

dans la ligature, car on la sent aisément avec le doigt introduit dans la plaie.

Deux ordres d'incisions peuvent conduire sur le vaisseau : l'une parallèle à sa direction et l'autre perpendiculaire. La première conviendrait surtout dans les cas où l'on pourrait craindre d'avoir à remonter plus haut que l'iliaque externe, car elle donne plus de jour, mais elle expose davantage à la blessure du péritoine. L'incision perpendiculaire à la direction du vaisseau, c'est-à-dire parallèle à l'arcade crurale, est, avec raison, la plus employée. La coupe représentée sur la figure 225 porte précisément sur l'artère iliaque externe, et permet de se rendre compte des couches qu'il convient de traverser pour la mettre à découvert.

L'incision, pratiquée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, doit commencer au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et dépasser d'un centimètre environ la partie moyenne de l'arcade crurale. On divisera successivement les couches de la paroi abdominale en redoublant d'attention après la section des muscles petit oblique et transverse.

Au niveau de l'artère iliaque externe, la *fascia iliaca* accompagne le tendon du muscle psoas et n'adhère pas au *fascia transversalis* : cette dernière membrane s'attache en ce point à l'arcade crurale, mais ses insertions sont moins fortes qu'à la partie externe, en sorte qu'il est possible de les décoller avec le doigt. C'est pourquoi je donne le conseil, dans la ligature de l'iliaque externe, de ne pas diviser la fascia transversalis avec le bistouri, mais de porter les deux indicateurs dans la plaie, de les recourber en bas en pressant sur son angle interne, de façon à décoller la fascia transversalis, à le refouler en haut en même temps que le péritoine et le cordon spermatique, ce que l'on arrive à faire aisément.

Bogros conseillait de rechercher d'abord l'artère épigastrique, ce que me paraît inutile.

La *veine iliaque externe*, située en arrière de l'artère, lui est immédiatement accolée, d'où la nécessité de dénuder avec soin le vaisseau. La veine droite croise légèrement l'artère de bas en haut et de dedans en dehors ; la veine gauche reste située en dedans de l'artère et se dirige obliquement de bas en haut et de gauche à droite vers la veine cave inférieure.

Immédiatement au-devant des vaisseaux sanguins se trouve la chaîne des ganglions lymphatiques iliaques externes (fig. 227). Les vaisseaux efférents des ganglions inguino-cruraux, les vaisseaux lymphatiques épigastriques et circonflexes iliaques y aboutissent.

Ces ganglions ont été à nouveau bien étudiés par M. Marcille qui, suivant le siège qu'ils occupent par rapport aux vaisseaux, les a divisés en trois chaînes ; externe, moyenne et interne.

Les ganglions iliaques externes sont susceptibles d'éprouver les altérations organiques que j'ai déjà plusieurs fois signalées à l'occasion d'autres régions, et peuvent être envahis primitivement ou secondairement ; la compression de la veine iliaque et l'œdème consécutif du membre correspondant sont presque toujours la conséquence des lymphadénomes iliaques.

Je ne fais que mentionner ici l'artère spermatique chez l'homme et utéro-ovarienne chez la femme, dont j'aurai à m'occuper à propos du testicule et de l'ovaire. L'uretère croise obliquement le psoas, passe en arrière des vais-