

moment où elle donne naissance à l'arcade palmaire superficielle (*fig. 204*); une incision de 0<sup>m</sup>,05 est pratiquée sur le côté externe du pisiforme, dans la direction du dernier espace interosseux, et l'on tombe sur l'artère *a*, après avoir divisé la peau, l'aponévrose et quelques fibres musculaires de l'éminence hypothénar provenant des muscles palmaire cutané et adducteur du petit doigt. Il faut ménager les veines satellites *c* et le nerf *b*, qui est dedans.

*Ligature de l'arcade palmaire superficielle.* M. Eug. Bœckel conseille de pratiquer une incision à convexité inférieure, depuis le côté externe du pisiforme jusqu'à la base du troisième métacarpien. Il suffit de diviser la peau et l'aponévrose palmaire pour tomber sur les flexosités de l'artère. Les ramifications du nerf médian et les tendons fléchisseurs sont situés plus profondément.

**AORTE ABDOMINALE.** Nous possédons un assez grand nombre d'observations de rétrécissements de l'aorte abdominale, et depuis que l'on s'occupe de la possibilité de la ligature de cette artère, on a rassemblé six ou sept cas d'oblitération aortique complète avec persistance de la circulation dans les extrémités inférieures. L'expérience prouve en outre que, sur les animaux, la ligature de l'aorte abdominale peut réussir, de sorte qu'il existe rigoureusement des motifs justifiables de cette opération. Cependant l'extrême danger qu'elle entraîne ne pourrait la faire adopter que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et nous refuserions très probablement de l'entreprendre. Dans les cinq cas où elle fut exécutée: par A. Cooper, 1817; James, 1829; Murray, 1834; Monteiro, de Rio-Janeiro, 1842; South, de Londres, 1856, les malades moururent, le premier au bout de vingt et une heures, le second quelques heures, le troisième le second jour, le quatrième onze jours et le dernier quarante-trois heures après l'opération. Ces résultats, comme on le voit, sont des plus graves, s'ils ne démontrent pas l'impossibilité du succès. Dans les trois premiers cas, les anévrysmes étaient situés au-dessous de l'artère iliaque primitive, sur laquelle la ligature aurait pu être posée avec beaucoup plus de chances de succès.

Le procédé suivi par Sir A. Cooper et plus tard par James, est le suivant (*fig. 205*): le malade couché sur le dos, et le tronc et les membres fléchis, une incision de 0<sup>m</sup>,10 de hauteur est faite sur le côté gauche de l'ombilic; on divise la ligne blanche, puis le péritoine, en se servant d'une sonde cannelée; le doigt indicateur porté dans l'abdomen écarte les intestins, atteint le rachis, reconnaît les battements du vaisseau, qu'il soulève entre l'artère rénale *b* et la mésentérique inférieure *c*, ou entre cette dernière et l'iliaque primitive

*d*, comme le fit Cooper; et après avoir déchiré avec l'ongle le feuillet gauche du mésentère, et l'avoir séparé de la veine cave *a*, qui doit être ménagée avec le plus grand soin, on n'a plus qu'à glisser sur l'indicateur une aiguille mousse armée d'un fil, qui sert à lier l'artère, avec la précaution d'écarter attentivement les intestins, ce qui constitue un des temps les plus difficiles de l'opération. Une des extrémités de la ligature est coupée près du nœud, tandis que l'autre est maintenue en dehors de la plaie.

On a conseillé de ne pas ouvrir le péritoine et de le détacher du flanc gauche, en le renversant en dedans; ce procédé s'exécute sur le cadavre sans trop de difficultés et nous paraîtrait préférable.

La péritonite, la gangrène et l'hémorrhagie sont les principaux accidents à redouter; les voies anastomotiques seraient particulièrement formées par les artères lombaires, intercostales, mammaires internes, épigastriques, les circonflexes iliaques, la sous-cutanée abdominale etc.

**ILIAQUES PRIMITIVES.** Partant de la cinquième et quelquefois de la quatrième vertèbre lombaire vers le niveau de l'angle sacro-vertébral, les artères iliaques primitives *g* sont dirigées de haut en bas, et de dedans en dehors; recouvertes en avant par le péritoine, elles sont en rapport en dehors avec le muscle psoas. La veine iliaque gauche est placée en dedans de l'artère (*fig. 206*); tandis que la droite se trouve en arrière, puis en dehors *b*, en raison de la position de la veine cave inférieure *a* sur le côté droit du rachis.

L'artère iliaque primitive a été liée, en 1827, par Mott, et plus tard par Crampton, Salomon, Garviso, Syme. Norris a rassemblé

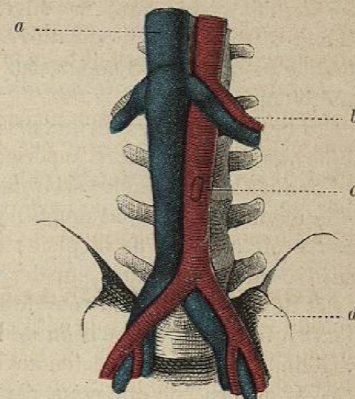


Fig. 205.

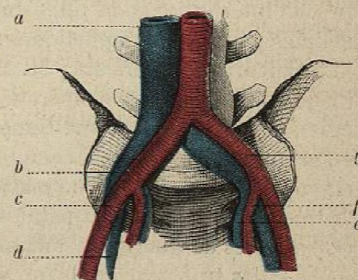


Fig. 206.