

VI.—Ligadura de la arteria femoral

La arteria femoral se extiende desde el arco crural hasta la terminación del conducto del tercer adductor, midiendo por consiguiente algo más de los dos tercios de la longitud del fémur. En el adulto este hueso mide de 42 á 43 centímetros y el límite inferior de la arteria corresponde á 13 ó 14 centímetros por encima del borde inferior del cóndilo interno. Sigue la dirección de una línea que, partiendo de la parte media del arco, desciende al centro del espacio poplíteo, rodeando al muslo oblicuamente y por la parte interna.

En toda su extensión, está la arteria encerrada en una vaina aponeurótica muy resistente; vaina que en su porción superior se ensancha para formar el conducto crural, y en la inferior se confunde con el conducto fibroso formado por el desdoblamiento de la aponeurosis de inserción del adductor mayor. Va siempre adosada á su vena satélite, situada por dentro y un poco por detrás, y algunas veces se une á ella cerca de su terminación una segunda vena situada por delante y afuera; en su tercio superior, la cruza en un corto trayecto un insignificante filete nervioso que no hace más que atravesar la vaina, pero más abajo se le reune el *nervio safeno interno* que penetra en dicha vaina un poco por debajo del triángulo inguinal y se coloca al lado anterior y externo de la arteria. Respecto de las capas que para llegar á ella es necesario dividir, desde su origen hasta por debajo del triángulo inguinal, está cubierta únicamente por la aponeurosis femoral, que forma la pared anterior de la vaina; á partir de este punto, pasa por encima de ella, y en una extensión casi igual á la anterior, el sartorio, que al principio sólo la cubre con su borde interno; y por último, en su tercio inferior, el mismo sartorio después de haberla cruzado oblicuamente en dirección hacia abajo y adentro, la cubre sobre todo con su borde externo.

Las ramas de esta arteria son sucesivamente, en su tercio superior: 1.º casi inmediatamente debajo del arco, la *tegumentaria abdominal*; 2.º un poco más abajo, las dos *pudendas externas*; 3.º muchas arteriolas sin nombre especial ó comprendidas entre las *arterias musculares*; 4.º muchas veces las *dos circunflejas*; 5.º por último, la *arteria femoral profunda*. En su tercio medio, da únicamente arteriolas llamadas *arterias musculares*; y en el inferior, la *anastomótica mayor*, arteria que nace unas veces inmediatamente antes que el tronco penetre en el conducto del adductor mayor, y otras, caso tan frecuente como el anterior, por debajo de ese conducto; es

decir, no ya de la femoral, sino de la poplíteo, y en este caso, se la describe con el nombre de *articular superior interna*.

La arteria femoral se puede ligar en cualquier punto de su trayecto; pero los procedimientos sólo varían según que se trate de aplicar la ligadura en el tercio inferior, en el medio ó en el superior.

1.º *Ligadura en el tercio inferior*.—Hemos visto que en este punto la arteria está principalmente cubierta por el borde externo del sartorio; por consiguiente, ligeramente doblado el muslo sobre la pelvis y la pierna sobre el muslo, y colocado el miembro de manera que descansa sobre su cara externa, se procura á simple vista ó con los dedos encontrar el borde externo de este músculo para hacer á lo largo y algunos milímetros por dentro de dicho borde una incisión que, empezando un poco por debajo de la parte media del muslo, descienda de 7 á 8 centímetros, sin que nunca llegue más abajo de unos cuatro dedos cerca de los cóndilos del fémur. Si la gordura impidiese absolutamente ver ó encontrar el sartorio, la incisión seguiría la línea que marca el trayecto de la arteria, sin perjuicio de buscar el músculo desde el momento que se hubiese descubierto la aponeurosis. Encontrado éste, se divide la aponeurosis á algunos milímetros por dentro de su borde externo, y haciendo que un ayudante lo retire hacia adentro por medio de una erina obtusa, se perciben desde luego, en el vivo; los latidos de la arteria, ó si no se distingue su vaina aponeurótica, en primer lugar, porque forma el fondo de un surco que separa el músculo vasto interno de los adductores, en segundo lugar, porque su color claro resalta entre las aponeurosis vecinas, y por último, porque muchas veces deja ver por transparencia el color azulado de la vena crural. Abierta con precaución esta vaina, nos encontramos con la arteria, que tiene por dentro la vena, por delante y afuera, el nervio safeno, y algunas veces una segunda vena entre la arteria y el nervio. Sólo falta abrir la vaina celulosa propia de la arteria y pasar la sonda de dentro á fuera, para evitar mejor la herida de la vena.

Si se trata de pasar la sonda acanalada sin haber abierto aún la vaina celulosa, la considerable resistencia que ésta ofrece al paso del instrumento, advierte al operador el descuido que ha tenido.

Con la misma incisión prolongada un poco más hacia abajo hasta por debajo del sartorio, llegaríamos al conducto fibroso del adductor mayor, y dividiendo cerca del hueso la inserción aponeurótica de este músculo, descubriríamos igualmente la arteria y la vena.

2.º *Ligadura en el tercio medio*.—Es el mismo procedimiento con

la sola diferencia de que la incisión debe hacerse también sobre el

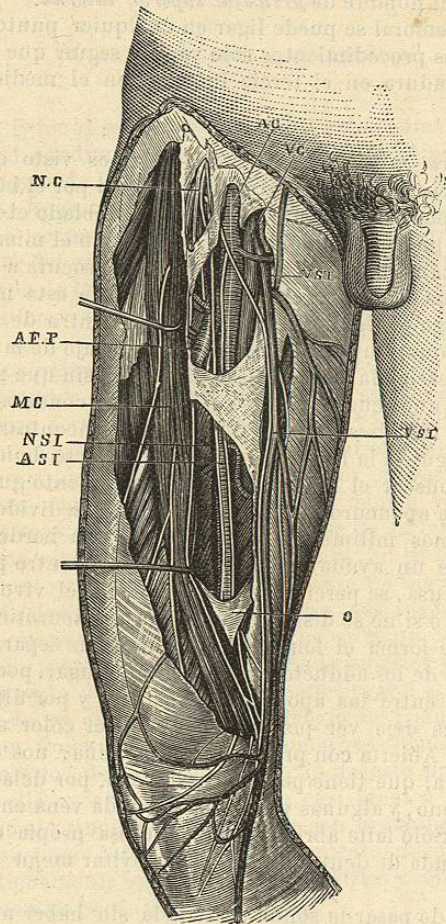


FIG. 187

ARTERIA CRURAL

AC. Arteria crural.—VC. Vena crural.—NC. Nervio crural.—VSI. Vena safena interna.—AFP. Arteria femoral profunda.—MC. Músculo sartorio, retirado hacia afuera por erinas.—NSI. Nervio safeno interno.—ASI. Accesorio del safeno interno.—O. Anillo del tercer adductor.

sartorio, pero á lo largo de su borde interno, y que descubierto el

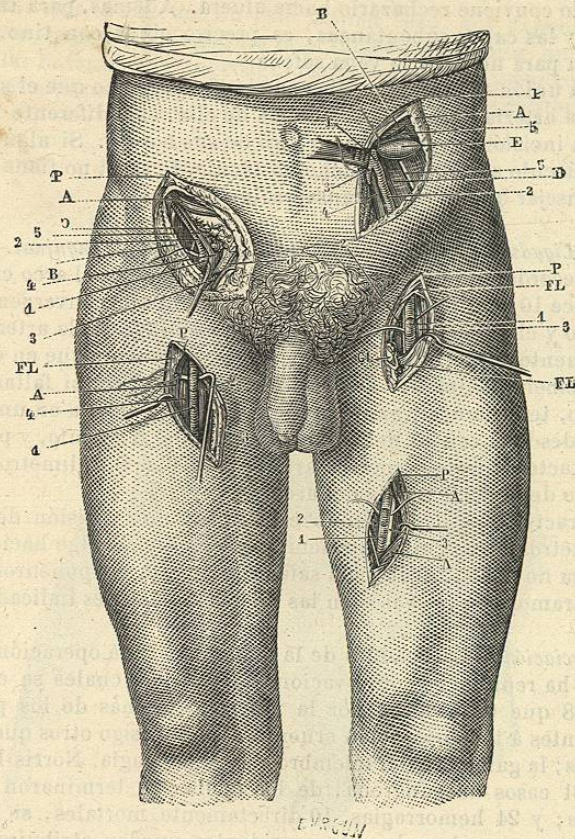


FIG. 188

LIGADURA DE LAS ARTERIAS ILÍACAS PRIMITIVA, INTERNA Y EXTERNA Y DE LA CRURAL

Ilaca primitiva.—P. Piel.—A. Aponeurosis.—B. Músculos del abdomen seccionados.—E. Peritoneo rechazada hacia arriba.—D. Músculo psoas-iliaco. 1.—Arteria iliaca primitiva pasado el hilo.—2. Arteria iliaca externa.—3. Arteria iliaca interna.—4. Vena iliaca.—5. Nervio fémorogenital.
Ilaca externa.—P. Piel.—A. Músculo oblicuo menor y transverso levantados.—C. Músculo psoas-iliaco.—B. Aponeurosis del oblicuo mayor seccionada.—1. Arteria iliaca externa levantada por una aguja de Deschamps.—2. Arteria circunfleja iliaca.—3. Arteria epigástrica.—4. Vena iliaca externa.—5. Vena circunfleja iliaca.
Arteria femoral en el triángulo de Scarpa.—P. Piel.—FL. Fascia lata.—GL. Ganglio linfático.—1. Art. crural.—2. Vena crural.
Arteria femoral parte media.—P. Piel.—FL. Fascia lata.—A. Músculo sartorio.—1. Art. crural.—2. Vena crural.—3. Nervio safeno interno.
Arteria femoral, tercio inferior.—P. Piel.—A. Músculo sartorio.—1. Art femoral.—2. Vena femoral.—3. Nervio safeno interno.

músculo conviene rechazarlo hacia afuera. Además, para incidir la piel y las capas subcutáneas, es preciso obrar con tino y precaución para no herir la vena safena.

En la unión del tercio medio con el inferior, como que el sartorio cruza la arteria pasando por encima de ella, es indiferente que se haga la incisión cerca de uno ú otro de sus bordes. Si alguna vez este músculo sirviera de mucho obstáculo, Desault no tiene reparo en aconsejar que se corte transversalmente.

3.º *Ligadura en el tercio superior ó en el triángulo inguinal.*— Conviene recordar que este triángulo tiene su base en el arco crural y el vértice 10 centímetros más abajo en el punto de convergencia del sartorio y el primer adductor. En todo ese trayecto, la arteria está únicamente cubierta por la aponeurosis; de manera que en el vivo, se perciben fácilmente sus latidos; no obstante, si faltase este recurso, tendríamos trazada la dirección de la arteria en una línea tirada desde el centro del arco al vértice del triángulo, y para ser más exactos, diremos que la arteria pasa 6 ú 8 milímetros hacia adentro de la parte media del arco.

Se practica, pues, siguiendo esta línea, una incisión de 6 á 8 centímetros, pero cuidando siempre de inclinarse algo hacia adentro para no encontrar la vena safena, y abierta la aponeurosis, nos encontramos con los vasos en las mismas relaciones indicadas.

Apreciación.—La ligadura de la femoral es una operación grave. Norris ha reunido 204 observaciones, entre las cuales se encuentran 58 que terminaron por la muerte. Además de los peligros inherentes á toda operación cruenta, lleva consigo otros que le son propios; la gangrena del miembro y la hemorragia. Norris ha contado 31 casos de gangrena, de los cuales 23 terminaron por la muerte; y 24 hemorragias, 10 directamente mortales, si bien es verdad que muchos de estos accidentes pueden atribuirse unas veces á la naturaleza de la afección primitiva, y otras al procedimiento operatorio que se ha seguido. Así es que en 5 casos de aneurisma varicoso, murieron 4 enfermos ya de gangrena, ya de hemorragia, ó de ambos accidentes reunidos, mientras que 6 ligaduras practicadas por heridas recientes ó aneurismas traumáticos de la arteria crural dieron resultado satisfactorio y completo. Ya he dicho más arriba (pág 286.) que la ligadura en el tercio superior para los aneurismas poplíteos, expone sobre todo á la gangrena, y que en el inferior, son más comunes las hemorragias.

Si bien se reflexiona, la ligadura en el tercio inferior es indudablemente preferible tratándose de aneurismas poplíteos; pero convendría estudiar y resolver si sería mejor ligar la arteria antes de que penetre en el conducto del adductor mayor, ó en el interior

mismo de este conducto. En este último caso, nos exponemos á dejar por encima de la ligadura la grande anastomótica, que podrá dificultar la formación del coágulo superior; en el primero se sacrifica esta importante colateral, aumentando así las probabilidades

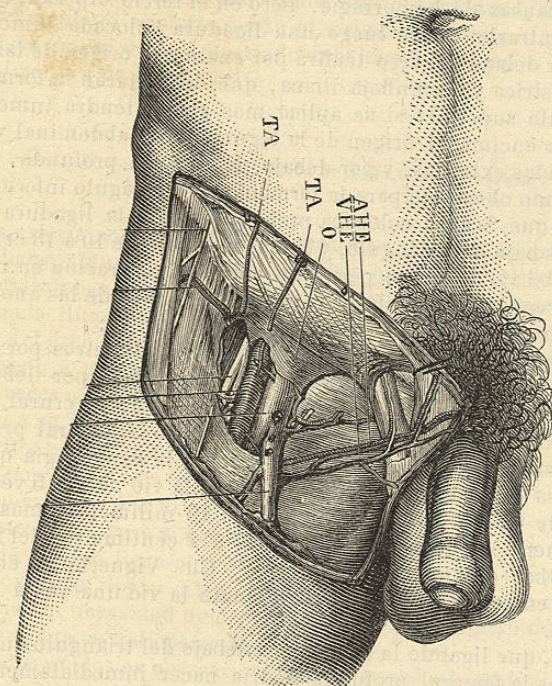


FIG. 189

ARTERIA FEMORAL EN EL PLIEGUE DE LA INGLE

AF. Arteria femoral.—VF. Vena femoral.—NC. Nervio crural.—CE. Circunfleja externa.—NC. Nervio femorocutáneo.—VSI. Vena safena interna.—TA. Arteria tegumentaria abdominal.—O. Aponeurosis formando la pared anterior del embudo femorovascular.—AHE. Arteria pudenda externa.—VHE. Vena pudenda externa.

de gangrena, accidente que también se ha presentado algunas veces después de haber empleado el procedimiento de J. Hunter. Por último, aun operando á esta altura, la proximidad de la anastomótica mayor, situada por debajo de la ligadura, puede perjudicar la formación del coágulo inferior, por lo cual algunos cirujanos

prefieren dirigirse hacia la porción media de la arteria. Por todos lados existe el peligro; sin embargo, el sitio de elección me parece ser el interior del conducto del tercer adductor.

La ligadura en el tercio medio se opera lejos de toda colateral de gran calibre, y por consiguiente, al abrigo de una de las más temibles causas de hemorragia. Pero en el tercio superior, sucede todo lo contrario, desde luego una ligadura colocada inmediatamente por debajo del arco tendrá por encima el origen de las arterias epigástrica y circunfleja iliaca, que dificultarán la formación del coágulo superior; si se aplica más abajo, tendrá inmediatamente por encima el origen de la tegumentaria abdominal y el de las pudendas externas, y por debajo, la femoral profunda, considerabilísimo obstáculo para la formación del coágulo inferior. Ya he dicho que Scarpa colocaba preferentemente la ligadura en la parte más baja del triángulo, y Hodgson señaló de 10 á 13 centímetros por debajo del arco; pero aun así, esta operación en ningún caso ofrecerá seguridad absoluta por la frecuencia de las anomalías en el origen de la femoral profunda.

Esta arteria nace generalmente de 2 á 5 centímetros por debajo del arco, pero algunas veces sale inmediatamente por debajo del mismo. En un sujeto á quien Bégin había ligado la crural inmediatamente por debajo del arco, se encontró la femoral profunda por encima en contacto con la ligadura, y la hemorragia que por esta causa se produjo fué mortal. Quain la vió nacer 15 veces por debajo de este arco á la distancia de 13 milímetros más abajo; Ch. Viguerie la encontró en 28 casos á 2 centímetros del mismo. Otras veces desciende mucho más; Ch. Viguerie la encontró 10 veces entre 6 y 8 centímetros, y Quain la vió una vez á 10 centímetros.

Así es, que ligando la arteria por debajo del triángulo inguinal, como que la femoral profunda podría nacer inmediatamente por encima, impedirá la formación del coágulo superior; y por otra parte, se sabe que Mortier y Dubreuil, colocando la ligadura en el punto indicado, perdieron un operado cada uno, por hemorragia del extremo inferior, porque la femoral profunda nacía de 5 á 6 milímetros por debajo de la ligadura.

Sin duda que anomalías de este género pudieran encontrarse en todas partes, y por consiguiente no sería esta razón suficiente para rechazar la ligadura en el vértice del triángulo en un caso en que estuviera formalmente indicada; pero más cerca del arco crural, aparte de la probabilidad de las anomalías, existe la disposición regular y el peligro se hace inminente. M. Viguerie ha llegado á proponer en absoluto que á esta ligadura se prefiera la de la iliaca externa, idea que me parece muy digna de ser atendida.

La cuestión de elegir entre los diversos procedimientos de liga-

dura de la femoral, es problema que el cirujano ha de resolver hoy día muy pocas veces, porque la ligadura no es ya el principal tratamiento de los aneurismas poplíteos y femorales, sino que la compresión indirecta mecánica y sobre todo la digital para toda clase de aneurismas y la flexión de la pierna para el poplíteo, son métodos que han proporcionado numerosas curaciones, y á los cuales debe el cirujano recurrir desde el primer momento, dejando para los casos que se hayan mostrado rebeldes á su acción la práctica de la ligadura de la femoral.

VII.—Ligadura de de la arteria iliaca externa

Esta arteria nace de la iliaca primitiva cerca de la articulación sacroiliaca, algunas veces más arriba y hasta al nivel de la quinta vértebra lumbar. Desciende oblicuamente en línea recta hasta la eminencia iliopectínea á 6 ú 8 milímetros por dentro de la parte media del arco crural, á lo largo del reborde formado por el psoas y teniendo á su lado interno y posterior la vena iliaca; entre las dos, á veces enteramente encima de la arteria, existe un pequeño nervio; á su lado externo otro igual. Rodea estos vasos y los separa del peritoneo un tejido celular laxo. Bogros ha dividido esta arteria en dos porciones, una superior, que concluye á 12 ó 15 milímetros del arco cubierta por el peritoneo, y que no da rama lateral alguna de importancia, pero si algunos ramúsculos capilares, y otra inferior, á la que no llega el peritoneo, que es la que da la epigástrica y la circunfleja iliaca. En esta última porción se puede descubrir la arteria sin necesidad de despegar el peritoneo, pero más arriba esta maniobra es indispensable.

De todos modos es necesario abrir la pared abdominal anterior hasta más allá de la *fascia transversalis*; punto en donde el cirujano se encuentra con importantes órganos, cuya lesión debe evitar: primero, el conducto inguinal, que contiene el cordón testicular en el hombre y el ligamento redondo en la mujer, el cual, naciendo en la parte externa, casi en el trayecto de la arteria, desciende hacia adentro paralelamente á la crural; después la arteria epigástrica, que costea el borde interno del anillo superior y sigue casi la misma dirección que la iliaca, dirección indicada por el trayecto de una línea oblicua que, partiendo del centro del arco crural, va á terminar en el ombligo. La tegumentaria abdominal, que se aloja debajo de la piel, sigue una dirección análoga.

Toda incisión vertical ú oblicuamente ascendente por la parte interna de la arteria iliaca puede herir estas arterias y el cordón; por esto siempre los operadores se han dirigido hacia ella por su

lado externo. Abernethy dividía al principio la pared abdominal en el trayecto de la arteria; pero después el temor de herir la epigástrica le condujo á inclinar la parte alta de su incisión hacia la espina iliaca. A. Cooper exageró esta inclinación de tal manera que su incisión empieza un poco por encima del anillo inguinal superior y continúa en forma de media luna cerca del borde del ligamento de Poupart, para subir luego hasta 4 centímetros del borde interno de la espina iliaca. Bogros propuso practicar una incisión paralela al arco crural, inmediatamente por encima de él y á igual distancia de la espina iliaca y de la sínfisis del pubis; abría el conducto inguinal en toda su extensión, y con el dedo dilataba el anillo superior con objeto de descubrir la arteria epigástrica, que debía servirle de guía para llegar á la iliaca.

Desde luego confieso que no veo motivada la incisión semilunar de A. Cooper, porque se aleja voluntariamente de la arteria y deja la ligadura en el fondo de una herida oblicua y profunda, la más á propósito para dificultar la libre salida del pus. El segundo procedimiento de Abernethy merece en parte las mismas objeciones; el de Bogros divide necesariamente la arteria tegumentaria, destruye el conducto inguinal y hace casi inevitable una hernia consecutiva, y, por último, operando según este procedimiento, apenas será posible aplicar la ligadura más que á la porción inferior de la arteria. El primer procedimiento de Abernethy es muy preferible, si se procura evitar la arteria epigástrica; pero como que ésta sube colocada al lado interno del anillo inguinal superior, por este lado se aleja de la iliaca externa: de manera, que si se incinde sobre el trayecto mismo de la arteria, no se corre peligro por ningún concepto. Para mayor precaución, Malgaigne practica la incisión algunos milímetros más hacia afuera; tal ha sido el procedimiento que dos veces ha puesto en práctica con el más satisfactorio resultado.

Procedimiento de Malgaigne.—Practica una incisión que, empezando por encima del arco, á mayor ó menor altura según convenga, y á algunos milímetros por fuera de la parte media del mismo, suba 6 ú 8 centímetros siguiendo una línea que termine á 3 centímetros por fuera del ombligo. Divididas la piel y las fascias, aparece la aponeurosis del oblicuo mayor, que se divide igualmente. Deslizándose entonces el dedo por debajo de los músculos oblicuo menor y transversos, se los rechaza hacia arriba, y si por el punto á que conviene colocar la ligadura este movimiento no es suficiente, será necesario dividirlos, levantándolos con dos dedos y dando á la incisión la dirección de la exterior. Con el dedo, se va entonces en busca de la arteria, y se procura aislarla de la vena, cogiéndola por su lado interno ó deslizando aquél entre los dos vasos por el externo. Algunas

veces es necesario coger de una vez todo el paquete y con la sonda acanalada ó el bisturí desprender la arteria de los tejidos fibrosos y de los ganglios que la envuelven. La ligadura se pasa por medio de la aguja de A. Cooper.

Con este procedimiento, operamos á igual distancia de la arteria epigástrica que de la tegumentaria y de la circunfleja, de manera, que ni el enfermo pierde sangre, ni el operador debe ligar otro vaso que el que motiva la operación. Además, si hemos de ligar la arteria en un punto bajo, la incisión puede ser poca extensa, y si luego inopinadamente fuese necesario ligarla más arriba, bastaría dilatar la incisión en este sentido. Por último, este procedimiento respeta el conducto inguinal; no predispone, pues, á hernias consecutivas, y tanto es así, que los dos operados vistos muchos años después no ofrecían señal alguna de hernia inminente.

Apreciación.—Norris reunió 118 observaciones de la ligadura de la iliaca externa, de las cuales resultaron 33 muertos; pero conviene eliminar tres casos de aneurisma varicoso terminados todos fatalmente por gangrena ó por hemorragia. Limitándonos á los aneurismas espontáneos, en 96 casos se cuentan 24 muertos, 5 por hemorragia y 9 por gangrena del miembro; sin contar uno que se salvó de la gangrena gracias á la amputación.

VIII.—Ligadura de la arteria epigástrica

La dirección general de esta arteria en su porción inferior, está representada por una línea que, partiendo de un dedo por dentro de la parte media del arco crural, se dirige hacia el ombligo. Más arriba, sigue el borde externo del músculo recto del abdomen. Nace del lado interno de la iliaca, cruza el cordón espermático y se encuentra profundamente situada entre el peritoneo y la *fascia transversalis*, ó mejor, en un desdoblamiento de esta fascia.

Para encontrar esta arteria, se practica paralelamente al arco crural y á un dedo por encima, una incisión de 5 á 6 centímetros, cuyo punto medio corresponda un poco por dentro del centro de este arco; incindida la piel y la aponeurosis del oblicuo mayor, conviene rechazar hacia arriba el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transversos y el cordón, con lo cual se descubre la *fascia transversalis*, cuya hoja superficial se ha de incindir con mucho cuidado ó desgarrar con la sonda acanalada, y por debajo de ella se encuentra la arteria.

Si se quisiese ligar esta arteria por encima del cordón, sería necesario incindir en la misma dirección que la aponeurosis del oblicuo mayor las fibras del menor y del transversos.

IX.—Ligadura de la arteria iliaca interna

Stevens fué el primero que, en 1812, ligó esta arteria por un enorme tumor aneurismático de la nalga, y lo hizo imitando el primer procedimiento de Abernethy.

Practicó á 13 milímetros por fuera de la arteria epigástrica y paralelamente á ésta, una incisión de 12 á 13 centímetros; después de haber dividido sucesivamente la piel y los músculos, destruyó las naturales adherencias del peritoneo con los músculos iliaco y psoas y lo rechazó hacia adentro hasta la bifurcación de la iliaca primitiva. En este momento, pudo tocar en el fondo de la herida la iliaca interna y hasta cogerla entre el índice y el pulgar, con lo cual se vió que cesaban los latidos del tumor; y como por otra parte la arteria pareció sana, después de bien aislada la ligó á 12 milímetros por debajo de su origen.

La ligadura de la iliaca interna la han practicado Stevens, White, Mott, Syme, Atkinson, Kimball, Oeverent, Gianflone, Colozzi, Torachi y Galozzi: se cuentan 6 muertos y 5 curados. (Véase *Ligadura de la glútea*, pág. 481).

X.—Ligadura de la arteria iliaca primitiva

La iliaca primitiva continúa por arriba el trayecto de la iliaca externa y generalmente nace de la aorta al nivel de la cuarta vértebra lumbar; si bien que algunas veces sube hasta la tercera y más á menudo aún desciende hasta la quinta. En último resultado, la bifurcación de la aorta se corresponde bastante con el ombligo; es generalmente superior al nivel de la cresta iliaca; pero también en algunos casos desciende más que ésta. La iliaca derecha pasa por delante de la vena cava inferior antes de unirse á su vena satélite; las dos ilíacas llevan su vena hacia adentro y atrás; el uréter las cruza por delante en ángulo agudo, relación que tiene mucha importancia, y, por último, corren aplicadas por fuera al músculo psoas y cubiertas por el peritoneo.

Podemos ir en busca de esta arteria por tres vías distintas: incindiendo directamente sobre su trayecto y atravesando el peritoneo; procedimiento de Garviso que, aunque haya dado buen resultado una vez, me guardaré mucho de aconsejarlo á nadie; ó practicando la incisión hacia el vacío y despegando el peritoneo de fuera á dentro, procedimientos de Crampton y de Salomón; por último,

incindiendo como para la iliaca externa é interna y desprendiendo el peritoneo de abajo arriba.

Procedimiento de Crampton.—Practicó una incisión curva de concavidad anterior que, empezando al nivel de la extremidad anterior de la última costilla falsa, terminaba por delante en la espina iliaca anterior superior; cortó luego las inserciones de los músculos de la cresta iliaca, hasta que pudo introducir por la incisión toda la mano para despegar el peritoneo é ir en busca de la arteria iliaca primitiva. De este modo pudo atraerla hacia el exterior para separarla de la vena y del uréter, el cual aparecía como un cordón blanco, cruzando la dirección del vaso. La operación no duró más que 22 minutos y apenas se perdieron algunas gotas de sangre.

Salomón hace notar que este procedimiento desprende en demasiada extensión el peritoneo, y hace muy difícil encontrar la arteria, motivos que le indujeron á modificarlo del modo siguiente:

Procedimiento de Salomón.—Practicó una incisión de 10 á 12 centímetros, que empezaba á 2½ centímetros por dentro de la espina iliaca, y subiendo paralelamente á la arteria epigástrica, llegara hasta un dedo de las costillas falsas; divididos los músculos, despegó con el dedo el peritoneo; pero la profundidad de la herida no le permitió ver la arteria y hubo de aislarla guiándose únicamente por el tacto.

Bien claramente se comprende que Salomón, aproximando su incisión al ombligo, contra lo que se propuso, debió despegar en más extensión el peritoneo, y por otra parte se alejaba de la arteria. Para proceder de este modo, la incisión de Crampton sería preferible.

Pero confieso que, si el estado de las partes me permitiera escoger libremente, no dudaría un momento en adoptar la incisión paralela al vaso, rechazando de abajo arriba el peritoneo. Es preciso, en efecto, no preocuparse por la altura de la arteria en su origen, porque no ofreciendo su ligadura seguridad alguna sino cerca de su bifurcación, por la misma incisión que permite coger y ligar la iliaca interna se llegará sin dificultad á la terminación de la iliaca primitiva. Otro poderoso motivo para obrar de este modo es el hecho de que, muchas veces después de haber ligado la iliaca primitiva se ha visto que hubiera sido suficiente la ligadura de la iliaca externa; por consiguiente, un procedimiento que ponga las dos á disposición del cirujano, tendrá siempre la ventaja de dejarle en libertad de acción hasta el último momento.

Stephen Smith ha podido reunir y estudiar 32 casos de ligadura