

gangrène, hémorrhagie, mort. (Obs. du professeur Ag. Servier.) Robert et MM. Diday et Bouisson, de Montpellier, ont étudié avec soin cette opération, et ont proposé des procédés particuliers pour l'exécuter.

Ceux que nous rapporterons sont de simples exercices d'amphithéâtre, et si nous en parlons, c'est que les notions auxquelles ils conduisent ne seraient pas sans utilité en cas d'hémorrhagies traumatiques provenant de ce vaisseau ou de l'ischiatique.

Anévrysme traumatique, incision : guérison, par Baroni, 1835 ; — même opération, même succès, par Bouisson, 1845.

Le procédé de Lizard et Harrisson consiste à pratiquer une incision de 0^m,08 à 0^m,10, à 0^m,03 au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure, et à 0^m,03 en dehors du sacrum, dans la direction du grand trochanter. On coupe la peau et le tissu cellulaire, on divise toute l'épaisseur du grand fessier parallèlement à ses fibres, que l'on écarte avec deux larges érignes, et l'on tombe sur l'aponévrose du moyen fessier, derrière laquelle on suit les ramuscules vasculaires jusqu'au tronc de l'artère fessière. Celle-ci est placée au-dessus du nerf et de la veine qui en côtoient le bord inférieur.

Le procédé de Robert diffère peu du précédent, et conduit également à l'artère, en divisant et en écartant les fibres du muscle grand fessier.

M. Diday décrit ainsi son procédé : « Le sujet étant placé sur le ventre, tendre un fil de la pointe du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque. Du milieu de ce fil (point qui peut être déterminé à l'instant en doublant ce fil sur lui-même) tirer une perpendiculaire idéale. Cette perpendiculaire indique la direction à donner à l'incision pour qu'elle tombe dans le sens des fibres du grand fessier. Quant à l'artère fessière, le lieu où elle émerge du bassin répond exactement à l'intersection des deux lignes. »

M. Pétrequin fait observer (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*) qu'on est exposé à tomber un peu en avant de l'artère.

M. Bouisson a adopté les règles suivantes : « Le chirurgien doit se rappeler que le point d'émergence de l'artère fessière au point le plus élevé de l'échancrure sciatique est à 0^m,11 de l'épine iliaque antéro-supérieure, à 0^m,06 de l'épine iliaque postéro-supérieure, et à 0^m,10 de la partie la plus élevée de la crête iliaque. Après avoir fait coucher le malade sur la face antérieure du corps, il constate les saillies mentionnées, et, s'étant assuré du véritable siège de l'artère fessière, il pratique une incision transversale de 0^m,06 à 0^m,07, dont le milieu correspond au point d'émergence du vaisseau. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire, le muscle grand fessier, et met l'aponévrose à découvert dans une ligne tangente à

la courbe de l'échancrure sciatique. Les bords de la plaie s'écartent aussitôt, et l'aponévrose est divisée sur une sonde cannelée, un peu au-dessous de l'artère, dont il est facile de sentir les mouvements en explorant le rebord osseux de l'échancrure sciatique. Le chirurgien, muni d'une sonde cannelée, médiocrement recourbée et garnie d'un fil à son extrémité, déchire avec précaution le tissu cellulaire qui entoure le paquet vasculaire, refoule la veine ou les veines, lorsqu'il en existe plusieurs, ainsi que le nerf, engage le bec de la sonde entre ces organes et l'artère, et soulève celle-ci sous le rebord osseux de l'échancrure. »

Appréciation. Tous ces procédés réussissent bien dans les exercices d'amphithéâtre, et celui de M. Diday présente les moyens de repère les plus faciles. Sur le vivant, il y aurait de l'avantage à couper transversalement les fibres du muscle fessier, et les préceptes de M. Bouisson seraient les plus sûrs. Il faut se rappeler que les hémorrhagies de la région fessière sont très-communes et très-graves, et qu'il faudrait lier tous les vaisseaux, divisés pendant l'opération, avec un grand soin.

Astère ischiatique. Voici comment s'exprime M. Bouisson au sujet de cette artère (*Gaz. méd. de Paris*, 1845) : « Nous n'avons recueilli aucun exemple de ligature de cette artère sur le vivant, bien que l'on ait constaté plusieurs fois des lésions qui auraient pu la nécessiter, telles que des hémorrhagies et des anévrysmes. On n'en a pas moins reconnu la possibilité de lier l'artère ischiatique, et l'on s'est en outre assuré que cette ligature présente moins de difficultés que la même opération pratiquée sur l'artère fessière. »

« Lizard recommande, pour reconnaître l'artère ischiatique, de faire une incision sur le trajet d'une ligne pareille à celle qui sert d'indicateur pour la ligature de la fessière. L'artère émerge du bassin, vis-à-vis le milieu de cette ligne, dont l'extrémité inférieure doit se rapprocher plutôt de la tubérosité sciatique que du grand trochanter. »

« Harrisson, pour lier le même vaisseau, conseille de pratiquer une incision de même étendue et dans la même direction que pour la fessière, mais à 0^m,05 plus bas. Le sujet doit être mis dans une position analogue, et l'on doit diviser de la même manière les téguments et le muscle grand fessier. »

« Chelius attribue à Zang le procédé suivant :

« On fait à travers la peau et le tissu cellulaire une incision de 0^m,08, qui commence immédiatement au-dessous de l'épine postéro-inférieure de l'os des îles; on la dirige le long des fibres du

« grand fessier jusqu'au côté externe de la tubérosité de l'ischion ;
« on arrive ainsi sur le bord externe du ligament sacro-ischiatique,
« près de l'endroit où il s'insère au sacrum, et l'on découvre l'ar-
« tère.

« Nous avons plusieurs fois lié l'artère ischiatique sur le cadavre,
« sans éprouver de difficulté, en pratiquant une incision transver-
« sale, comme pour l'artère fessière.

« L'artère ischiatique émerge au-dessous du muscle pyramidal,
« exactement sur le milieu d'une ligne conduite de l'épine iliaque
« postéro-supérieure à la tubérosité sciatique. Une incision trans-
« versale de 0^m,06 d'étendue doit passer par le point que nous
« venons d'indiquer, en intéressant la peau, le tissu cellulaire et
« le muscle grand fessier. On trouve l'artère en dedans du nerf
« sciatique, ayant la veine à son côté postérieur et interne. On dé-
« gage et l'on soulève le vaisseau à l'aide d'une sonde cannelée ai-
« guillée. La même incision peut être appliquée à la ligature de l'ar-
« tère honteuse interne, située à quelques millimètres en dedans de
« l'ischiatique. »

ILIAQUE EXTERNE. *Anatomie.* L'artère iliaque externe
c (fig. 206), née au même point que l'interne de la bifurcation de
l'iliaque primitive, se porte en bas et en dehors, en décrivant une
légère courbure à convexité postérieure externe, jusqu'au-dessous
du ligament de Fallope, où elle prend le nom d'artère crurale,
après avoir fourni l'épigastrique et la circonflexe iliaque. Dans ce
point ou dans l'espace compris entre la symphyse pubienne et l'é-
pine iliaque, l'artère se trouve, d'après les recherches d'A. Cooper,
à 0^m,007 plus en dehors chez l'homme que le milieu exact de
cet intervalle, et à 0^m,009 plus en dehors chez la femme. En avant
et en dedans elle est lâchement unie au péritoine; en dehors elle
répond au muscle psoas, dont elle est séparée par l'aponévrose
iliaque; en arrière et en dedans elle touche à la veine iliaque ex-
terne; une branche du nerf génito-crural en suit quelquefois la
face interne et antérieure. Supérieurement elle est obliquement
croisée par l'uretère, et en bas on rencontre, au devant d'elle, les
veines circonflexe-iliaque et épigastrique, le conduit déférent et le
cordon testiculaire.

On a vu l'iliaque externe naître directement de l'aorte ou être
double; ces anomalies sont extrêmement rares.

Historique. La ligature de l'iliaque externe fut pratiquée pour la
première fois par Abernethy en 1796. Le malade mourut. Une
seconde opération eut le même résultat. On obtint enfin un succès
en 1804. Depuis ce moment, la ligature de l'iliaque externe a

réussi fréquemment pour des anévrysmes et dans des cas de plaie
artérielle.

L'*American Journal* rapporte 118 cas de ligature de l'artère
iliaque externe, rassemblés par Norris, chirurgien de l'hôpital de
Pennsylvanie. Sur ce nombre total, on compte 85 guérisons, dont
3 malgré la gangrène des membres, et 33 morts. Sur 113 cas,
dans lesquels le sexe est noté, on trouve 107 hommes et 6 femmes.
Sur 79 cas avec désignation du côté affecté, la maladie était 44 fois
à droite et 35 fois à gauche. Relativement à l'âge, sur 99 malades,
quatre étaient au-dessous de 20 ans, vingt-trois de 20 à 30, trente-
deux de 30 à 40, vingt-cinq de 40 à 50, quatorze de 50 à 60, trois
de 60 à 70 ou au-dessus de 70 ans.

Les lésions étaient : anévrysmes, 97; plaies et hémorrhagies se-
condaires, 18; anévrysmes variqueux, 3. Quatre anévrysmes étaient
doubles et existaient dans le creux du jarret et à la partie anté-
rieure de la cuisse. L'opération guérit trois fois les deux tumeurs.
La ligature (sur 78 cas) tomba 44 fois avant le 20^e jour, 24 fois du
20^e au 30^e, 7 fois du 30^e au 40^e, 3 fois après le 40^e jour. Dans
9 cas, les battements reparurent dans le sac anévrysmal après la
ligature. Les accidents furent : 16 cas de gangrène (13 morts),
14 cas d'hémorrhagie, dont 3 par rupture du sac (9 morts), 10 cas
de suppuration du sac (guérisons). Les autres causes de mort
furent : 2 fois la prostration, 2 fois la péritonite, 2 fois le tétanos,
5 fois une affection de poitrine, l'inflammation, le *delirium tre-
mens*, la rupture d'un anévrysmes de l'aorte. Dans deux cas, le pé-
ritoine fut ouvert pendant l'opération, et les malades guérèrent ;
dans un autre cas, la blessure de la veine circonflexe causa beau-
coup d'embarras à l'opérateur.

Procédés opératoires. Abernethy incisa les téguments au-dessus
de l'arcade crurale dans une étendue de 0^m,09, et en suivant la di-
rection de l'artère, lors de sa première opération. Dans la seconde,
il porta l'incision un peu en dehors, afin d'éviter plus sûrement
l'épigastrique. La peau et l'aponévrose du grand oblique divisées,
ainsi que les fibres des muscles petit oblique et transverse, on re-
foule le péritoine de bas en haut et de dehors en dedans, et l'on
découvre facilement l'artère à quelques centimètres au-dessus de
l'arcade crurale.

Sir A. Cooper, qui pratiqua sept fois la ligature de l'iliaque ex-
terne, commençait son incision en avant et au-dessus de l'épine
iliaque antéro-supérieure, et la terminait un peu au-dessus du bord
interne de l'anneau inguinal (fig. 207). La peau et l'aponévrose du
grand oblique divisées a, on soulève les fibres inférieures des
muscles petit oblique et transverse c; on reconnaît le cordon testi-