bout inférieur de l'artère, Deguise crut devoir lier aussi l'artère fémorale immédiatement au-dessous du pubis. Malheureusement la veine fémorale, qui était, dit-on, située par exception au côté externe de l'artère, fut ouverte par le bistouri; on passa donc une ligature sur la veine au-dessous de la plaie, et on lia ensuite l'artère fémorale. La ligature de la

(1) *Gazette médicale*, 1840, p. 346.

veine se détacha le cinquième jour, et celle des artères bien plus tard. Le malade, après avoir échappé à tous ces accidents, finit par guérir complètement.

Enfin, c'est dans la pensée qu'aucune des ligatures que nous venons de décrire ne serait suffisante, que quelques chirurgiens ont cru devoir lier l'aorte.

Les résultats de la ligature de l'iliaque primitive pour des anévrysmes de l'iliaque externe se déduisent assez bien de la statistique de Stephen Smith. On trouve, sur les 32 faits recueillis par ce chirurgien, 15 cas de ligature de l'iliaque commune pour des anévrysmes de l'iliaque externe (13 hommes, 1 femme, 1 cas indéterminé), sur lesquels on compte 10 morts et 5 guérisons, c'est-à-dire 66 2/3 pour 100. A propos de ces 5 guérisons, il faut noter qu'un malade mourut environ quatorze mois après l'opération par récurrence de la tumeur; il était resté durant ce temps parfaitement guéri, et continuait à charger des bateaux de pierres. Une tumeur du volume d'une petite orange, fluctuante, mais sans pulsations, se manifesta à cette époque dans la région malade, puis s'ouvrit, et il survint une hémorrhagie qu'on arrêta d'abord par la compression, mais qui reparut et finit par amener la mort. Un autre malade mourut dix mois après l'opération, épuisé par la suppuration d'un abcès qui se forma du côté lésé et fut ouvert au-dessous du ligament de Fallope.

Ainsi, sur les 5 cas de guérison indiqués, on trouve : 1 guérison permanente, 2 guérisons temporaires (1), 2 guérisons dont on n'a pas pu suivre la durée. Si l'on vient à comparer ces résultats avec ceux recueillis par Stephen Smith pour l'iliaque externe, on trouve une grande différence en faveur de cette dernière opération. Ainsi, sur 95 cas de ligature de l'iliaque externe pour des anévrysmes, ce chirurgien trouve 69 guérisons et 26 morts, soit une mortalité de 27 pour 100. On a vu sur ces 26 morts 11 fois la mortification du membre, c'est-à-dire presque dans la moitié des cas, et cela fait un frappant contraste avec les résultats donnés pour l'iliaque primitive, où il n'y eut qu'un cas de gangrène sur 8 décès. Si de la mortalité spéciale à la ligature pour des anévrysmes on remonte à la mortalité générale pour toutes les ligatures des iliaques primitives, on arrive à trouver sur 32 opérations 25 morts et 7 guérisons, ou 78 1/8 pour 100, tandis que la mortalité générale de la ligature de l'iliaque externe donne seulement 28 pour 100. De cet ensemble de données il faut conclure que la ligature de l'iliaque primitive est plus dangereuse que ne l'ont faite certains auteurs, et en particulier Erichsen.

Quant aux causes de mort après la ligature de l'iliaque primitive, il est assez difficile d'en faire une appréciation exacte. Les malades qui ont vécu après l'opération 50 heures, 2, 4, 5, 10, 15, 26, 48 jours, ont succombé deux fois à la gangrène du membre, deux fois à l'hémorrhagie, une fois à l'érysipèle, une fois à la suppuration du sac, et le reste à l'épuisement.

(1) On peut ajouter 2 cas de Syme et de Bickersteth, où la guérison ne date que de 1862.

LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE. — Stevens (1) a lié le premier, en 1812, l'iliaque interne, mais pour une tumeur pulsatile de la fesse; depuis lors, ce vaisseau a été lié dans un certain nombre de cas avec succès. Norris a rassemblé sept cas de ligature de cette artère et quatre guérisons. Il est souvent utile de jeter une ligature sur l'iliaque interne après la ligature de l'iliaque primitive, si l'on peut croire que les communications anastomotiques suffiront à ramener trop rapidement le sang dans le sac d'un anévrysme de l'iliaque externe. Le procédé opératoire pour lier cette artère est le même que celui conseillé déjà pour la ligature de l'iliaque primitive.

LIGATURE DE L'AORTE. — On a dit que la première tentative de ligature de l'aorte avait été l'erreur d'un homme de génie; c'est là un jugement trop sévère pour une opération que la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique autorisent, et qu'un diagnostic rigoureux peut quelquefois justifier. En effet, d'une part, la ligature de l'aorte a pu être pratiquée sur des chiens sans amener la gangrène, et après un temps plus ou moins long, ces animaux ont pu reprendre les fonctions du train postérieur; de l'autre, l'anatomie pathologique a recueilli aussi quelques cas d'oblitération de l'aorte, lésion avec laquelle des malades ont vécu assez longtemps. Mais il faut dire que dans la plupart des cas où la ligature de l'aorte a été pratiquée, il eût été possible de lier l'iliaque primitive, car ces anévrysmes siégeaient alors sur l'iliaque externe ou même sur la partie supérieure de la fémorale. Dans un cas, cependant, cette opération était justifiée par la disposition des parties. Du reste, quand des malades sont voués à une mort certaine, on ne saurait blâmer le chirurgien qui pratiquerait cette ligature, car dans un des faits que nous allons citer, elle a permis au malade de vivre pendant dix jours.

Cette ligature a été pratiquée cinq fois: par Astl. Cooper (1817), par James (1829), par Murray (1834), par Monteiro, de Rio-Janeiro (1842), enfin par South, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas à Londres (1856).

Astl. Cooper (2) pratiqua son opération sur un homme de trente-huit ans, atteint d'un anévrysme iliaque qui s'était rompu. Il fit une incision de 3 pouces sur le trajet de la ligne blanche, en donnant à cette incision une légère courbure à gauche pour éviter l'ombilic. Cette incision s'étendait 1 pouce 1/2 au-dessus et le reste au-dessous du creux ombilical. On coupa le péritoine, et en grattant avec l'ongle la racine du mésentère, on isola l'artère et l'on passa un fil autour d'elle: le malade survécut quarante heures à cette opération. — James, d'Exeter (3), fit la ligature de l'aorte sur un malade presque mourant chez lequel il avait sans succès appliqué la méthode de Brasdor à un anévrysme de l'iliaque externe. Ce malade ne survécut que trois heures et demie à cette ligature faite *in extremis*. —

(1) *Medico-chirurg. Trans.*, 1814, vol. V, p. 422.

(2) A. Cooper and Travers, *Surgical Essays*, third edition, p. 113. London, 1818.

(3) *Medico-chirurg. Trans.*, 1830, vol. XVI, part. 1, p. 1.

Murray (1) lia l'aorte sans ouvrir le péritoine, dans un cas d'anévrisme iliaque très-étendu. Il fit une incision sur le côté gauche, en avant de l'extrémité saillante de la dixième côte, et dirigea cette incision en bas, dans l'étendue de 6 pouces, sur l'épine iliaque antéro-supérieure. Il divisa les parties jusqu'au péritoine, qui fut détaché avec difficulté de la fosse iliaque et du psoas, et en grattant avec l'extrémité d'un élévateur et avec les ongles, il créa un passage pour glisser une ligature autour de l'artère, qui fut liée à 3 ou 4 lignes au-dessus de sa bifurcation. Le malade mourut au bout de vingt-deux heures. — Le cas de Monteiro (2) est le plus intéressant, car le malade, opéré le 5 août 1842, vécut jusqu'au 16, à 10 heures du matin. La lésion consistait en un anévrisme de la fémorale qui s'était rompu, et avait donné lieu à une tuméfaction énorme de la fosse iliaque. Plusieurs hémorragies survinrent après la ligature, et à l'autopsie on constata que la paroi gauche de l'aorte était perforée dans toute l'épaisseur du nœud. Les artères iliaque externe et iliaque primitive étaient aplaties, rouges et friables. — Enfin South (3) lia l'aorte pour un très-large anévrisme des artères iliaque externe et iliaque primitive, occupant une grande partie du côté droit de l'abdomen. Cette opération, faite dans les mêmes conditions que celle de Murray, ne paraît pas avoir été entourée de difficultés, mais le malade ne vécut que quarante-trois heures après elle.

Tel est aujourd'hui le triste bilan de la science sur la ligature de l'aorte. Le cas de Monteiro, malgré son insuccès, engagera peut-être encore quelques chirurgiens à pratiquer cette opération, mais une pareille tentative ne pourrait se justifier qu'au cas où le diagnostic de la lésion anévrysmale indiquerait bien un anévrisme de l'iliaque primitive, et, avant de recourir à la ligature de l'aorte, le chirurgien devrait s'assurer directement que le fil ne peut pas être jeté sur l'iliaque commune.

2^o Anévrysmes variqueux iliaques.

Il n'existe qu'un très-petit nombre d'observations d'anévrysmes variqueux des artères iliaques, et parmi ces faits quelques-uns ne sont pas tout à fait probants. De ce nombre est une observation recueillie par Larrey (4). Un homme avait reçu un coup d'épée dans l'abdomen, à quelques millimètres au-dessus du pubis, un peu à gauche de la ligne médiane; l'instrument avait pénétré à 2 pouces de profondeur, en se dirigeant d'avant en arrière, de haut en bas et de dedans en dehors, vers le fond de l'aîne gauche: on arrêta l'hémorragie par la compression, mais il survint un thrombus du volume d'un œuf de dinde. Un mois après on constatait un anévrisme, reconnaissable à des battements et à un fré-

(1) *London Medical Gazette*, 4 octobre 1834.

(2) *Revue médico-chirurgicale*, mars 1852.

(3) *The Lancet*, 1856, vol. II, p. 222.

(4) *Clinique chirurg.*, t. III, p. 156.

missement particulier. Les veines saphène et crurale étaient agitées par de légères pulsations vers le pli de l'aîne, mais on n'y signalait pas de frémissement. Le traitement de Valsalva et la glace en topique furent mis en usage, et, au bout d'une semaine, le bruissement s'était circonscrit dans une partie de l'anévrisme. On continua le traitement pendant plusieurs mois, et au bout d'un an la guérison était complète. L'absence de dilatation et de frémissement dans les veines, la circonscription du bruissement dans une partie de l'anévrisme doivent faire rayer cette observation du cadre des anévrysmes variqueux, et c'est au seul point de vue du diagnostic que j'ai parlé ici de ce fait qui paraît avoir été seulement un cas d'anévrisme artériel traumatique de l'iliaque externe.

Deux cas, publiés l'un par Adams (1) et l'autre par Leflaive (2), établissent d'une façon péremptoire l'existence d'une communication artérioso-veineuse entre les artères et les veines iliaques primitives. Le premier est un cas d'anévrisme spontané, et le second a une origine traumatique. Le malade d'Adams s'était aperçu depuis plusieurs années, à la partie inférieure de l'abdomen, vers le côté droit, de l'existence d'une tumeur accompagnée de douleurs pulsatives très-incommodes. Se trouvant un jour en promenade, il s'évanouit et mourut au bout de quelques heures. A l'autopsie, Adams trouva une dilatation fusiforme de l'iliaque primitive, et sur un de ses côtés existait une ouverture assez grande pour admettre le tuyau d'une plume, ouverture par laquelle l'artère communiquait avec la veine correspondante.

A côté de cet exemple d'anévrisme artérioso-veineux spontané, on peut placer le cas d'anévrisme artérioso-veineux traumatique observé par Leflaive, et dont l'autopsie a été faite avec soin.

Il s'agit ici d'un homme qui, à l'âge de vingt-deux ans, reçut un coup de couteau à l'hypogastre, un peu au-dessous de l'ombilic et à droite. Cette blessure ne fut suivie d'aucun accident grave, car, après dix jours passés à l'hôpital de Beaune, cet homme pouvait reprendre ses occupations. Mais, quinze jours environ après sa sortie, un gonflement considérable se manifestait aux deux membres inférieurs. Le gonflement à droite dura huit mois et se dissipa sans traitement. Il persista à gauche; des varices énormes se formèrent sur la cuisse et sur le ventre, puis vinrent des ulcères, et enfin le malade, sans cesser complètement de travailler, entra de temps à autre à l'hôpital pour se faire guérir de ces ulcérations. Quand il fut présenté à la Société de chirurgie par Dumesnil, on remarquait surtout le développement éléphantiaque de son membre gauche, et ce développement était en partie dû à la dilatation des veines superficielles et

(1) *Dublin Journal of Med. Sciences*, 1840.

(2) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, octobre 1855, t. XVIII, p. 232. Il est bon de noter, à propos de ce fait, qu'il s'agit ici du malade présenté à la Société de chirurgie par Dumesnil, et qui se trouve mentionné dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 138. Cette remarque a pour but d'empêcher le dédoublement de cette observation sous la plume de quelques écrivains.

des veines profondes. Il n'y avait rien d'anormal sur la jambe et la cuisse droites. A 9 centimètres au-dessous de l'ombilic, et à droite, à 6 centimètres de la ligne médiane, on voyait la cicatrice du coup de couteau. En portant la main sur cet endroit et en appuyant modérément, on sentait une pulsation isochrone aux battements du pouls, et un frémissement dont le maximum d'intensité existait un peu au-dessous de l'ombilic et qui se prolongeait en s'affaiblissant jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne; en appliquant l'oreille sur ces mêmes points, on entendait un bruit de souffle continu dont le maximum était au niveau de celui du frémissement senti avec la main. On percevait ce souffle du côté droit jusqu'au milieu de la cuisse, et du côté gauche jusqu'à l'arcade fémorale seulement; on l'entendait de plus en arrière, au niveau du sacrum et de la région lombaire.

Une commission de la Société de chirurgie fut nommée (sept. 1853) pour examiner ce cas intéressant, et Gosselin, dans un rapport nettement déduit des signes indiqués déjà, arriva à conclure qu'il existait là une communication artérioso-veineuse entre la veine iliaque primitive gauche et soit l'aorte à sa terminaison, soit l'iliaque primitive droite près de son origine; il repoussa toute opération sanglante et se borna à conseiller la compression. Le malade traina une vie misérable jusqu'en juin 1855, et mourut à cette époque, épuisé par des hémorrhagies qui provenaient de larges ulcérations à la cuisse et à la jambe. L'autopsie, faite par Leflaive, montre sur la partie antérieure de l'artère iliaque primitive droite, à 2 centimètres au-dessous de la bifurcation de l'aorte, une petite cicatrice à laquelle répond dans le vaisseau une dépression en godet; dans ce point la paroi artérielle est très-mince, transparente. Sur la paroi postérieure, en face de cette cicatrice, on voit une ouverture arrondie, à bords mousses, de 0,006 millimètre de diamètre. En arrière de cette ouverture et communiquant par elle avec l'artère, se trouve une tumeur qui s'étend jusqu'au-dessus de la bifurcation de l'aorte; ses parois sont ossifiées, et elle contient des caillots fibrineux. Cette tumeur, saillante surtout en dehors de l'artère, comprime la veine iliaque primitive droite et la veine iliaque externe, qui au-dessous d'elle n'offre qu'un pertuis très-fin. Les parois de cette dernière veine sont en cet endroit excessivement épaisses; à mesure que l'on descend, la lumière du vaisseau augmente et ses collatérales s'élargissent. La veine iliaque interne est saine et son orifice libre. Quant à la veine iliaque primitive gauche, elle n'a plus aucune communication avec la veine cave; elle offre à sa partie supérieure et interne une ouverture un peu plus large que celle de l'artère, ouverture qui la fait communiquer avec la partie interne de la tumeur; presque en face de cette ouverture, il en est une autre plus étroite, orifice d'une petite poche faisant saillie à l'extérieur sous la forme d'un ganglion lymphatique. Cette tumeur, à parois très-épaisses, renfermait des caillots en voie d'organisation. La veine iliaque primitive gauche présente aussi une dilatation de 0,08 centimètre de longueur sur autant de circonfé-

rence. Dans cette étendue, les parois de la veine sont épaissies et calcaires. La veine iliaque externe est dilatée, épaissie, et l'iliaque interne est très-rétrécie à son embouchure dans l'iliaque primitive; elle se dilate au-dessous.

On ne peut pas tirer d'un si petit nombre de faits des règles absolues de pratique; mais si le chirurgien se trouvait en face d'un cas aussi grave que celui dont Leflaive nous a donné l'histoire, il ne devrait pas rester inactif. C'est alors qu'il serait permis de tenter l'opération par la méthode ancienne, et de lier le vaisseau au-dessus et au-dessous du sac, comme dans le fait de Syme que nous avons mentionné plus haut.

§ XIV. — Anévrysmes des artères fessière et ischiatique.

1° Anévrysmes artériels spontanés et traumatiques.

HISTORIQUE. — Ces anévrysmes sont peu communs, et les exemples connus de cette lésion ont pu être rassemblés dans différentes monographies que nous allons indiquer :

BOUISSON, *Mémoire sur les lésions des artères fessière et ischiatique et sur les opérations qui leur conviennent* (Gazette médicale, 1845, t. XIII, n° 11). — BAUM, *De lésionibus aneurysmatibusque arteriarum gluteæ et ischiadicæ* (dissert. inaug.). Berlin, 1859. — BLASIUS, *Eigenthümlicher Schmerz beim Gluteal Aneurysma* (Deutsche Klinik, 1859, n° 11). — W. CAMPBELL, *Ligature of the Gluteal Artery for traumatic Aneurism*. Montréal, 1861.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On n'a eu que très-rarement l'occasion de faire avec soin l'anatomie pathologique de cet anévrysme. Bouisson a trouvé sur un cadavre un anévrysme de la fessière, guéri sans oblitération de l'artère sous-jacente. La tumeur était aplatie, dure et disposée de façon que le fond du sac, dirigé vers le bas, était éloigné de l'ouverture artérielle à laquelle il se rattachait par un pédicule assez étroit. L'artère fessière, restée perméable au sang, avait un volume considérable et dépassait de 2 centimètres au moins le rebord supérieur de l'échancrure ischiatique. Le sac, épaissi et devenu calcaire, était rempli de caillots actifs. A côté de ce fait important, car il montre la possibilité de lier l'artère au-dessus du sac, on ne pourrait citer que d'autres autopsies assez mal décrites et où la fessière a été quelquefois confondue avec l'ischiatique.

ÉTIOLOGIE. — Ces anévrysmes ont le plus souvent une origine traumatique, et c'est en général par un instrument piquant que la lésion est produite; on en a vu aussi succéder à un coup de feu et à une forte contusion sur la région fessière. On observe encore sur ces artères des anévrysmes spontanés, et dans un de ces cas, c'est en allant à la garde-robe que le malade, opéré plus tard par Mott, s'aperçut d'une tumeur pulsatile dans la fesse. Ces anévrysmes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, et dans une statistique de Uhde (1) on trouve, sur dix cas, huit hommes et deux femmes.

(1) Deutsche Klinik, avril 1853, n° 16, p. 174.