

terne de l'artère, tandis que la veine droite située d'abord en dehors de l'artère, passe en arrière de cette dernière pour se placer également à son côté interne. L'uretère et les vaisseaux spermatiques passent au devant des vaisseaux iliaques communs.

En 1827, MOTT pratiqua la ligature commune par la voie rétro-péritonéale, et c'est depuis lors seulement que cette opération est entrée vraiment dans le domaine chirurgical. Le procédé de MOTT fut si bien couronné de succès que son opéré vivait encore en 1860.

L'incision de la peau et des parties molles sous-jacentes de la paroi abdominale est faite à peu près parallèlement au ligament de Poupert. Elle commence en dedans, à environ deux centimètres au-dessus de l'anneau inguinal externe, et s'étend, tout en conservant la même hauteur, au-dessus du ligament de Poupert, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On divise dans la même direction le tissu sous-cutané et le muscle grand oblique; puis au niveau du trajet inguinal, on incise le petit oblique suffisamment pour permettre d'introduire le doigt dans l'anneau inguinal interne, en ayant soin de respecter le cordon spermatique. Sous la direction du doigt qui protège le péritoine, on divise alors le petit oblique et le transverse sur toute la longueur de l'incision cutanée. On décolle ensuite le péritoine de la fosse iliaque jusque dans la région du promontoire; une fois arrivé près de ce dernier, on ouvre avec l'ongle la gaine vasculaire, et l'on passe autour de l'artère une aiguille mousse à long manche, en évitant de saisir en même temps l'uretère et les vaisseaux spermatiques. L'introduction de l'aiguille, en raison de la situation de la veine, se fait de dehors en dedans pour le côté droit et de dedans en dehors pour le côté gauche.

Plusieurs autres procédés d'incision ont été proposés et mis en pratique. Ainsi CRAMPTON conseillait une incision partant de la dernière côte pour se rendre à 3 centim. en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, en décrivant un arc de cercle à concavité dirigée vers la ligne médiane. On divise les trois épais couches musculaires jusqu'à l'aponévrose du transverse, puis cette dernière également, et l'on décolle le péritoine dans une étendue suffisante pour mettre à découvert le point de bifurcation de l'aorte ainsi que l'iliaque commune jusqu'à l'origine de l'artère hypogastrique. L'uretère est, en général, refoulé en haut avec le péritoine et les vaisseaux spermatiques; rappelons d'ailleurs que ce conduit passe au-devant de la bifurcation de l'aorte ou immédiatement au-dessous de cette dernière, ou même au milieu de l'artère iliaque commune, qu'il croise en se dirigeant de haut en bas et de dehors en dedans.

DIETRICH abaisse une perpendiculaire de l'épine iliaque antéro-supérieure sur la ligne blanche. A environ 7 centim. au-dessus de l'extrémité interne de cette perpendiculaire, et en dehors du bord externe du muscle droit, commence l'incision de la paroi abdominale, pour se diriger de là obliquement en bas et en dehors, jusqu'à environ 3 1/2 centim., au-dessous de l'extrémité externe de cette même ligne.

La ligature de l'iliaque commune, de même que celle de toutes les artères en général, est pratiquée avec des fils de catgut ou de soie antiseptique. Ces ligatures sont abandonnées dans la cavité abdominale. L'opération doit être faite selon les règles de l'antisepsie.

§ 10. — Avant de passer à la description de la ligature de l'iliaque interne, nous devons faire quelques remarques préliminaires sur les vaisseaux dont la blessure ou un anévrisme nécessitent le plus souvent cette opération, à savoir les **artères fessière et ischiatique**. En même temps nous parlerons du traitement des hémorragies provenant de ces vaisseaux, ainsi que des anévrismes dont ils peuvent être le siège.

En somme, les vaisseaux dont il est ici question, sont, grâce à leur situation, à l'abri des causes traumatiques. Cependant nous avons déjà fait mention des plaies par armes à feu, et nous ajouterons que l'on possède un certain nombre d'observations de plaies de ces artères par instruments piquants.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie de la fesse compliquée d'hémorragie artérielle, on est assez souvent dans l'impossibilité de reconnaître d'avance si le sang provient de l'artère fessière ou de l'ischiatique. Sous ce rapport, la situation de la plaie a une grande importance. C'est ainsi que l'on peut admettre une blessure de l'artère fessière lorsque la blessure siège à la partie supérieure du muscle grand fessier, surtout si elle correspond à la grande échancrure sciatique. La plaie se trouve-t-elle située plus bas, on pensera plutôt à une lésion de l'artère ischiatique. Enfin si la plaie s'étend plus en dedans, l'artère honteuse interne devra être prise aussi en considération. Les hémorragies vraiment graves, capables de mettre en danger la vie du blessé, proviennent essentiellement de l'artère fessière. Les artères ischiatique et honteuse interne peuvent être comprimées, la première contre le ligament sacro-sciatique, et la seconde contre l'épine sciatique, mais on ne doit guère s'attendre à voir s'arrêter une hémorragie par la simple compression. Dans les cas graves on devra toujours tenter la ligature directe de l'artère, et l'on liera, si possible, le bout central et le bout périphérique du vaisseau. Cette opération nécessite, il est vrai, habituellement des débridements considérables, surtout chez les individus fortement musclés; néanmoins les résultats ainsi obtenus sont préférables à ceux que donne le procédé consistant à lier plus haut le tronc vasculaire, c'est-à-dire l'hypogastrique ou même l'iliaque commune.

G. FISCHER, auquel nous devons un travail très complet sur ce sujet, a réuni 35 cas d'**anévrismes de la fessière et de l'ischiatique**; 14 d'entre eux sont d'origine traumatique, tandis que les 21 autres se sont produits spontanément. Mais, parmi ces derniers, nous en trouvons encore 9 qui ont été précédés de contusions du bassin.

Les anévrismes traumatiques proprement dits se produisent, en général, de

la manière suivante : une hémorragie violente est suivie d'une guérison apparente ; puis, peu à peu, se montre une tumeur qui s'accroît très lentement ou prend, au contraire, un développement rapide. En général, la blessure du vaisseau est produite par un instrument piquant, et, dans la grande majorité des cas, la blessure intéresse l'artère fessière. On a aussi observé plusieurs cas d'anévrisme variqueux. Les anévrismes traumatiques diffus peuvent former d'énormes tumeurs occupant toute la fesse, et même les parties voisines de cette dernière. Les anévrismes circonscrits s'étendent parfois jusque dans le bassin, à travers la grande échancre sciaticque.

Le volume de ces divers anévrismes varie depuis les dimensions d'un œuf de poule jusqu'à celles d'une tête d'enfant. Ils sont le plus souvent animés de pulsations et font entendre à l'auscultation un souffle ou murmure particulier. Suivant que la tumeur siège à la partie supérieure de la fesse ou dans le voisinage de la tubérosité de l'ischion, on peut en conclure avec un certain degré de certitude qu'il s'agit d'un anévrisme de l'artère fessière ou de l'ischiatique. Les douleurs au niveau de l'anévrisme, ou dans son voisinage, ou sur le trajet du sciaticque, ne peuvent guère être utilisées pour le diagnostic. Des erreurs ont été commises assez souvent : JOHN BELL, JEFFRAY et d'autres chirurgiens ont pris des anévrismes de la région fessière pour des abcès. Certaines tumeurs molles, comme le sarcome myéloïde, doivent être prises également en considération, et il en est de même de la hernie sciaticque bien qu'elle n'ait été que rarement observée. Une tumeur comprimant l'artère fessière peut être animée de pulsations communiquées, mais ces dernières sont surtout bien nettes, dans ces cas, lorsqu'on refoule la tumeur contre le vaisseau.

Dans les anévrismes de l'artère fessière on ne peut espérer une guérison spontanée ; bien au contraire, le malade court à un haut degré le danger d'une hémorragie par rupture de la poche anévrismale. Une intervention chirurgicale est donc parfaitement justifiée. Pour des motifs aisés à comprendre, il ne saurait être ici question d'un traitement par la compression. Cependant cette dernière, combinée avec la méthode de VALSAVA, aurait amené dans un cas la guérison.

Les résultats obtenus par les **injections de perchlorure de fer** méritent certainement d'être pris en considération, d'autant plus que les opérations pratiquées sur les vaisseaux, c'est-à-dire la ligature immédiate et la ligature médiante, sont en général difficiles et entourées de dangers (hémorragie, phlegmon consécutif, etc.) La première injection fut pratiquée par BRUNS, en 1854 ; elle causa la mort du malade. Bientôt après BAUM obtint un bon résultat de cette méthode de traitement. En somme, sur les 6 cas connus jusqu'ici dans lesquels on a eu recours aux injections, 3 se sont terminés favorablement. BAUM qui a traité ainsi deux anévrismes avec succès, employa dans un cas, 0,75 et dans l'autre 0,10 de teinture d'iode à 20 0/0 de l'échelle de Baumé ; cette solution était injectée à l'aide d'une seringue de Pravaz dans la tumeur que l'on comprimait de tous côtés avec les mains. L'injection fut répétée par NÉLATON. BAUM continuait la compression pendant 10 à 15 minutes et faisait garder au malade la position horizontale. Dans plusieurs cas guéris (BAUM, NÉLATON) il s'agissait d'anévrismes variqueux. Le thrill et le bruit de souffle disparaissent les premiers lorsque la guérison doit s'opérer ; puis les pulsations s'arrêtent également, et finalement la tumeur elle-même qui est devenue

de plus en plus dure, diminue très lentement pour disparaître à son tour. Parmi les cas dans lesquels on a pu obtenir la guérison par ce procédé, deux fois on a constaté la rupture de l'anévrisme, et les malades ont succombé à l'hémorragie et à la décomposition putride du sang épanché.

Un procédé évidemment très dangereux, c'est l'incision du sac suivie de la ligature de l'artère. Cette opération fut tentée pour la première fois par J. BELL, et depuis lors elle a été pratiquée environ quatre fois. Il est nécessaire de faire une grande incision, et la perte de sang est considérable. SYME plongeait un bistouri dans la tumeur, puis introduisait un doigt et agrandissait la plaie jusqu'à ce qu'elle laissât passer deux doigts, et finalement toute la main, ce qui lui permettait d'arrêter provisoirement l'hémorragie. Ce premier temps de l'opération était suivi aussitôt de l'incision de la poche anévrismale dans toute son étendue, et l'écoulement du sang était empêché par la compression de l'artère avec les doigts. Enfin il pratiquait la ligature directe ou médiante du vaisseau. Lorsque le sac anévrismal se prolonge jusque dans la cavité pelvienne, la ligature est naturellement impossible. Sur six opérations pratiquées pour des anévrismes traumatiques, la guérison a été obtenue quatre fois.

La **ligature de l'artère fessière**, d'après la méthode d'ANEL, a été tentée dans un cas avec succès (CAMPBELL) ; toutefois cette opération exige que le vaisseau soit accessible, et elle n'est possible que dans les cas d'anévrismes traumatiques dans lesquels il est peu probable que la tumeur s'étende jusque dans le bassin. On devra, du reste, prévoir la nécessité d'une incision ultérieure du sac pour le cas où l'on ne réussirait pas à pratiquer la ligature.

L'artère fessière sort du bassin au niveau du bord supérieur du muscle pyramidal, et se divise aussitôt en un grand nombre de branches qui se rendent dans les muscles de la fesse. Elle est accompagnée de deux veines, et sur la plus grande partie de son trajet elle est recouverte par le muscle moyen fessier, ainsi que par le bord supérieur et latéral du grand fessier. Précisément à son point de sortie du bassin l'artère se trouve située sur une petite étendue derrière le bord postérieur du moyen fessier et sous le grand fessier ; à ce niveau, l'incision de ce dernier muscle conduirait donc directement sur l'artère. Sous le bord inférieur du muscle pyramidal passe l'artère fessière inférieure ou ischiatique, avec les racines du nerf sciaticque et l'artère honteuse interne. Cette dernière rentre ensuite dans le bassin par la petite échancre sciaticque.

Une grande incision est toujours nécessaire pour pratiquer la ligature de l'artère fessière. Dans les cas d'anévrismes on est obligé de modifier diversement la direction de l'incision, suivant le volume et la situation de la tumeur. Le procédé qui nous paraît le meilleur est celui de ZANG qui consiste à faire une incision s'étendant de l'épine iliaque postéro-supérieure au grand trochanter dans la direction des fibres du muscle grand fessier. On incise ce dernier ainsi que le moyen fessier, on écarte les bords de la plaie au moyen d'épingles, on isole l'artère et l'on passe autour d'elle l'aiguille à anévrismes. Le vaisseau est situé à la partie supérieure et postérieure de la grande échancre sciaticque, au-dessus du muscle pyramidal.

L'**artère ischiatique** a été liée déjà plusieurs fois (SAPPEY, DUGAS). Elle sort du bassin, à environ 2 centim. du sacrum, au-dessous du muscle pyrami-