

dal et sur le grand ligament sacro-sciatique. Le tronc de l'artère, long d'environ 2 centim., recouvre la racine interne du nerf sciatique. Pour lier ce vaisseau, on fait une incision commençant directement au-dessous de l'épine iliaque postéro-inférieure et se dirigeant parallèlement aux fibres du grand fessier, pour atteindre le côté externe de la tubérosité de l'ischion; puis on pénètre dans la profondeur, de façon à arriver sur le grand ligament sacro-sciatique à son point d'insertion sur le sacrum; l'artère ischiatique repose ici sur le ligament sacro-épineux.

La **ligature de l'artère hypogastrique ou iliaque interne** a été pratiquée 11 fois comme moyen de guérison des anévrismes des artères fessières. Dans un de ces cas, pendant l'opération, une hémorragie se produisit par le vaisseau que l'on venait de lier, et l'on dut faire aussitôt la ligature de l'iliaque commune. Sur les 10 autres opérés 5 ont guéri. STEVENS est le premier chirurgien qui ait tenté cette opération. Enfin plusieurs cas de ligature de l'hypogastrique pour cause d'hémorragie se sont terminés fatalement.

Au-devant de la symphyse sacro-iliaque, l'artère iliaque commune se divise en hypogastrique et iliaque externe. Cette dernière suit le côté interne du muscle psoas jusqu'à l'anneau crural. L'iliaque interne descend verticalement dans le bassin en suivant la limite latérale du sacrum; après un trajet de 4 centim. elle se dirige en avant en décrivant une courbe à convexité tournée en arrière. En dehors de l'artère se trouvent le nerf obturateur ainsi que, du côté droit, la veine hypogastrique, tandis que, du côté gauche, cette dernière est située plutôt en arrière de l'artère. Souvent l'uretère croise l'iliaque commune précisément à son point de bifurcation (voir plus haut). Du côté gauche l'artère est, en général, recouverte par la courbure sigmoïde du gros intestin. Le tronc de l'hypogastrique, qui a tout au plus 4 centim. de longueur, se divise ensuite en 7 branches (ilio-lombaire, sacrée latérale, ombilicale, obturatrice, fessière, ischiatique, honteuse interne). La ligature doit être naturellement pratiquée sur le tronc de l'artère avant l'origine de ses branches.

Quant à l'incision, tantôt elle est menée parallèlement à l'artère épigastrique, à 2 ou 2, 3 centim. en dehors de ce vaisseau (STEVENS), tantôt elle est pratiquée de la même manière que lorsqu'il s'agit de la ligature de l'iliaque commune. Nous conseillons le procédé décrit à propos de cette dernière ligature, et qui consiste à faire une incision au-dessus du ligament de Poupert et parallèlement à ce dernier (MOTT).

Ici encore le péritoine doit être décollé avec les doigts. Le moyen le plus pratique pour trouver le vaisseau consiste à aller d'abord à la recherche de l'iliaque externe, que l'on suit de bas en haut, jusqu'au point de bifurcation de l'iliaque commune. D'autres auteurs ont conseillé de suivre cette dernière depuis le promontoire jusqu'à son point de bifurcation. Dès que l'on est arrivé sur l'artère hypogastrique, il faut s'assurer si une compression exercée sur ce vaisseau met fin à l'hémorragie ou arrête les pulsations de l'anévrisme. On passe ensuite autour de l'artère l'aiguille mousse recourbée, en ayant soin d'éviter l'uretère et la veine hypogastrique; c'est là certainement le temps le plus difficile de l'opération. Il arriva même à UHDE de blesser l'artère au moment où il voulait l'isoler.

Nous revenons encore une fois sur le traitement des anévrismes des

artères fessière et ischiatique pour rappeler que les **anévrismes traumatiques** doivent être traités de la même manière que les hémorragies provenant directement de ces vaisseaux. Ce n'est que dans des cas très rares que l'on pourra pratiquer la ligature de l'artère selon la méthode d'ANEL; le plus souvent on aura recours à l'opération d'ANTYLLUS qui consiste à inciser le sac anévrismal. Les résultats de ces opérations sont toujours meilleurs que ceux que l'on obtient par la ligature dans la continuité de l'hypogastrique ou même de l'iliaque commune.

Dans le cours des dernières années on a publié de nouveau plusieurs opérations de ce genre couronnées de succès (LINDNER, TREPPER).

Il n'en est pas de même des **anévrismes spontanés**. Ces derniers, en effet, s'étendent souvent jusque dans le bassin, ou bien l'artère est malade et dilatée au point qu'il ne peut être question d'en faire la ligature. Par conséquent, il faudra dans ces cas avoir recours à la ligature dans la continuité, soit de l'hypogastrique, soit de l'iliaque commune. Il est hors doute que la ligature de ce dernier vaisseau est bien plus grave que celle de l'iliaque interne. Dans les trois cas où elle a été pratiquée pour des anévrismes de la fessière, le malade a succombé à la suite de l'opération. Mais ne tenons pas compte de ce résultat, et consultons la statistique des ligatures en général. Or nous trouvons pour la ligature de l'iliaque commune une mortalité de 77,5 : 100, tandis qu'elle est de 50 : 100 seulement pour la ligature de l'hypogastrique. D'ailleurs ce dernier vaisseau n'est guère plus difficile à isoler que l'iliaque commune, dont la ligature devrait être, par conséquent, réservée aux cas dans lesquels la poche anévrismale s'étend très haut dans le bassin.

Quant aux injections de perchlorure de fer dans la poche anévrismale, les faits observés jusqu'ici semblent plaider en leur faveur; étant donné le faible calibre de l'artère fessière, on n'a pas à redouter de danger sérieux, surtout si l'on exerce en même temps une compression sur la tumeur suivant le procédé mentionné plus haut; d'ailleurs, dans un certain nombre de cas, ces injections ont amené la guérison sûrement et sans donner lieu à aucun symptôme grave. Comme dans la moitié des cas connus, les résultats ont été favorables, et que, d'autre part, le procédé en question est d'une exécution facile, nous conseillons vivement de suivre l'exemple donné par un certain nombre de chirurgiens.

#### B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES.

§ 11. — Les os et les symphyses du bassin peuvent être tous le siège des divers processus inflammatoires. Cependant les **affections aiguës** sont ici notablement moins fréquentes que dans les autres parties



du squelette. Abstraction faite des métastases pyémiques localisées l'une ou l'autre fois dans les articulations pelviennes, c'est dans la région de l'os iliaque que l'on observe le plus souvent la **périostite** et l'**ostéomyélite aiguës**. Cette dernière a même assez fréquemment pour conséquence la disjonction des différentes épiphyses de cet os. L'ilion est quelquefois aussi le siège d'une périostite et ostéomyélite; cette partie de l'os coxal est alors tuméfiée, ce que l'on reconnaît à la palpation simultanée de ses faces interne et externe.

Il est rare que le pus formé dans ces affections inflammatoires, s'ouvre directement un passage à l'extérieur; le plus souvent le pus tend à descendre, et c'est à la cuisse qu'il arrive sous la peau (voir plus loin). Plus tard des parties d'os frappées de nécrose se détachent soit de la face interne, soit de la face externe de l'os iliaque; l'extraction en est très difficile, surtout s'ils appartiennent à la face interne de l'os et ont une étendue un peu considérable. Dans la crainte de blesser le péritoine, on s'efforcera d'arriver sur le foyer de nécrose par la dilatation des fistules au moyen de substances qui se gonflent par imbibition.

Les **affections chroniques** du bassin sont plus fréquentes que celles que nous venons de mentionner. On les observe de préférence au niveau de la synchondrose sacro-iliaque et des parties adjacentes des deux os qui servent à former cette articulation. Souvent il s'agit de foyers osseux assez volumineux; des séquestres tuberculeux de la partie de l'os iliaque voisine du sacrum, ainsi que de ce dernier os lui-même, sont la cause habituelle des affections sacro-iliaques qui s'accompagnent d'une forte suppuration. La **sacro-coxalgie** est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, et elle est assez souvent la conséquence d'une lésion traumatique, d'une chute en arrière, d'un coup ayant atteint la région de la synchondrose. Les symptômes de cette affection consistent en un gonflement œdémateux de la région postérieure du bassin à l'endroit correspondant à l'articulation sacro-iliaque, et en une douleur localisée dans ce même point. Les mouvements que l'on imprime à l'os coxal en saisissant entre les doigts la crête iliaque, sont aussi ordinairement douloureux (VOLKMANN). On observe également une gêne des mouvements dans la marche, et le malade ressent des irradiations douloureuses dans la cuisse ainsi qu'une douleur violente, au moment où il veut s'asseoir.

ERICHSEN fait remarquer que dans un nombre de cas relativement considérable, la moitié du bassin du côté malade est abaissée et déjetée en avant, de sorte que l'extrémité correspondante paraît plus longue que l'autre. Mais les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres; aussi le diagnostic différentiel avec la coxalgie est-il facile, même lorsque le malade ne peut marcher et ne s'assied que difficilement, surtout si les seuls symptômes observés consistent en une tuméfaction et une douleur localisée à la région de la symphyse sacro-iliaque. Dans le dia-

gnostic différentiel on devra prendre aussi en considération la névralgie simple de la hanche qu'il n'est pas rare d'observer, surtout chez les hystériques, puis la sciatique et la carie des vertèbres, pour le cas où il serait survenu de la suppuration. Enfin on devra songer également à la carie du sacrum qui affecte parfois d'une façon indépendante la partie moyenne de cet os.

Dans les cas de suppuration la situation des abcès et des fistules est très variable. Les abcès s'ouvrent soit du côté dorsal, dans le voisinage de l'articulation sacro-iliaque, soit dans les régions lombaire et fessière. Lorsqu'un abcès s'est formé dans l'intérieur du bassin, il peut se vider dans le rectum ou gagner la fosse ischio-rectale pour perforer la peau dans le voisinage de l'anus. Quelquefois aussi le pus se fraye un passage à travers la grande échancrure sciatique, et apparaît sous les muscles fessiers pour former un abcès dans la région de ces derniers. Dans un cas de sacro-coxalgie double j'ai vu le pus se faire jour à l'extérieur, non seulement dans la région lombaire, mais encore des deux côtés au-dessous du ligament de Poupert, en dehors du muscle couturier, après avoir franchi la fosse iliaque (voir plus loin).

Au début, le traitement doit consister dans le repos, les badigeonnages de teinture d'iode, l'application du froid, etc. Pour le traitement ultérieur il importe de savoir si l'affection de la symphyse sacro-iliaque, le plus souvent de nature tuberculeuse, est accessible à une intervention opératoire. On enlèvera alors les parties tuberculeuses avec la cuiller tranchante et la gouge, on saupoudrera la plaie d'iodoforme, et l'on appliquera un pansement antiseptique. Toutefois nous devons ajouter que ces processus morbides, en raison de leur siège dans les profondeurs du bassin, ne sont ordinairement pas accessibles à un semblable traitement. Lorsque c'est l'os iliaque qui est le siège de l'affection, le moyen le plus sûr de donner issue au pus consiste à pratiquer, à travers l'os lui-même, une ouverture par laquelle on puisse introduire un drain jusque dans le bassin.

La partie la plus épaisse de l'os *iliaque*, en arrière de la cavité cotyloïde, est parfois le siège d'une **ostéite chronique circonscrite**, probablement toujours de nature tuberculeuse. Cette forme d'ostéite donne lieu à des abcès sous-fessiers et sous-iliaques. On peut en tenter la guérison par le grattage du foyer osseux et par l'extirpation des parties cariées et nécrosées; mais dans le cours de l'affection, le pus se fraye volontiers un passage vers la cavité cotyloïde, et détermine alors une inflammation de l'articulation coxo-fémorale.

La symphyse et les parties voisines des os pubiens, de même que l'ischion et sa branche ascendante, sont parfois le siège d'une ostéite tuberculeuse. J'ai obtenu la guérison d'un cas de ce genre par le grattage de la symphyse avec la curette tranchante et l'ablation de quelques portions malades de la branche descendante du pubis.