

« 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 guérirent ;
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-