

D'après la méthode habituellement attribuée à ABERNETHY, on fait à environ 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament de Poupart, une incision de longueur variant entre 6 et 9 centimètres suivant l'état de maigreur ou d'embonpoint du malade; le milieu de cette incision, qui ne comprend d'abord que la peau, doit correspondre à la situation de l'artère au niveau du ligament. On divise ensuite dans la même direction l'aponévrose du grand oblique, puis les fibres du petit oblique et du transverse, en procédant couche par couche et en s'aidant soit de la sonde cannelée, soit de deux pinces. Tous les vaisseaux qui donnent du sang doivent être aussitôt liés. Le fascia transversalis se présente alors sous la forme d'une membrane assez dense et striée. On la divise également avec précaution dans toute la longueur de la plaie. On fera bien attention de ne pas blesser certains vaisseaux, surtout l'épigastrique ou ses branches. Dans un cas j'ai été fort gêné par une hémorragie provenant d'une veine à direction transversale. Il s'agissait du tronc collecteur des veines de la région iliaque, et ce vaisseau volumineux passait au devant de l'artère pour se rendre dans la veine fémorale.

On introduit ensuite deux doigts dans la profondeur de la plaie, leur face palmaire dirigée en haut, on refoule de bas en haut le péritoine en le détachant de son point de réflexion ainsi que de la surface du psoas, et l'on déplace dans la même direction l'uretère, le canal déférent et les vaisseaux spermaticques.

Le meilleur procédé pour trouver l'artère consiste à suivre le bord interne du psoas à partir du ligament Poupart. Pendant qu'un aide maintient les bords de la plaie écartés au moyen de crochets mousses, on cherche à dénuder l'artère soit avec les doigts, soit à l'aide de pinces, puis on passe l'aiguille porte-fil de dedans en dehors avec de grandes précautions pour ne pas blesser la veine iliaque externe. Enfin le vaisseau est lié à l'aide d'un fil de soie aseptique, ou d'un gros catgut.

Dans le procédé de A. COOPER la partie la plus basse de l'incision demi-circulaire arrive tout près du ligament de Poupart. On ne divise alors que l'aponévrose du grand oblique, et l'on soulève le petit oblique et le transverse de la gouttière formée par l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis, puis on sectionne ce dernier au niveau de son insertion à l'arcade crurale. Il n'est pas nécessaire de décoller le péritoine, car on arrive directement sur l'artère entourée de tissu adipeux, et le plus souvent aussi de glandes lymphatiques. Avec ce procédé opératoire on n'a pas la certitude d'avoir pratiqué la ligature au-dessus de l'origine des grosses branches collatérales.

La ligature de l'iliaque externe n'offre aucune difficulté sérieuse chez les individus maigres dont les parois abdominales n'ont pas une trop grande épaisseur; dans le cas contraire, le dernier temps de l'opération surtout peut être fort difficile. En pareille circonstance, on pourrait avoir recours avec avantage à la méthode de COOPER.

Pour cette opération nous conseillons de donner au bassin une position élevée. Il va sans dire qu'ici comme dans toutes les ligatures d'artères, les précautions antiseptiques doivent être rigoureusement observées. On fera bien, à notre avis, de se servir de fils de soie aseptiques de préférence au catgut.

§ 72. — Le domaine de la ligature de l'artère fémorale commune est très limité. Ce vaisseau est situé directement au-dessous du ligament de Poupart, très près de la surface cutanée; il est recouvert par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, des glandes lymphatiques et enfin l'aponévrose fémorale ou fascia lata. La veine fémorale suit le côté interne de l'artère, tandis que le nerf crural se trouve en dehors de la gaine vasculaire, et est en rapport avec le bord interne du muscle psoas-iliaque.

Nous avons dit que le domaine de cette ligature est très limité.

En effet, l'artère fémorale profonde naît ordinairement à environ 4 cent. au-dessous du ligament de Poupart, mais dans un nombre de cas relativement considérable elle prend naissance beaucoup plus haut, très souvent (22 0/0 suivant QUAIN) à 2, 3 ctm., assez souvent (11 0/0) à 2 ctm. de l'arcade crurale, et il n'est même pas très rare que l'artère naisse au niveau même du ligament de Poupart (4 0/0). L'origine de la circonflexe interne ou postérieure varie aussi beaucoup; souvent (22 0/0) cette artère naît au-dessus de la fémorale profonde, du tronc même de la fémorale commune.

C'est pourquoi il est peut-être à conseiller, afin de s'éloigner le plus possible de ces vaisseaux, de s'adresser à la méthode de PORTER qui consiste à faire une incision transversale directement au-dessus du ligament de Poupart. Cette incision longue de 5 à 6 ctm., doit être pratiquée de façon que sa partie moyenne corresponde à l'artère. On divise le tissu sous-cutané, dans lequel on rencontre déjà quelques glandes lymphatiques, puis on met à nu la gaine vasculaire après section du fascia lata et du tissu conjonctif sous-aponévrotique riche en graisse chez les individus ayant de l'embonpoint, et contenant aussi, le plus souvent, un grand nombre de glandes.

Le procédé ordinaire consiste à pratiquer une incision qui, partant du ligament de Poupart, se dirige en bas et un peu en dedans, parallèlement à l'artère fémorale commune. On divise la peau et le tissu sous-cutané, on écarte ou extirpe les ganglions lymphatiques, et l'on évite avec soin de blesser la veine saphène interne. Vient ensuite la section du fascia lata au-dessus du rebord falciforme, section que l'on pratique sur la sonde cannelée ou entre deux pinces. Enfin on ouvre la gaine vasculaire, et l'on charge l'artère de dedans en dehors sur l'aiguille porte-fil.

73. — A environ 7 ctm. au-dessous du ligament de Poupart l'artère fémorale rencontre le bord interne du muscle couturier, et conserve dès lors des rapports déterminés avec ce dernier, jusqu'à l'endroit où elle traverse l'anneau des adducteurs. L'artère, en effet, passe sous le muscle en question, qu'il croise à angle aigu pour venir se placer à son côté externe. A peu près au milieu de la cuisse l'entrecroisement est terminé, et jusqu'à l'anneau des adducteurs, l'artère suit le bord externe du muscle, dans la gouttière que forment entre eux les adducteurs et le vaste interne.

Près de l'anneau des adducteurs la gaine vasculaire est recouverte de faisceaux fibreux épais, tendineux, en partie soudés avec le tendon du grand ad-

ducteur. Au-dessous de la partie moyenne de la cuisse le vaste interne recouvre parfois un peu l'artère, qui est alors plus difficile à trouver.

En ce qui concerne les rapports de la veine fémorale et des nerfs avec l'artère, rappelons tout d'abord que la veine est située à son côté interne, mais qu'elle ne tarde pas à se placer en arrière, de façon à être recouverte par le tronc artériel. A l'endroit où ce dernier se met en rapport avec le bord interne du muscle couturier, une branche assez volumineuse du nerf crural, le saphène interne, vient se placer au côté externe du vaisseau, et croise plus bas ce dernier pour suivre son côté interne. En outre, des branches cutanées du nerf crural passent assez souvent au devant de l'artère.

C'est à 8 ou 9 ctm. environ au-dessus du bord supérieur de la rotule que se trouve l'endroit où l'artère fémorale traverse l'anneau des adducteurs pour venir se placer à la face postérieure de la cuisse.

Le muscle couturier sert de guide pour la recherche du vaisseau à la face antéro-interne de la cuisse. Ce muscle avec sa gaine aponévrotique recouvre l'artère depuis l'endroit où cette dernière atteint son bord interne jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Jusqu'à cette partie moyenne on fait l'incision le long du bord interne du muscle satellite, tandis que plus bas, on détermine la ligne de direction de l'artère avec l'extrémité des doigts, la main étant appliquée sur la face antéro-externe du membre. En effet, les doigts pénètrent facilement dans la gouttière située entre le vaste interne et les adducteurs. Ici on fera bien d'écarter le muscle couturier en dedans pour aller à la recherche de l'artère¹.

Pour lier la **fémorale externe (ou superficielle)** à son tiers supérieur, on fait une incision longitudinale dirigée de haut en bas et de dehors en dedans le long du bord interne du muscle couturier. On ouvre la gaine du muscle que l'on reconnaît à la direction de ses faisceaux minces qui sont parallèles à la plaie cutanée. Si l'on soulève alors et déplace latéralement le muscle couturier, on aperçoit par transparence, à travers le feuillet postérieur de sa gaine, l'artère fémorale occupant la dépression située entre le vaste interne et le grand adducteur. Au côté externe de l'artère se trouve le nerf saphène interne, tandis qu'en arrière passe la veine fémorale; on évitera de blesser l'un et l'autre pendant le temps de l'opération qui consiste à ouvrir la gaine vasculaire pour mettre à nu l'artère et charger cette dernière sur l'aiguille porte-fil.

Plus bas, et jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, le procédé opératoire ne diffère pas essentiellement de celui que nous venons de décrire. L'incision est faite aussi parallèlement, mais un peu plus en dehors du bord interne du muscle couturier, que l'on fait écarter latéralement, pendant que l'on ouvre la gaine de l'artère près du bord externe de ce même muscle. Le nerf saphène interne est situé au côté interne et la veine fémorale au côté postérieur de l'artère.

1. Une ligne droite partant du milieu de l'arcade crurale pour aboutir en bas derrière le condyle interne, donne la direction de l'artère fémorale jusqu'à l'orifice inférieur du canal du troisième adducteur.

(Note du trad.)

Encore plus bas, et jusqu'à l'anneau des adducteurs, on trouve l'artère, comme nous l'avons dit plus haut, en explorant la dépression située entre les adducteurs et le vaste interne.

L'incision doit être pratiquée le long de cette dépression, et le muscle couturier dont la gaine a été ouverte du côté externe, est refoulé en dedans. La situation profonde de l'artère, qui parfois est cachée par le bord du vaste interne, et, d'autre part, la gaine assez épaisse qui l'entoure, peuvent créer des difficultés à l'opérateur, difficultés qui sont d'autant plus grandes que l'on se trouve plus près de l'anneau des adducteurs. Cependant on réussit toujours à trouver l'artère en se guidant sur la dépression mentionnée plus haut.

74. — A la cuisse il n'est pas rare d'observer une **varice de la saphène**, isolée ou combinée avec d'autres dilatations variqueuses, et siégeant soit sur le trajet de la veine, soit à son embouchure dans la veine fémorale, au niveau du bord falciforme de l'aponévrose. Les varices développées à ce dernier endroit ont surtout de l'importance au point de vue du diagnostic, en ce sens que l'on devra bien se garder de les confondre avec une hernie crurale. Plusieurs fois déjà on a pratiqué, et avec succès, l'extirpation de ces poches veineuses situées sur le trajet de la saphène, opération qui naturellement n'est justifiée de nos jours qu'à la condition que les précautions antiseptiques soient rigoureusement observées.

La ligature de la veine saphène interne a été aussi assez souvent pratiquée dans le but d'obtenir la guérison de varices de la jambe. Cette opération aurait eu dans nombre de cas le résultat désiré, mais nous doutons que l'effet en soit durable. (Nous renvoyons pour plus de détails concernant ces opérations, au § 126 consacré aux varices des jambes).

§ 75. — C'est seulement depuis un certain nombre d'années que les **nerfs du membre intérieur** ont été assez souvent l'objet d'interventions chirurgicales et c'est le **nerf sciatique** qui est le plus fréquemment en cause. Tantôt ce nerf a été sectionné dans une plaie, et il s'agit de le suturer, tantôt, la plaie étant déjà cicatrisée, il faut aller à la recherche des deux bouts du tronc nerveux pour les réunir, la suture n'ayant pas été faite directement après l'accident. En tout cas, toutes les fois que le nerf sciatique a été divisé dans une plaie récente, il est à conseiller d'en pratiquer la suture, comme pour tout autre tronc nerveux d'une certaine importance. Grâce aux précautions antiseptiques, on peut espérer obtenir la réunion par première intention, et voir bientôt se rétablir les fonctions du nerf, comme à la suite de la suture des gros troncs nerveux du membre supérieur. Mais même d'anciennes sections du sciatique sont justiciables d'une opération consistant à mettre à nu les deux bouts du nerf pour les aviver et les suturer; en effet, la méthode antiseptique a considérablement diminué le danger de ces interventions chirurgicales. Bien que le malade traité ainsi par v. LANGENBECK, n'ait bénéficié que du retour de la sensibilité dans le membre paralysé, il se peut fort bien que