

cielles et des veines profondes. Il n'y a rien d'anomal 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 traîna 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 millimètres 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 épaissies; 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 centimètres de longueur sur autant de

circonférence. 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^o 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 :

BOUSSON, *Mémoire sur les lésions des artères fessière et ischiatique et sur les opérations qui leur conviennent* (Gazette médicale, 1845, t. XIII, n^o 11). — BAUM, *De lesionibus aneurismatibusque arteriarum glutææ et ischiadicæ* (dissert. inaug.). Berlin, 1859. — BLASIUS, *Eigenthümlicher Schmerz beim Gluteal Aneurysma* (Deutsche Klinik, 1859, n^o 11). — W. CAMPBELL, *Ligature of the Gluteal Artery for traumatic Aneurysm*. Montreal, 1861.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On n'a eu que très-rarement l'occasion de faire avec soin l'anatomie pathologique de cet anévrysme. Bousson 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 sciatique. 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^o 16, p. 174.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur est située au côté externe du bassin, sous les muscles fessiers, dans le voisinage de la grande échancrure sciatique, et cette situation profonde explique comment parfois on ne découvre que tardivement cet anévrysme. Cette tumeur est, dans le plus grand nombre de cas, animée par des pulsations et un souffle très-distinct, mais il est rare de pouvoir comprimer suffisamment l'artère malade au-dessus du sac pour faire cesser les battements et les bruits. Cependant Sappey (1), dans un cas d'anévrysme de l'artère ischiatique, pouvait comprimer cette artère du côté du cœur, au-dessous du muscle pyramidal et effacer les battements dans la tumeur. On a quelquefois senti dans cet anévrysme une fluctuation bien nette, et l'on a même pu le réduire; on assure enfin que dans certain cas où la tumeur faisait saillie en dedans du bassin, il a été possible de la sentir par le toucher rectal.

Ces anévrysmes, en se développant, produisent des douleurs dans la hanche et dans les parties voisines, un certain engourdissement du membre et de la claudication. Dans un cas cité par Blasius, la douleur avait un caractère particulier : car si l'on comprimait fortement l'anévrysme, on ne produisait aucune douleur; mais quand on lâchait subitement la compression, on donnait au contraire lieu à une très-vive douleur qui s'élançait suivant le trajet du nerf sciatique et cessait tout de suite.

Les anévrysmes de la fessière et de l'ischiatique peuvent rester très-longtemps stationnaires. Ainsi, dans le cas de Sappey, la tumeur paraît avoir eu pour cause une chute faite sur la fesse à l'âge de douze ans. Le malade reconnut alors vers la partie interne et inférieure de cette région une tumeur du volume d'une noix, qui pendant six ans resta sans changer de volume; c'est de vingt-deux à vingt-cinq ans que l'anévrysme augmenta jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule et commença à laisser percevoir ses battements; puis dix ans se passèrent encore dans cet état, et à l'âge de trente-cinq ans le malade eut recours aux soins des chirurgiens. Mais un état si stationnaire est une exception; assez souvent la tumeur fait des progrès incessants et finit par se rompre. Stevens (2) rapporte qu'un des premiers chirurgiens de Londres donnait des soins à un malade atteint d'un anévrysme fessier, lorsque la tumeur, s'étant considérablement accrue, se rompit et le malade mourut d'hémorrhagie. Jeffray (de Glasgow), cité aussi par Stevens, fut consulté pour un cas où l'artère fessière était le siège d'un anévrysme traumatique, et conseilla la ligature de l'artère. Cet avis ayant été rejeté, on réunit d'autres chirurgiens en consultation, et ces derniers ayant aussi conseillé l'opération, on se décida à la pratiquer, mais il était trop tard; car pendant que Jeffray faisait ses préparatifs pour cette ligature, la tumeur se rompit, et le jeune homme succomba quelques instants après.

DIAGNOSTIC. — Il importerait de distinguer d'abord l'anévrysme de la

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1850, t. VII, p. 236.

(2) *Medico-chirurg. Trans.*, 1814, t. V, p. 422.

fessière de celui de l'ischiatique, mais ce diagnostic doit toujours être d'une grande incertitude. L'anévrysme de l'artère ischiatique est à la vérité situé plus bas vers la hanche, et dans le cas de Sappey, on note que la tumeur avait une certaine mobilité latérale qu'on ne trouvera pas dans l'anévrysme de la fessière.

On peut confondre tous ces anévrysmes avec un *kyste*, une *tumeur érectile*, un *abcès*. Dans un cas de White (1), il existait dans le point correspondant à l'échancrure sciatique une tumeur fluctuante, sans battements, du volume d'une tête d'enfant. L'absence de pulsations fit croire à un abcès, mais une ponction avec une lancette livra passage à du sang vermeil, et, par l'introduction d'un stylet dans l'ouverture, on reconnut l'existence d'un sac anévrysmal à parois épaisses. A la vérité, quand un anévrysme de la fessière ou de l'ischiatique est sans battements, il n'est guère possible de le distinguer des tumeurs que j'ai indiquées plus haut; c'est donc à rechercher ces battements, puis à voir comment ils disparaissent par la compression des artères et quel changement subit alors la tumeur, qu'il faut porter toute son attention. Il n'est pas difficile, chez certains sujets, de comprimer l'aorte et l'iliaque primitive à travers les parois du ventre; aussi ne devra-t-on point négliger ce moyen de supprimer le courant sanguin dans l'anévrysme.

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces anévrysmes est assez grave, car dans certains cas la tumeur a pris un volume énorme et s'est ouverte de façon à amener la mort du sujet.

TRAITEMENT. — On cite un cas de Crampton (2) dans lequel un anévrysme de la fessière aurait été guéri par la compression exercée sur la tumeur et secondée par la diète végétale, de doux laxatifs et l'emploi de la digitale. Mais les détails de ce fait sont trop incomplets pour être d'un utile enseignement. D'autre part, la position de ces anévrysmes ne se prête guère aux tentatives de *compression indirecte*. Cependant, si, comme dans le cas de Sappey, on pouvait arrêter les battements dans la tumeur, en comprimant les parties au-dessus d'elle, il faudrait alors essayer de la *compression digitale*.

C'est donc la *ligature* qui est le plus en honneur dans le traitement de ces anévrysmes. Mais sur quelle artère portera-t-on cette ligature? On a lié, dans ce cas, les artères malades elles-mêmes (la fessière et l'ischiatique), l'iliaque interne et même dans un cas l'iliaque primitive. Nous allons rappeler quelques-uns de ces faits, afin de faire mieux comprendre la pratique que le chirurgien devra suivre dans un cas donné.

La ligature de la fessière et de l'ischiatique a été quelquefois pratiquée avec succès; c'est toutefois là une opération difficile, et qui exige un grand sang-froid de la part du chirurgien. John Bell (3) a peut-être décrit en

(1) *The American Journal of the Medic. Sciences*, February 1828.

(2) *Trans. of the Fellows of the King's and Queen's College of Physicians in Ireland*, vol. I, p. 41. Dublin, 1817.

(3) *Traité des plaies*, trad. du prof. Estor, p. 105 et suiv.

termes un peu trop dramatiques une opération de ce genre qu'il dut pratiquer pour un anévrysme traumatique de la fessière; cependant il ne faut pas oublier que cette ligature est une opération souvent très-laborieuse à cause de la profondeur de l'artère, de la brièveté de son tronc principal, et de l'impossibilité où l'on se trouve de comprimer le vaisseau au-dessus de la tumeur. Du reste, on ne sait jamais bien jusqu'où le sac anévrysmal se prolonge dans le bassin, et si l'on croyait reconnaître par l'exploration rectale que l'anévrysme fait saillie de ce côté, on ne devrait pas songer à cette opération. Les anévrysmes traumatiques peuvent presque toujours être attaqués par la ligature du tronc malade, car le sac anévrysmal est en général rétro-pelvien, tandis qu'il n'en est pas de même dans les anévrysmes spontanés où le sac est quelquefois prolongé en dedans.

On a le plus souvent opéré ces anévrysmes par la méthode ancienne, mais dans quelques cas rares on a eu recours à la ligature par la méthode d'Anel. J. Bell opéra par l'ouverture du sac un anévrysme traumatique de la fessière; il lia le vaisseau divisé: le sac suppura, l'ilium et le sacrum s'exfolièrent, mais le malade guérit. Carmichaël (1) fit aussi avec succès une opération semblable sur un jeune homme de dix-sept ans. La ligature par la méthode d'Anel a été pratiquée par Sappey sur l'artère ischiatique, et par Campbell sur la fessière. Chez le malade de Sappey, les pulsations reparurent dans le sac au bout de trois jours, et deux mois après, lorsque cet opéré fut perdu de vue, elles persistaient encore. Sappey fait remarquer avec raison que, pour l'ischiatique, l'opération par l'ouverture du sac est de beaucoup préférable à la méthode d'Anel. L'artère ischiatique communique largement avec plusieurs branches de la fémorale, et particulièrement avec la circonflexe interne et avec la première perforante. On doit donc craindre de voir le sang revenir très-facilement dans cet anévrysme par ces larges communications; il n'en est pas de même de la fessière, qui n'a pas de si puissantes anastomoses. Campbell lia la fessière au-dessus d'un anévrysme traumatique chez un jeune garçon de quatorze ans. L'accident avait été causé par une pointe de fer rougie au feu, et la tumeur, du volume d'un œuf, s'accompagnait d'hémorrhagies répétées et dangereuses. La ligature fut faite là où la fessière sort de l'échancrure, sans ouvrir le sac; le malade, déjà épuisé, ne perdit pas une demi-once de sang et guérit.

Ces faits tracent au chirurgien sa ligne de conduite pour tous les cas d'anévrysmes traumatiques. On devra commencer l'opération dans la pensée de lier l'artère au-dessus du sac, et si la chose n'est pas possible, on aura recours à la méthode ancienne.

Le récit un peu effrayant de l'opération faite par J. Bell sur la fessière a sans doute engagé les chirurgiens à traiter les anévrysmes de cette artère par la ligature de l'iliaque interne. C'est Stevens qui, le premier, osa porter une ligature sur l'hypogastrique pour un anévrysme spontané de la

(1) *Dublin Journal of Medic. Sciences*, nov. 1831.

région fessière situé immédiatement sur l'échancrure sciatique. Cette tumeur, qui était grosse comme la tête d'un enfant et très-pulsatile, ne s'accompagnait que de douleurs légères, mais avait réduit la malade à un état fort misérable. La ligature fut faite le 20 décembre 1812, et six semaines après cette femme était rétablie. Atkinson (d'York) (1) répéta cette opération pour un cas analogue, mais la malade succomba dix-neuf jours après. On trouva toute l'artère iliaque interne malade; elle était coupée par le fil à un pouce et demi de l'iliaque primitive. Du sac qui renfermait un caillot volumineux, d'autres caillots s'étaient répandus dans le trajet de l'incision et dans le péritoine. White (d'Hudson) a lié l'iliaque interne avec succès dans un cas d'anévrysme spontané dont j'ai déjà parlé plus haut, et qui fit croire à un abcès, car on ponctionna le sac. Un opéré de Mott (de Philadelphie) (2) guérit aussi par la ligature de l'iliaque interne, et seize mois après le chirurgien put revoir ce malade complètement guéri. Enfin on doit encore mentionner un cas de Kimball (3), où la ligature fut pratiquée pour une tumeur de la région fessière qu'on supposa être un anévrysme. Le malade mourut d'hémorrhagie et de fusées purulentes; à l'autopsie, on ne put pas reconnaître nettement le sac anévrysmal.

La ligature de l'iliaque primitive pour un anévrysme de la fessière ne serait justifiable que si l'on trouvait l'hypogastrique malade, ou si, durant la ligature de cette dernière artère, il arrivait quelque accident: c'est ce qu'on vit dans un cas de Uhde. Le malade, âgé de vingt-six ans, se plaignait depuis quatorze jours de douleurs dans la hanche gauche. On constata sur le milieu de la région fessière une petite tumeur élastique, douloureuse, pulsatile. Des douleurs fréquentes se manifestaient sur le trajet du nerf sciatique, et le membre gauche ne pouvait plus se redresser. On essaya de lier l'artère hypogastrique, mais en retirant le fil de l'aiguille il se fit une abondante hémorrhagie, et l'on dut placer une ligature sur l'iliaque primitive. Ce malade, opéré le 5 octobre, mourut le 11, des signes de péritonite et d'un abcès dans le tissu cellulaire qui entourait les artères. On trouva à l'autopsie tous les caractères d'un anévrysme diffus dans les muscles.

En résumé, pour les anévrysmes traumatiques, il faut toujours lier la fessière ou l'ischiatique, soit par la méthode ancienne, soit par la méthode d'Anel; pour les anévrysmes spontanés, on n'aura recours à la ligature de l'iliaque interne que dans le cas où, à cause de son volume, l'artère fessière ne pourrait pas être abordée.

Il existe dans la science un cas publié par Toracchi (4), où le chirurgien, après avoir incisé le sac, abandonna l'opération pour pratiquer plus tard la ligature de l'iliaque interne; mais ce fait, dans lequel manquent des

(1) *London Med. and Physic. Journal*, t. XXXVIII, octobre 1817, p. 267.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1837, p. 586.

(3) *American Journal*, July 1850.

(4) *Gaz. méd. Tosc.*, août 1844, et *Archiv. de méd.*, 1846, t. II, p. 44.

détails importants, ne prouve pas l'impossibilité où s'est trouvé le chirurgien de lier le tronc artériel au dehors du bassin. Effrayé sans doute par la prolongation du sac du côté du bassin et par une hémorrhagie imminente, l'opérateur n'a sans doute pas cherché avec assez de soin le point où l'artère avait été blessée et où il aurait pu appliquer une ligature. Voici d'ailleurs les principaux détails de ce fait qui, à ce point de vue, ne manque pas d'intérêt. Un homme de trente-six ans avait dans la région fessière un anévrysme traumatique, qu'on crut devoir opérer par l'ouverture du sac; mais dès qu'on eut ouvert l'anévrysme, d'où il sortit beaucoup de sang, on s'aperçut que le sac formait une vaste cavité qui se prolongeait dans le bassin. On arrêta l'hémorrhagie par le tamponnement du sac, mais l'écoulement sanguin se renouvelant, on fit la ligature de l'iliaque interne. Le malade mourut douze heures après. L'autopsie confirma le prolongement du sac anévrysmal dans le bassin par l'échancrure sacro-sciatique; mais elle fit voir que l'artère hypogastrique ne se divisait pas comme à l'ordinaire, en branches antérieures et en branches postérieures, mais formait un tronc unique qui se portait directement jusqu'à l'échancrure sciaticque en envoyant çà et là des artères dans les parties voisines.

2^o Anévrysmes variqueux.

Les rapports des artères fessières et ischiatiques avec leurs veines correspondantes, assez souvent développées jusqu'à l'état variqueux, expliquent très-bien la possibilité d'un anévrysme artérioso-veineux. Mais comme, d'autre part, ces blessures de la région fessière sont assez rares, il n'est pas étonnant qu'on ne puisse citer comme exemple de ce genre que le cas suivant observé par Riberi (de Turin) (1).

Un paysan, âgé de vingt-cinq ans, reçut vis-à-vis de la grande échancrure sciaticque droite un coup de faux qui donna lieu à une hémorrhagie abondante qu'on arrêta par la pression. Au bout de quatorze jours la cicatrice était formée, mais quand le malade quitta son lit, il sentit une forte pulsation dans le lieu blessé et des douleurs qui l'empêchèrent de marcher. La fesse prit de l'accroissement, et à l'entrée de cet homme à l'hôpital, en 1833, on trouva une tumeur pulsatile sur le trajet d'une cicatrice. La fesse, d'un tiers plus volumineuse que l'autre, était sillonnée par de grosses veines sous-cutanées. En portant le doigt sur la cicatrice et sur le bord osseux de l'échancrure, à quelques lignes en dedans de cette ouverture, on sentait très-distinctement une pulsation sifflante dans l'étendue de trois à quatre lignes. On reconnaissait d'ailleurs dans toute la fesse des pulsations obscures accompagnées d'une sorte de frémissement ou de tremblement, lesquelles partaient de l'échancrure sciaticque et se répandaient en rayonnant dans toute la région. Des saignées, la glace, la compression, diminuèrent le volume de la fesse; les pulsations disparurent partout, excepté à l'endroit de la cicatrice où on les trouva à un moindre

(1) *Gazette médicale*, 1838, p. 796.

degré. Après avoir appliqué un bandage sur cette région, on renvoya le malade chez lui, où il resta trois ans; mais il revint vers l'été de 1838, dans le même état que la première fois. On eut encore recours à la compression à l'aide d'un brayer et d'une pelote appropriée, ce qui amena une nouvelle amélioration; mais l'observation n'a pas été continuée.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE ET DE L'ISCHIATIQUE. — La fessière, plus volumineuse que l'ischiatique, trois fois sur dix, sort du bassin par une sorte d'anneau fibreux au milieu de la courbure faite par la grande échancrure sciaticque. Son point d'émergence existe, suivant Bouisson, à 10 ou 11 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 6 ou 7 centimètres de l'épine iliaque postérieure et supérieure, enfin à 9 ou 10 centimètres du point le plus élevé de la crête iliaque. La longueur du tronc rétro-pelvien de la fessière, avant sa division, varie de 4 millimètres à 2 centimètres au delà de l'échancrure, mais cette dernière mesure est très-rare. Ce vaisseau est recouvert par la peau, le muscle grand fessier et un fascia celluleux assez dense. La veine fessière est ordinairement en arrière et en dedans, et le nerf fessier au côté interne et postérieur du vaisseau.

On a donné plusieurs points de repère pour trouver l'artère sur le vivant, sans avoir recours à des mesures d'une exactitude aussi mathématique que celles que nous venons d'indiquer. Ainsi le sujet étant couché sur le ventre, on doit, dit-on, trouver l'artère à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen d'une ligne tirée de l'épine iliaque postéro-supérieure jusqu'au milieu de l'espace qui sépare la tubérosité sciaticque du grand trochanter. Diday (1) donne le conseil de tendre un fil du sommet du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque, pour trouver vers le milieu de cette ligne l'émergence de la fessière. Enfin Malgaigne (2) dit que le sommet de l'échancrure sciaticque, et par conséquent l'artère, se trouve sur une ligne horizontale aboutissant à l'épine iliaque antéro-supérieure.

On peut lier l'artère en pénétrant dans les interstices du grand fessier ou en coupant en travers les fibres de ce muscle. Dans le premier cas (fig. 114), le malade étant couché sur le ventre et la cuisse étendue, le chirurgien fait à la peau une longue incision qui commence à 3 centimètres en dehors de l'épine iliaque postérieure, et qui se dirige vers le bord supérieur du grand trochanter, en passant par le point déterminé de l'émergence du vais-

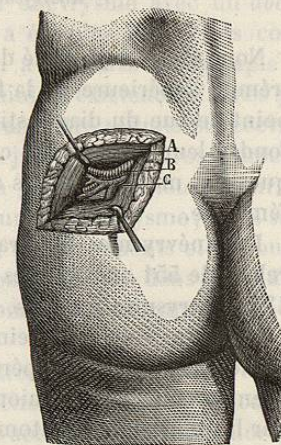


FIG. 114. — Ligature de l'artère fessière.

(1) *Gazette médicale*, 1845, p. 219.(2) *Médecine opératoire*, 1861, 7^e édit., p. 178.

seau et en s'arrêtant à 3 centimètres du grand trochanter. On incise au niveau d'un des interstices du grand fessier A, et l'on écarte ses bords avec des crochets. Puis le chirurgien cherche à la partie la plus élevée de l'échancrure les battements de la fessière B, et lorsqu'il les a trouvés, il isole avec le plus de soin possible l'artère des veines C.

Bouisson fait sur le point par où l'artère sort du bassin une incision transversale qui divise les fibres du muscle grand fessier, et dans ce cas, on n'est pas aussi gêné par les bords de l'incision musculaire que dans les autres procédés, mais cet avantage est fortement compensé par d'autres inconvénients. La section des fibres musculaires donne un écoulement sanguin assez fort qui rend moins facile la recherche du vaisseau.

L'artère ischiatique sort au bas de l'échancrure sciatique, à 3 centimètres au-dessous de la fessière, entre le muscle pyramidal et le petit ligament sacro-sciatique, dans la direction d'une ligne qui va de l'épine iliaque postérieure et supérieure à la tubérosité sciatique. Sappey fit une incision de 41 centimètres, parallèle au plan médian et située à égale distance du grand trochanter et de la tubérosité sciatique. Il coupa les tissus sous-jacents et le grand fessier dans ses deux tiers inférieurs. On reconnut l'artère par le toucher et on la lia suivant les règles habituelles.

§ XV. — Anévrysmes fémoraux.

1^o Anévrysmes artériels spontanés et traumatiques.

Nous avons déjà parlé dans le paragraphe XII des anévrysmes de l'extrémité supérieure de la fémorale, et nous avons dit les raisons qui, au point de vue du diagnostic et du traitement, nous avaient engagé à confondre leur étude avec celle des anévrysmes iliaques; il sera surtout question maintenant des anévrysmes situés sur les autres points de la fémorale.

Les anévrysmes fémoraux sont encore assez fréquents : ainsi sur le relevé de 551 anévrysmes fait par Crisp, ils figurent pour 66 à côté de 137 anévrysmes poplités. Si l'on recherche quels sont les points de l'artère le plus souvent atteints, on trouve sur ces 66 cas 45 anévrysmes à l'aîne ou à la partie supérieure de la fémorale, et 21 sur la fémorale proprement dite ou à l'union de la fémorale avec la poplitée. On explique par la disposition anatomique des parties la cause de cette plus grande fréquence des anévrysmes vers la partie supérieure de l'artère. Ainsi du ligament de Poupart au bord supérieur du muscle couturier l'artère est assez superficielle, et peut plus facilement être atteinte par les violences extérieures que dans sa seconde partie, où elle est profondément située. Du reste, quand on étend fortement la cuisse sur le bassin, on voit l'artère s'aplatir à sa région supérieure au niveau de l'articulation, et cet aplatissement peut être assez grand pour nuire aussi à la solidité du vaisseau.

Les anévrysmes se développent en général sur la fémorale commune ou

sur la fémorale superficielle; il est assez rare de voir la fémorale profonde atteinte d'anévrysmes. Erichsen (1) a donné le dessein d'un cas de ce dernier genre. Le malade était mort de pneumonie très-peu de temps après son admission à l'hôpital, et à l'autopsie on trouva dans la cuisse une large tumeur qui n'avait point été examinée très-exactement pendant la vie; c'était un anévrysmes de la fémorale profonde. Briant (2) a rapporté un autre cas d'anévrysmes de la fémorale profonde qui s'était développé depuis quatre semaines chez un homme de vingt-six ans. La tumeur pulsatile qui existait au tiers supérieur de la cuisse n'avait rien de particulier. On pratiqua la ligature de l'iliaque externe, et au bout de seize jours le fil se détacha, puis la tumeur devint plus petite et plus dure. Neuf semaines après, ce malade succomba à une hémoptysie et à une affection du cœur. A l'autopsie on trouva que le sac anévrysmal qui renfermait beaucoup de sang fluide et peu de caillots naissait de la fémorale profonde presque à sa séparation de la crurale, et s'étendait en avant sous le tendon du psoas iliaque et en arrière jusqu'au petit trochanter.

L'anévrysmes de l'artère fémorale se développe facilement dans le triangle inguinal et prend là une forme arrondie, tandis qu'à la partie inférieure de la cuisse il est beaucoup plus aplati.

DIAGNOSTIC. — Les caractères de l'anévrysmes fémoral sont en général si évidents, que les erreurs commises à cet égard par quelques chirurgiens doivent être le plus souvent attribuées à un défaut d'attention. J'ai dit comment on pouvait éviter de confondre un anévrysmes avec un *abcès*, mais il importe de rappeler que cette erreur a été plus d'une fois commise à la cuisse, depuis l'époque où Guattani a rapporté un exemple de cette blessure arrivée par les mains de Maximini. L'existence d'abcès par congestion, sortant par le canal crural, pouvant être réduits et recevant les battements artériels, peut expliquer, sinon justifier cette grosse erreur. Une grosse *varice* pulsatile de la saphène à sa partie supérieure pourrait encore, au premier moment, en imposer pour un anévrysmes; mais sans tenir compte des signes propres aux varices, les battements et le souffle d'un anévrysmes ont une violence qu'on ne rencontre pas dans une affection des veines, et qui ne peuvent guère tromper un chirurgien expérimenté.

PRONOSTIC. — Il s'agit ici d'un anévrysmes très-grave dont la cure spontanée est des plus rares, et quand la gangrène de la tumeur a, comme dans plusieurs cas, été suivie de guérison, les accidents éprouvés alors par le malade ont souvent compromis pendant quelque temps son existence.

TRAITEMENT. — C'est la *compression directe* qu'il faut d'abord mettre en usage pour combattre l'anévrysmes fémoral. Si cet anévrysmes est situé au tiers supérieur de la cuisse, on ne peut pas employer facilement la compression mécanique, et l'on fait alors usage de la compression digitale,

(1) *Loc. cit.*, p. 508.

(2) *The Lancet*, février 1858