

Lorsque la vessie a été blessée, et que l'urine s'écoule au dehors, on doit veiller surtout aux soins de propreté; on fera changer souvent les linges placés sous le siège du blessé, et l'on glissera sous la plaie des éponges bien propres, etc. S'il n'y a pas de rétention d'urine, le cathétérisme n'est d'aucune utilité. Les blessures par coups de feu des portions prostatique et membraneuse de l'urètre peuvent, de même que les déchirures de l'urètre survenant dans les fractures du bassin, nécessiter l'établissement d'une boutonnière périnéale. Cette dernière opération peut être indiquée aussi tout particulièrement dans les cas de phlegmon du tissu cellulaire du bassin. Les tentatives ayant pour but de prévenir le phlegmon, par l'emploi de la sonde laissée à demeure, ont presque toujours échoué. — On devra prendre aussi en considération la possibilité de la présence dans la vessie de corps étrangers, de projectiles, de fragments osseux ou de concrétions.

3. Des hémorragies dans la région du bassin. Des anévrismes et de leur traitement. Ligature des gros troncs vasculaires.

§ 8. — La ligature de l'aorte a été pratiquée plusieurs fois pour des anévrismes des artères du bassin. Ce tronc artériel a été également, à notre connaissance, lié une fois pour des hémorragies répétées survenues, à la suite d'une blessure du bassin par arme à feu, et encore dans ces cas avait-on crû avoir affaire à l'artère iliaque commune (CZERNY). J'ai trouvé jusqu'ici, dans la bibliographie, 8 faits de ligature de l'aorte, qui tous se sont terminés par la mort. Dans 7 cas, la ligature a été pratiquée pour des anévrismes (A. COOPER, an. ilio-fém. diffus, 1817; JAMES, an. de l'art. il. dr.; MURAY, an. de l'art. fém.; MONTEIRO, idem.; SOUTH, an. de l'art. il. comm; M. GUIRE, an. de l'il. ext. gauche, des deux iliaques comm. et de la portion terminale de l'aorte; WILL. STOKES, an. de l'il. comm. et de l'iliaque externe; dans ce dernier cas la ligature n'a été que temporaire). La mort est survenue habituellement dans les premières heures; deux malades seulement ont survécu plus de 24 h. à l'opération. Malgré ces résultats tout à fait défavorables, on ne peut cependant contester d'une façon absolue que, dans certains cas, le chirurgien n'ait le devoir de pratiquer la ligature de l'aorte, du moment qu'il est prouvé que la circulation collatérale peut se rétablir après l'opération, et que cette dernière ne constitue pas une intervention chirurgicale indubitablement mortelle. Chez une partie des opérés la mort n'est survenue que près de deux jours après la ligature, et la circulation collatérale s'était établie déjà au bout de peu de temps. Personne, assurément, n'oserait affirmer que l'opération en question est nécessairement suivie de mort, puisqu'on peut la pratiquer sans blesser un seul organe important pour la vie, et que, d'ailleurs, la réplétion sanguine qui se produit dans la partie supérieure du corps, à la suite de la ligature, n'est pas absolument mortelle (voir plus loin). A. COOPER était convaincu que l'opération pouvait être tentée avec succès et qu'elle était parfaitement justifiée. Il n'hésiterait pas, disait-il, à essayer de nouveau la ligature de

l'aorte dans des circonstances semblables à celles qui l'avaient engagé à opérer la première fois. Dans le cas de A. COOPER, l'indication opératoire avait été fournie par des hémorragies répétées survenues à la suite de la rupture au dehors d'un anévrisme de l'artère iliaque externe s'étendant jusqu'à l'iliaque commune.

KAST (clinique de Fribourg en Br.) a agité de nouveau, dernièrement, la question de la ligature de l'aorte (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XII, 405). Par ses observations et ses expériences il est arrivé à peu près aux mêmes résultats que nous, au point de vue des indications.

La ligature ne peut être pratiquée que sur la partie du vaisseau qui s'étend de l'origine de l'artère mésentérique supérieure jusqu'au point de bifurcation du tronc aortique. Cette portion, longue de 12 à 13 centimètres, repose sur les quatre dernières vertèbres lombaires; elle donne naissance aux deux artères rénales, à l'artère spermatique, à la mésentérique inférieure, à 4, 5 ou 6 artères lombaires et à l'artère sacrée moyenne. Entre la mésentérique supérieure et la mésentérique inférieure la veine cave est située à 2 centimètres à droite de l'aorte, et séparée de cette dernière par les piliers tendineux du diaphragme, ainsi que par le canal thoracique. A gauche de l'aorte se trouve le psoas gauche, lequel est séparé de l'artère par des parties du nerf et des ganglions sympathiques. Le tronc principal de ce nerf est plus éloigné de l'aorte. Au-dessous de la mésentérique supérieure, l'aorte est croisée par la veine rénale gauche; entre cette dernière et l'artère mésentérique inférieure elle est recouverte par le duodénum, dont la direction est presque transversale. La portion la plus inférieure de l'aorte comprise entre la mésentérique inférieure et le point de bifurcation, a une longueur d'environ 5 centimètres, et elle est presque complètement accolée à la veine cave située à droite de l'artère. A sa face postérieure passe le canal thoracique. L'aorte qui repose sur le corps des vertèbres lombaires, tend à se dévier légèrement à gauche à sa partie inférieure, près de la bifurcation (GUNTHER, *Operationslehre*).

Chez les animaux, on observe, à la suite de la ligature de l'aorte, des paralysies des extrémités inférieures, ainsi que de la vessie et du rectum. En outre, se produisent de fortes congestions, dans les parties supérieures du corps, et la mort est la conséquence soit de l'hypérémie des organes nerveux centraux, soit d'une hémorragie secondaire. Le décollement du péritoine sur une grande étendue entraîne d'autres dangers, car il peut être suivi d'un phlegmon purulent. En ce qui concerne la circulation collatérale, nous ferons remarquer que l'on a observé, chez l'homme, des cas dans lesquels l'oblitération lente de l'aorte par des tumeurs ou par une prolifération intravasculaire, a pu être tolérée sans donner lieu à aucun trouble de la circulation dans les extrémités inférieures. Il est évident que des faits semblables ne prouvent nullement la possibilité de l'établissement d'une circulation collatérale à la suite de l'interruption brusque de la circulation dans l'aorte; dans le premier cas, en effet, les nouvelles communications peuvent s'établir lentement, pendant qu'une partie du sang suit encore la voie principale. En tout cas, si l'on était obligé de pratiquer la ligature en question, on choisirait de préférence la portion de l'aorte située près de la bifurcation. Ce sont alors les artères lombaires qui, par leurs anas-

tomoses avec les branches de l'iliaque interne, sont chargées d'établir la circulation collatérale. Quant aux anastomoses de la mammaire interne avec l'épigastrique, elles n'entrent guère ici qu'en seconde ligne.

A. COOPER, pour arriver sur l'aorte, se frayait un passage à travers le péritoine qu'il était ainsi obligé d'inciser deux fois. JAMES a suivi cette même voie. Ce procédé opératoire fait courir au malade de sérieux dangers de péritonite, bien que l'on puisse en diminuer de beaucoup l'importance par l'emploi de la méthode antiseptique. Mais, d'autre part, on comprend facilement que la tendance continuelle de l'intestin à faire irruption dans la plaie relativement peu étendue, ne permette guère de s'aider de la vue, et que les sensations perçues par le doigt soient pour ainsi dire le seul guide de l'opérateur. Il est vrai que la *méthode rétro-péritonéale* employée pour la première fois par MURAY, offre également de sérieuses difficultés : le malade étant couché sur le dos, le corps légèrement incliné à droite, on fait du côté gauche une incision commençant un peu en avant de l'extrémité antérieure saillante de la dixième côte, pour se diriger en bas sur une longueur d'environ 18 centimètres en formant une ligne courbe à convexité tournée en arrière, et se terminer à 3 centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Dans cette incision est comprise toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'à l'aponévrose du transverse, c'est-à-dire la peau, le tissu conjonctif sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique ainsi que ses fibres musculaires, puis le petit oblique et le transverse ; l'aponévrose de ce dernier muscle est ensuite divisée sur la sonde cannelée, et à l'aide des doigts on détache d'avant en arrière le péritoine de la fosse iliaque et du psoas. Une fois que l'on a découvert l'iliaque commune, cette artère constitue un guide précieux pour arriver sur l'aorte. Enfin on divise la gaine vasculaire soit avec l'ongle, soit à l'aide d'une sonde cannelée, en évitant de se servir d'instruments tranchants, et l'on passe autour du vaisseau une aiguille à anévrismes, avec la précaution de respecter les nerfs et autres organes voisins de l'artère. Actuellement, chez les individus maigres, on peut sans hésitation tenter de pratiquer la ligature à travers la cavité abdominale. Avec une incision un peu grande l'opération ne présente évidemment pas de difficultés sérieuses, et la méthode antiseptique préserve l'opéré du danger d'une péritonite septique. On sait que E. ROSE est partisan de la ligature double avec excision de la portion intermédiaire. Ce procédé est certainement à conseiller d'une manière générale, mais, dans la plupart des cas, il est fort douteux qu'il soit applicable également à la ligature de l'aorte.

§ 9. — On a lié l'artère iliaque commune pour combattre des hémorragies ; tantôt il s'agissait de plaies par armes à feu de l'iliaque externe ou de l'artère fessière supérieure ou inférieure, tantôt l'hémorragie était due à la rupture d'un anévrisme, ou bien encore le sang

provenait d'une artère qui avait été liée, dans le but de guérir un anévrisme (iliaque externe, fessière). La ligature de l'iliaque commune a été également pratiquée quelquefois comme acte préliminaire, dans le but d'éviter une hémorragie, lorsqu'il s'agit de tenter quelque grande opération dans le domaine de cette artère, par exemple la désarticulation de la hanche combinée avec l'extirpation d'une tumeur volumineuse (BURIGER). La plupart des ligatures de ce vaisseau ont été opérées pour des anévrismes de l'iliaque externe, et quelques-unes pour des tumeurs malignes simulant des anévrismes.

Voici les résultats de cette opération pratiquée pour la première fois par GIBSON, en 1812 : sur 40 opérés 31 sont morts et 9 ont guéri, ce qui correspond, par conséquent, à une mortalité de 77 1/2 0/0 ou à une proportion de guérisons de 22 1/2 0/0. Ce sont les ligatures ayant pour but de mettre fin à des hémorragies qui ont donné les plus mauvais résultats ; sur 15 opérés un seul a guéri ; par contre, la guérison a été obtenue 7 fois sur 18 cas de ligatures pour des anévrismes. Enfin, dans un cas où la ligature avait été pratiquée pour un pseudo-anévrisme, la malade a survécu à l'opération.

Si nous parcourons les observations de STEPHEN SMITH et de GURLT (2 cas), nous trouvons que sur 34 opérés 27 ont succombé ; parmi ces derniers 12 sont morts directement des suites de l'opération, dont 4 de péritonite, 4 d'hémorragie et 4 de gangrène de l'extrémité inférieure correspondante. Les autres sont morts d'épuisement (9) ou d'autres causes sans relation directe avec l'opération (érysipèle, dysenterie, etc.) Nous reviendrons sur ces résultats, à propos de la ligature de l'iliaque externe.

D'après une communication de STETTER, sur un cas de ligature de l'iliaque commune, tentée avec succès par SCHOENBORN, chez un homme de 78 ans pour un anévrisme, sur 39 individus opérés jusqu'ici pour des tumeurs de cette nature, 29 ont succombé, ce qui correspond à une mortalité de 74,3 0/0. KUMMEL a rapporté également un cas de ligature de ce vaisseau suivie de guérison malgré la gangrène de la jambe qui en avait été la conséquence. Une hémorragie avait fourni ici l'indication de l'opération. Dans un cas d'extirpation d'un enchondrome du bassin, v. BERGMANN lia l'artère iliaque commune ainsi que la veine du même nom ; la guérison s'opéra sans encombre.

Le point de bifurcation de l'aorte se trouve situé à peu près à la hauteur de l'ombilic, au niveau du cartilage intervertébral qui sépare la 4^e de la 5^e vertèbre lombaire. L'iliaque commune s'étend de ce point jusqu'à la symphyse sacro-iliaque où elle se divise, à peu près à la hauteur du promontoire, en iliaque externe et en hypogastrique ou iliaque interne. Jusqu'à sa bifurcation, l'iliaque commune passe au devant de la 5^e vertèbre lombaire et de la portion la plus externe du sacrum ; elle occupe une dépression située entre le corps de la vertèbre et l'insertion du psoas. Une ligne tirée de l'ombilic au ligament de Poupart, à 6 centim. en dehors de l'épine du pubis, peut être considérée comme étant parallèle à la direction du vaisseau (GUNTHER). Par suite de la légère déviation de l'aorte du côté gauche, l'iliaque commune droite est plus longue que l'iliaque commune gauche, tandis que c'est le contraire que l'on observe pour les veines correspondantes. La veine gauche occupe le côté in-