

un total de seize cas où cette ligature fut pratiquée et neuf fois suivie de mort. La première de ces opérations fut suivie d'un succès complet, et l'on en attribue un second à Garviso.

Mott pratiqua de bas en haut et de dedans en dehors une longue incision demi-circulaire, à convexité externe et inférieure, commencée à 0^m,015 au-dessus du côté externe de l'anneau inguinal et étendue jusqu'à 0^m,05 au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Crampton divisa les téguments beaucoup plus haut, du milieu de la dernière côte, au bord supérieur et antérieur de la crête iliaque.

Les muscles coupés successivement jusqu'au péritoine, on décolle cette membrane avec les doigts, jusque sur l'artère, que l'on peut apercevoir au fond de la plaie, et lier avec les précautions ordinaires, en la soulevant sur le doigt, ou mieux encore avec un stylet flexible engagé du côté de la veine, pour éviter de la blesser. Garviso fit partir son incision de l'ombilic vers le pubis, ouvrit le péritoine et découvrit directement l'artère en repoussant les intestins.

C'est un procédé qui nous paraît beaucoup plus dangereux que celui de Mott; auquel nous donnons la préférence.

Anastomoses. Les nombreuses anastomoses des hypogastriques, et celles des artères mammaire interne et épigastrique, lombaires, iléo-lombaire et circonflexe iliaque, suffisent pour rétablir la circulation.

ILIAQUE INTERNE. Née de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, un peu au-dessous de l'angle sacro-vertébral, l'iliaque interne *f* (fig. 206) se porte immédiatement de haut en bas, dans l'excavation pelvienne, où elle se divise, après 0^m,05 de trajet, en un grand nombre de branches. Elle est en rapport, par son côté interne, avec la veine du même nom *e*; en dehors, avec quelques ganglions lymphatiques; en avant, avec l'uretère.

Un chirurgien américain, M. Stevens, est le premier qui ait lié l'iliaque interne, et son opération, faite en 1812 sur une femme nègre, pour remédier à une tumeur anévrysmale très-volumineuse de l'artère fessière, réussit complètement. Atkinson, d'York, répéta cette opération en 1817; son malade mourut au bout de vingt jours; Pommeray-Witthe et Mott paraissent avoir été plus heureux. Malgré ces exemples de guérison, l'iliaque interne est située si profondément, et les troncs artériels qui s'en séparent sont si considérables et si rapprochés de la ligature, qu'il y aurait moins de danger à découvrir à la région fessière les branches lésées de cette artère qu'à la lier dans le bassin selon la méthode d'Anel.

Le malade couché en supination, les membres et le tronc légè-

rement fléchis, M. Stevens fit une incision de 0^m,15 sur la partie inférieure et latérale de l'abdomen, dans la direction de l'artère épigastrique, et à 0^m,03 environ en dehors de cette artère. La peau et les muscles divisés avec précaution, on arrive sur le péritoine, que l'on refoule en dedans jusqu'au détroit supérieur du bassin, vers l'angle sacro-vertébral. On reconnaît avec le doigt les battements et la position de l'artère, on la sépare doucement des veines qui l'avoisinent, et l'on passe de dedans en dehors une ligature au-dessous d'elle, soit avec une sonde recourbée, percée d'une ouverture, afin de pouvoir retirer la ligature, soit avec une aiguille d'argent flexible, guidée sur le doigt servant de conducteur.

On pourrait également suivre le procédé de Mott pour la ligature de l'iliaque primitive.

Les nombreuses anastomoses qui unissent les branches de l'iliaque interne à celles du côté opposé et à celles de l'iliaque externe rendent facile le rétablissement de la circulation.

Artère fessière. Branche de terminaison de l'iliaque interne, l'artère fessière sort du bassin par le point le plus élevé de l'échancre sciatique, au-dessus du bord supérieur du muscle pyramidal, et n'offre pas plus de 0^m,005 à 0^m,006 de longueur, dans cette portion extra-pelvienne de son trajet, avant de se diviser en deux ou plusieurs branches au niveau du muscle petit fessier. L'artère est recouverte par le grand fessier et par un fascia celluleux assez dense situé entre elle et ce muscle.

Sur une douzaine de pièces injectées et conservées au Musée de Strasbourg, nous n'avons pas trouvé une seule fois le tronc de l'artère fessière émergeant du bassin. La division de ce vaisseau en plusieurs branches avait eu lieu dans la cavité pelvienne. L'absence habituelle d'une artère fessière unique nous paraît en contre-indiquer absolument la ligature dans les cas d'anévrysme sur l'homme vivant.

Les anévrysmes spontanés de cette artère ont été quelquefois traités par la ligature de l'hypogastrique (iliaque interne). (Pommeray-Witthe; Hodgson, 1827, guérison; V. Mott, 1834, guérison; Atkinson, d'York, 1847, mort etc.).

Bell, en 1808, fit une très-longue incision sur un anévrysme traumatique de la fessière, découvrit l'artère et la lia avec succès.

En 1833, R. Carmichael, de Dublin, Lizard et Harrison etc., répétèrent cette ligature. M. Legouest, ayant à traiter en 1867 une tumeur anévrysmale de la fessière, développée à la suite d'une chute, et ayant inutilement tenté la compression de l'aorte, injecta, en trois fois, cent vingt gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur :