

c. A la face dorsale du carpe. — Lorsqu'on étend fortement le pouce, on fait naître une petite dépression connue sous le nom de *tabatière anatomique*, et limitée en dehors par les tendons réunis des muscles grand abducteur et petit extenseur du pouce *a*, et en dedans par celui du long extenseur du pouce *d*. L'artère radiale *c* peut être liée au fond de cette dépression (fig. 107). On fait donc au milieu de cet espace, et suivant la direction des tendons saillants, une incision de 3 centimètres; on incise la peau et l'aponévrose, on écarte quelques filaments nerveux et quelques veines *b*, et l'on peut alors facilement passer un fil au-dessous de l'artère.

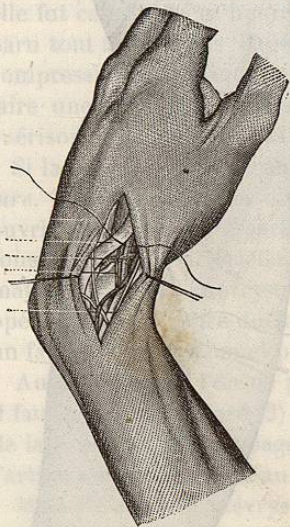


FIG. 107. — Ligature de la radiale à la face dorsale du carpe.

Elle devient alors verticale, et sa direction est représentée par celle d'une ligne qui, partant de l'épitrôchlée, vient au côté radial du pisiforme. Dans la partie supérieure de la portion verticale, elle répond à l'interstice musculaire du cubital antérieur et du fléchisseur superficiel, et plus bas elle est légèrement recouverte par le tendon du muscle cubital antérieur.

L'artère cubitale finit au-dessous du pisiforme par l'arcade palmaire superficielle. Le nerf cubital est situé en dedans de l'artère, qui est longée par ses deux veines satellites.

On ne doit lier l'artère cubitale qu'à partir de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, car au-dessus de ce point le vaisseau est profondément situé au-dessous des muscles épitrôchléens, qu'il faudrait inciser pour le mettre à nu. C'est seulement dans le cas de plaie qu'on devrait chercher l'artère dans sa portion oblique.

a. Ligature à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'avant-bras. — On peut faire une incision de 6 à 7 centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, commençant à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude, vers le tiers interne de la face antérieure de l'avant-bras, et se terminant à 6 centimètres plus bas sur le bord interne du cubitus. Une incision verticale (fig. 108) dans la direction d'une ligne qui va de la base de l'épitrôchlée au bord externe du pisiforme, permet aussi d'arriver assez facilement sur l'artère. Après avoir incisé la peau et l'aponévrose, on cherche, à partir du cubitus et en se dirigeant en dehors, le premier interstice musculaire formé par les muscles fléchisseur sublime *a* et

cubital antérieur *c*; on décolle cet intervalle avec le doigt ou la sonde cannelée, et, en soulevant le fléchisseur sublime, on découvre le nerf

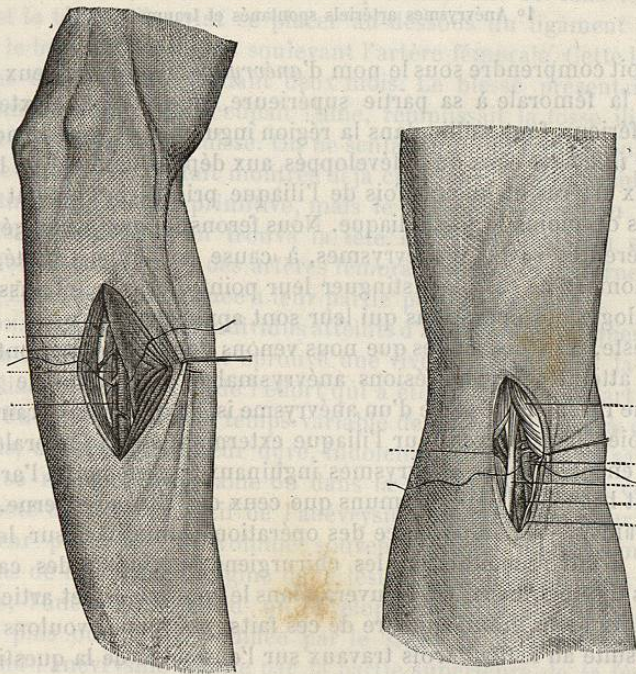


FIG. 108. — Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. FIG. 109. — Ligature de l'artère cubitale au-dessus du poignet.

cubital *b*, et plus en dehors l'artère *e*, entourée de ses deux veines satellites *d*. On passe la sonde cannelée de dedans en dehors.

b. Ligature au-dessus du poignet. — On pratique (fig. 109) une incision verticale de 4 centimètres à la peau, suivant le milieu du tendon du cubital antérieur *a*. La peau *c* et l'aponévrose *e* divisées, on repousse le tendon en dedans, et l'on aperçoit derrière lui l'artère recouverte par un mince feuillet aponévrotique, qu'il suffit de diviser pour mettre le vaisseau à nu.

c. Ligature en dehors du pisiforme. — On fait (fig. 110) une incision de 4 à 5 centimètres en dehors du pisiforme, dans la direction du dernier espace interosseux; on coupe la peau, l'aponévrose et quelques fibres musculaires de l'éminence hypothénar; on dégage avec soin l'artère *a* de ses veines satellites *c* et du nerf *b* qui est en dedans.

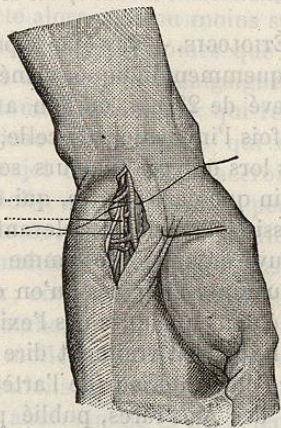


FIG. 110. — Ligature de l'artère cubitale en dehors du pisiforme.

§ XIII. — Anévrysmes inguinaux. — Anévrysmes iliaques.

1^o Anévrysmes artériels spontanés et traumatiques.

On doit comprendre sous le nom d'*anévrysmes inguinaux* ceux qui, naissant de la fémorale à sa partie supérieure, ou de l'iliaque externe à son tiers inférieur, font saillie dans la région inguinale, et sous le nom d'*anévrysmes iliaques*, ceux qui, développés aux dépens de l'une ou l'autre de ces deux artères et quelquefois de l'iliaque primitive, finissent par remplir plus ou moins la fosse iliaque. Nous ferons ici une étude générale de ces différentes sortes d'anévrysmes, à cause de l'impossibilité, dans un grand nombre de cas, de distinguer leur point d'origine, et aussi à cause de l'analogie des opérations qui leur sont applicables.

Du reste, les trois artères que nous venons de nommer ne sont pas également atteintes par les lésions anévrysmales. Ainsi l'iliaque primitive n'est que rarement le siège d'un anévrysme isolé, qui, au contraire, se rencontre bien plus souvent sur l'iliaque externe et sur la fémorale. Il faut ajouter encore que les anévrysmes inguinaux appartenant à l'artère crurale sont beaucoup plus communs que ceux de l'iliaque externe.

HISTORIQUE. — L'importance des opérations pratiquées sur les artères iliaques a fait recueillir par les chirurgiens la plupart des cas d'anévrysmes ilio-inguinaux. On trouvera, dans le courant de cet article, l'indication d'un assez grand nombre de ces faits, mais nous voulons signaler tout de suite au lecteur trois travaux sur l'ensemble de la question.

MALGAIGNE, *Mémoire sur les anévrysmes de la région inguinale et sur leur traitement* (*Journal de chirurgie*, 1846, t. IV, p. 2 et 42). — NORRIS, *On tying the Iliac Arteries* (*American Journal of Med. Sciences*, 1847, t. XIII, p. 20). — STEPHEN SMITH, *A Statistical Examination of the operation of Deligation of the Primitive Iliac Artery, embracing the Histories (in abstract) of thirty two Cases* (*American Journal of the Medic. Sciences*, July 1860).

ÉTILOGIE. — Les efforts pour remuer de lourds fardeaux sont une cause fréquemment indiquée d'anévrysmes inguinaux ou iliaques. Ainsi, sur un relevé de 28 cas, où l'on a tenu compte de la cause du mal, on trouve 14 fois l'indication de celle que nous venons de signaler. On comprend dès lors que ces tumeurs soient bien plus fréquentes dans le sexe masculin que dans l'autre, qui échappe par sa faiblesse aux efforts violents. Aussi Malgaigne, en relevant 68 observations d'anévrysmes inguinaux, n'a trouvé qu'une seule femme parmi ces malades. C'est vers l'âge de trente à quarante-cinq ans qu'on constate le plus souvent cette affection. On a noté dans quelques cas l'existence antérieure de bubons inguinaux, mais on ne saurait vraiment dire quelle influence ces adénites peuvent avoir sur l'état ultérieur de l'artère iliaque externe ou de la crurale. Dans un cas des plus rares, publié par Middleton Goldsmith (1), un anévrysme

(1) *Louisville Medical Journal*, February 1860.

inguinal était dû à la contusion de l'artère par la tête du fémur dans une luxation non réduite. Un homme de quarante ans se luxa le fémur gauche, et la tête de l'os vint se placer au-dessous du ligament de Fallope, sur le bord du bassin, en soulevant l'artère fémorale. Cette luxation resta sans être réduite pendant deux mois. Le blessé présentait alors un gonflement diffus qui occupait l'aîne, remplissait la fosse iliaque et s'étendait au milieu de la cuisse. On ne sentait que de faibles pulsations dans cette tumeur qui s'était montrée déjà cinq jours après l'accident. On fit la ligature de l'iliaque primitive, mais le malade mourut au bout de cinq jours. A l'autopsie, on trouva la tête du fémur dans un sac anévrysmal formé aux dépens des artères fémorale et iliaque externe perforées dans l'étendue d'un pouce à leur partie postéro-externe.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les individus atteints d'anévrysmes iliaques racontent assez souvent qu'ils ont éprouvé une vive douleur dans la région inguino-iliaque au moment de l'effort qui a été le point de départ de leur maladie. Puis, au bout d'un temps variable de quelques jours à deux ou trois mois, une petite tumeur dure, indolente et quelquefois sans battements, se montre dans l'aîne ou dans la région iliaque. La connaissance exacte du siège primitif de l'anévrysme est très-utile pour le diagnostic, car plus tard le volume souvent énorme de la tumeur ne permet pas de connaître l'origine de la lésion. Du reste, au bout de peu de temps, l'anévrysme prend un développement rapide et sa forme est alors plus ou moins modifiée par le siège de la lésion artérielle. Ainsi quand l'anévrysme débute par la partie supérieure de la fémorale, il envoie parfois un prolongement inférieur vers la cuisse, et un autre supérieur, dans la fosse iliaque, au-dessous du ligament de Fallope. La résistance de ce cordon fibreux explique dans ce cas l'état lobulé de la tumeur. Mais si l'anévrysme prend naissance sur l'iliaque externe ou sur l'iliaque primitive, il n'y a aucune résistance à son développement, qui peut devenir considérable, et la tumeur empiète alors plus ou moins sur la cavité abdominale. On trouve en général là tous les symptômes que la palpation et l'auscultation découvrent dans les anévrysmes. Malgaigne y a de plus noté quelquefois un frémissement et un bruissement qui ressemblent un peu à ceux des anévrysmes artérioso-veineux, mais qui en diffèrent par l'absence de propagation sur le trajet des veines. L'accroissement de ces anévrysmes rend la marche difficile, car la cuisse ne peut pas se redresser avec aisance; des douleurs par compression du génito-crural et de quelques branches du crural antérieur s'observent aussi dans certains cas et sont exagérées par la toux; enfin de l'œdème se manifeste assez souvent au pied ou au bas de la jambe.

La tumeur, après être restée quelque temps molle et pulsatile, devient parfois assez dure, et cesse de donner des pulsations évidentes. Cela dépend de la formation de caillots dans la poche anévrysmale et de la tension qu'exercent sur elle les lames aponévrotiques du ventre.

La facilité avec laquelle l'anévrysme peut se développer lorsqu'il prend

naissance dans la fosse iliaque, explique ces faits, très-rare d'ailleurs, où la tumeur n'a pas été aperçue par le malade même. Ainsi dans un cas rapporté par J. Hughes (1), un homme qui n'avait jamais eu d'indisposition antérieure, commença à éprouver des douleurs dans le ventre un vendredi, et le dimanche suivant il mourait, après avoir vu pendant quelques heures ces douleurs s'exagérer. A l'autopsie on trouva un anévrysme de l'iliaque primitive droite avec rupture du sac. Le sang s'était répandu en partie dans le péritoine, en partie dans les lames du mésentère.

Ces anévrysmes ne restent point stationnaires et finissent, soit par s'ouvrir dans le ventre, comme nous venons d'en citer un exemple, soit par se rompre au dehors, après s'être enflammés et gangrenés. La gangrène du sac n'a été que très-rarement suivie de guérison, cependant on cite à cet égard un fait de M. A. Severin (2), où un anévrysme de l'aîne fut guéri par le sphacèle de la totalité de la tumeur, et un cas analogue d'Abernelhy où la guérison se fit attendre pendant une année; mais le plus souvent la mort arrive par épuisement ou par hémorrhagie. Guattani (3) rapporte un cas d'anévrysme inguinal qui fut attaqué de gangrène: il se détacha une grande quantité d'eschares composées du sac anévrysmal et des parties adjacentes, mais le malade ne survécut que cinq semaines à la destruction de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la profonde. Ses forces ne se rétablirent pas assez pour guérir l'ulcération qui existait à la région inguinale. L'artère iliaque externe était très-contractée et remplie d'un caillot consistant. Chez un malade de Ramsden et chez un autre auquel A. Cooper lia l'aorte, la gangrène de la tumeur fut suivie d'une hémorrhagie mortelle.

Le développement des anévrysmes inguinaux a été parfois la cause d'une carie de l'ilium et du pubis. Dans un cas de James, la carie existait, quoique l'anévrysme n'eût encore que deux mois de durée, et dans un autre de Syme, datant de quatre mois, la carie s'accompagnait d'une destruction de la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

L'anévrysme peut en se développant causer la gangrène du membre. Cette gangrène était imminente chez un malade d'Asti. Cooper, au moment où ce chirurgien lia l'iliaque primitive; mais elle se manifesta peu de temps après, et l'on amputa la jambe.

DIAGNOSTIC. — On a pu confondre ces anévrysmes iliaques avec des tumeurs carcinomateuses et pulsatiles du bassin, et cette erreur paraît avoir été commise par des chirurgiens habiles. Dans un cas de Stanley (4), la tumeur iliaque pulsatile faisait saillie sur les deux surfaces de l'iléon, et avait assez aminci la crête iliaque pour qu'un fragment d'os fût devenu mobile. Ces signes ne devaient pas permettre de confondre cette tumeur

(1) *The Dublin Hosp. Gazette*, 1856, vol. III, p. 8.

(2) *De recondita natura abcessuum*, p. 199.

(3) *Loc. cit.*; hist. XVII, p. 65.

(4) *Medico-chirurg. Trans.*, 1845, vol. XXVIII, p. 303.

maligne avec un anévrysme. Dans un cas de Moore (1), la région iliaque gauche était le siège d'une tumeur largement pulsatile qui avait amené une grande dilatation des veines et du gonflement œdémateux dans le membre correspondant. Quelques détails de l'observation laissent croire qu'on eût pu soupçonner là un encéphaloïde, que démontra d'ailleurs l'autopsie faite quelques jours après la ligature de l'iliaque primitive. On peut parfois reconnaître sur ces tumeurs osseuses pulsatiles le trajet de l'artère iliaque externe, qu'on sent battre alors isolément; ce qui permet de rejeter l'idée d'un anévrysme.

On doit aussi, dans le diagnostic des anévrysmes inguinaux et iliaques, rechercher avec soin quelle est l'artère sur laquelle l'anévrysme s'est développé. Deux cas extrêmes peuvent se présenter ici: ou bien un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale ou de l'iliaque externe peut remonter assez haut dans la fosse iliaque pour faire croire à un anévrysme de l'iliaque primitive, ou bien un anévrysme de l'aorte peut descendre assez bas pour imposer aussi pour un anévrysme de l'iliaque commune. La première de ces erreurs est la plus fréquente, et dans la majorité des cas où l'on a lié l'aorte avec la pensée qu'on avait à traiter un anévrysme de l'iliaque primitive, c'était de l'iliaque externe ou de la fémorale même que la tumeur provenait. On ne peut éviter cette faute qu'en interrogeant avec soin le siège primitif de la tumeur.

Quant à la seconde espèce d'erreur, elle est plus difficile à commettre; cependant on trouve dans une observation publiée par Letenneur (2) quelques signes qui auraient pu faire croire à un anévrysme de l'iliaque primitive droite. En effet, la tumeur anévrysmale qui soulevait les trois dernières côtes s'accompagnait de très-vives douleurs dans l'aîne droite et d'une légère flexion de la cuisse du même côté. A l'autopsie, on découvrit un anévrysme qui partait de l'aorte au niveau des deux dernières vertèbres dorsales, et descendait dans l'abdomen jusque dans l'épaisseur du muscle psoas.

PRONOSTIC. — Il est des plus sérieux à la fois par la nature de la maladie et par la gravité des opérations qu'elle réclame.

TRAITEMENT. Il n'existe presque pas de guérisons d'anévrysmes inguinaux ou iliaques en dehors du traitement par la ligature, cependant il faut mentionner ici, à titre d'exception rare, un cas publié par Reynaud (de Toulon) (3). C'est un fait d'anévrysme inguino-iliaque, guéri par l'immo-

(1) *The Lancet*, 21 février 1852.

(2) *Bulletins de la Société anat.*, 1838, t. XIII, p. 102.

(3) *Gazette médicale*, 1837, p. 565. — L'observation de Reynaud porte pour titre: *Anévrysme occupant les artères iliaque primitive, iliaque externe et crurale du côté droit, guéri par les applications de glace*. Mais à l'examen de ce fait, il est permis de penser qu'il s'agissait dans ce cas d'un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale, lequel s'était engagé au-dessous de l'arcade de Fallope et avait plus tard rempli la fosse iliaque. Le cordon dur et volumineux qu'on a pris pour l'iliaque primitive devenue anévrysmatique était sans doute toute autre chose.

bilité et les applications prolongées de glace. Le traitement, commencé le 20 février 1834, a été continué jusqu'au 9 février 1836. Durant ces deux années le malade a gardé l'immobilité dans le lit, a été soumis à un régime alimentaire peu excitant et à des applications de glace, auxquelles, depuis le mois d'octobre 1835, on avait joint une certaine compression directe sur la tumeur. La guérison fut complète, car cet anévrysme devint dur, s'affaissa, et des pulsations se firent percevoir de nouveau, dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

En dehors de ce fait remarquable, les méthodes de traitement autres que la ligature par la méthode d'Anel n'ont guère fourni que des revers. Ainsi Évrard Home (1) a publié un cas d'anévrysme iliaque qu'il a traité sans succès par l'application répétée de la chaleur, après avoir lié la fémorale au-dessous de la tumeur. Le malade mourut quarante-six jours après la dernière tentative d'application du calorique, lorsque la fémorale était liée depuis soixante et dix jours. L'anévrysme renfermait à la fois des caillots actifs et quelques caillots mous, gélatiniformes.

La compression directe, mise en pratique par quelques chirurgiens, doit être absolument rejetée, car elle ne peut conduire qu'à la diffusion de l'anévrysme dans les parties lâches qui l'entourent. La compression indirecte, au contraire, pourrait peut-être servir utilement dans les cas où l'anévrysme n'a point fait une trop forte saillie au-dessus de l'arcade de Fallope. On peut, à cet égard, lire avec profit une observation de Dupuytren, publiée par Breschet dans sa traduction d'Hodgson (2). Il s'agissait d'un

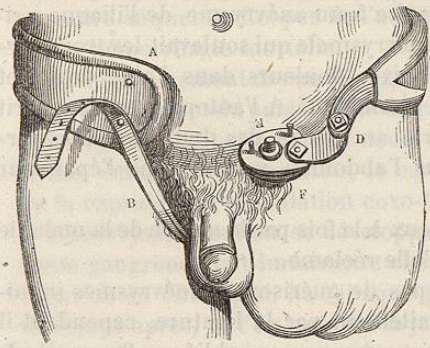


FIG. 111. — Compresseur de Verdier. — AC, ceinture d'acier autour du bassin; B, sous-cuisse; D, tige coudée qui supporte la platine d'acier E traversée par la vis de compression; F, seconde platine garnie d'une pelote.

anévrysme à l'aîne gauche, du volume et de la forme d'une grosse poire, dont la base était tournée en haut et le sommet en bas et en dedans; commençant un peu au-dessus de l'arcade crurale, il s'étendait à 4 pouces au-dessous. Si l'on exerçait une compression au-dessus de la tumeur, sur un point de l'artère iliaque externe, on suspendait toute espèce de battement dans l'anévrysme et l'on faisait diminuer son volume. On trouvera dans la relation de ce fait la description de deux appareils tour à tour construits pour comprimer l'artère iliaque externe au-dessus de la tumeur. L'un de ces appareils (fig. 111) est celui que Verdier (3) employa plus tard pour com-

(1) *Philos. Trans.* London, 1825, vol. CXVI, part. III, p. 189.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 217.

(3) *Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe dans les cas d'anévrysme inguinal.* Paris, 1823.

primer l'artère iliaque externe sur un malade qui, après avoir subi l'amputation de la cuisse pour un anévrysme poplité compliqué de gangrène, souffrait encore d'un anévrysme inguinal, que cette compression fit rester pendant près de six ans stationnaire, dans un état voisin de la guérison. Mais le malade de Dupuytren, peu courageux et impatient, refusa de supporter ce bandage, et le chirurgien dut pratiquer la ligature de l'iliaque externe. Cet opéré, après avoir traversé des accidents très-graves, finit par guérir. On doit regretter que cette compression indirecte n'ait pas été plus longtemps continuée, car après son emploi la tumeur était réduite aux deux tiers de son volume et la force des battements notablement diminuée.

Si l'on croyait devoir employer la compression indirecte pour un anévrysme inguinal, on se servirait de la *compression digitale* sous la forme intermittente, avant d'avoir recours aux appareils, qui ne sont pas toujours facilement supportés, et, afin de mieux déprimer les parties molles, on pourrait faire usage d'un cachet analogue à celui qu'on a recommandé pour la compression de l'aorte.

Vient maintenant le traitement par la *ligature*. On a essayé de traiter ces anévrysmes par la méthode ancienne, par la méthode de Brasdor, mais surtout par la méthode d'Anel.

On a peine à croire que la *ligature par la méthode ancienne* ait pu être appliquée à un anévrysme iliaque, cependant Syme (1) vient d'obtenir par ce mode de traitement la guérison d'un anévrysme volumineux de cette région. Depuis longtemps cet habile chirurgien cherche à démontrer que les raisons si bien justifiées pour employer la méthode d'Anel dans le traitement de l'anévrysme poplité ne sont pas applicables à tous les anévrysmes, et nous l'avons déjà vu guérir par l'ouverture du sac un anévrysme axillaire. C'est aussi par la méthode ancienne qu'il a attaqué récemment un anévrysme qui naissait, à gauche, au-dessous du ligament de Poupart, et s'étendait, en haut, au-dessus de l'ombilic, et à droite, à 2 pouces au delà de la ligne médiane. Cet anévrysme, aussi saillant en avant que la crête iliaque, s'était développé sur un marin âgé de trente et un ans, et paraissait avoir eu pour cause un coup reçu en novembre 1861, dans l'aîne gauche. Le 20 avril 1862, Syme opéra ce malade après l'avoir chloroformisé: l'exploration qu'on essaya de faire avec les doigts avant l'opération ne permit pas de reconnaître la position de l'iliaque primitive, mais afin de s'opposer à toute hémorrhagie, on pratiqua avec un compresseur à vis (*a screw clamp*) la compression de l'aorte abdominale; puis, dès qu'on fut sûr de l'arrêt absolu de la circulation, on fit une incision à travers tous les tissus, et l'on ouvrit complètement le sac, dont on fit sortir six livres de sang et de caillots. L'artère communiquait avec l'anévrysme au sommet du sac, car ce vaisseau avait été soulevé par le sang accumulé au-dessous de lui. Dès qu'on eut bien mis à nu l'ouver-

1) *The Edinburgh Medic. Journal*, July 1862, p. 65.

ture artérielle, on porta une ligature sur le vaisseau, au-dessus et au-dessous de cet orifice. Mais ces ligatures posées, on s'aperçut que du sang sortait encore par cet orifice, quoique avec moins de force qu'auparavant, et l'on en conclut que l'iliaque interne naissait sans doute de la portion d'artère comprise entre les fils constricteurs. On mit donc à nu l'iliaque interne, et l'on passa un fil au-dessous d'elle; ainsi furent liées tour à tour l'iliaque primitive, l'iliaque externe et l'hypogastrique. On pansa la plaie superficiellement, et tout alla bien, car le dix-neuvième jour les ligatures se détachèrent et la cavité morbide se détacha peu à peu.

J'ai voulu citer *in extenso* cet exemple remarquable de l'application de la méthode ancienne à l'un des anévrysmes les plus graves de la chirurgie, et si l'on remarque, d'une part, que cet anévrysme situé au point de bifurcation de l'iliaque primitive n'aurait guère pu, à cause de son volume, être soumis à la méthode d'Anel; de l'autre, que la suppuration du sac dans ces anévrysmes volumineux est une des plus graves conséquences de la ligature par cette méthode, on sera porté à accorder une grande valeur à la tentative opératoire de Syme.

La *méthode de Brasdor* a été conseillée plusieurs fois dans le traitement de ces anévrysmes, mais elle n'a donné que des succès. Astl. Cooper (1) eut à traiter un anévrysme de l'artère iliaque externe qui s'étendait dans l'abdomen jusqu'à l'iliaque interne, de manière à rendre impraticable la ligature de l'artère au-dessus du sac. La tumeur avait repoussé en avant les muscles de l'abdomen et le ligament de Poupart. L'artère fémorale fut liée entre l'origine de l'artère épigastrique et celle de la fémorale profonde; la pulsation persista, mais la tumeur n'augmenta pas de volume après l'opération. Les ligatures se passèrent sans accident, et l'anévrysme diminua assez pour qu'on pût espérer que si les choses continuaient ainsi, il ne serait pas impossible de lier l'artère iliaque externe au-dessus de la tumeur. Le malade était à la campagne pour rétablir sa santé générale, quand l'anévrysme s'ouvrit en dedans du ventre, et une mort prompte suivit l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire du bassin et du scrotum. L'autopsie ne put être faite.

On peut citer, à côté du fait d'A. Cooper, d'autres cas où la ligature par la méthode de Brasdor n'a pas été plus satisfaisante. Ainsi James, d'Exeter (2), lia l'artère crurale pour un anévrysme iliaque, et après une diminution de cet anévrysme pendant quelques jours, la tumeur reprit un volume tel, que le même chirurgien se décida à lier l'aorte. White (3) lia la fémorale au-dessous de la profonde pour un anévrysme de la fémorale gros comme un petit melon; la mort arriva bientôt après l'opération par un érysipèle qui partit de la plaie et envahit graduellement la cuisse et une partie de l'abdomen.

(1) Hodgson, *loc. cit.*, t. I, p. 401.

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

(3) Guthrie, *loc. cit.*, p. 90 et 172. — Vilardebo, thèse citée, p. 30.

Après ces insuccès répétés de la méthode de Brasdor, c'est à la *méthode d'Anel* qu'il faut avoir recours, si l'on n'ose pas tenter l'application de la méthode ancienne. Mais sur quelle artère les chirurgiens ont-ils porté la ligature dans ces cas d'anévrysmes inguino-iliaques. Le plus souvent, quoique l'anévrysme s'étende vers la cavité abdominale, on peut encore lier l'artère iliaque externe; mais si l'anévrysme remplit la plus grande partie de la fosse iliaque, on n'a que la ressource de lier l'iliaque primitive. Dans les cas où le développement de la tumeur ne permettrait pas de porter une ligature sur cette artère, il ne resterait plus que les chances si douteuses de la ligature de l'aorte, et nous verrons plus loin ce que les faits permettent alors d'espérer.

LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE. — Sue le jeune (1) lut en 1774, à l'Académie de chirurgie, un mémoire sur la possibilité d'opérer les anévrysmes cruraux, et proposa la ligature de l'iliaque externe; mais c'est Abernethy (2) qui, le premier, lia ce dernier vaisseau. Depuis cette époque l'iliaque externe a été liée un très-grand nombre de fois, et dans sa statistique Norris (3) comptait déjà 100 ligatures d'iliaque externe pour des anévrysmes (97 anévrysmes artériels et 3 anévrysmes variqueux).

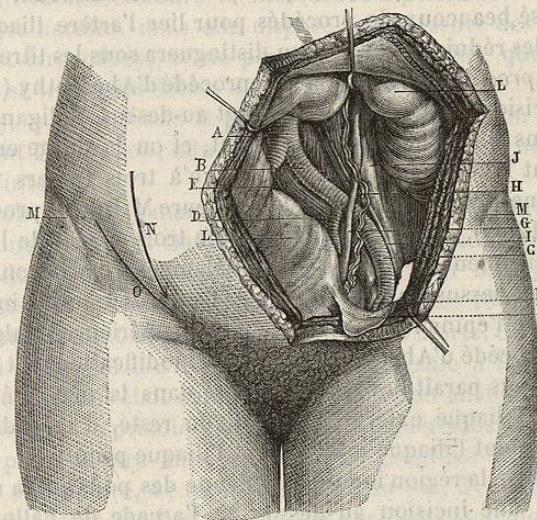


FIG. 112. — Anatomie chirurgicale de la région iliaque pour la ligature des artères aorte A, iliaque primitive B, iliaque externe C, et iliaque interne D.

L'artère iliaque externe C (fig. 112) naît de l'iliaque primitive B à peu près au niveau de l'articulation sacro-iliaque; elle se dirige alors obliquement de haut en bas vers un point situé à 7 millimètres en dehors du

(1) *Journal de Vandermonde*, 1776, t. XLVI, p. 44 et 160.

(2) *Surgic. Observ. on the local Diseases and on Aneurism*. 8^e édit. London, 1826, p. 300.

(3) *American Journal of Medic. Sciences*, January 1847.