

## CHAPITRE VII

### BASSIN

#### I. — PAROIS DU BASSIN

Les opérations qui s'appliquent aux parois du bassin et comportent une description régulière (autres que les ablations de tumeurs des parties molles), le périnée étant excepté, sont des *ligatures artérielles*, des opérations sur les *articulations* et sur les *os*.

**Ligatures artérielles.** — Ne pouvant reproduire *in extenso* les descriptions de ligatures du manuel opératoire de FARABEUR et n'ayant aucune modification à indiquer pour ces ligatures, nous ne les décrivons pas ici. Mais certains procédés n'y sont pas décrits que nous devons indiquer.

Les ligatures de l'artère **iliaque externe** et des **artères de la fesse** se font selon la description habituelle.

La ligature de l'**artère iliaque interne ou hypogastrique** peut être faite par le procédé *extra-péritonéal* ordinaire; mais il est aujourd'hui plus simple, sans être plus dangereux, d'opérer par un *procédé trans-péritonéal*.

**Procédé trans-péritonéal.** — L'incision pariétale peut être une incision latérale et oblique (CHALOT), mais celle-ci n'offre aucun avantage sur la laparotomie médiane sous-ombilicale ordinaire, plus simple, et qui permet de faire à volonté la ligature d'une seule ou de deux artères.

La technique de cette ligature par la laparotomie médiane a été établie par QUÉNU et DUVAL<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> QUÉNU et DUVAL. *Revue de Chirurgie*, novembre 1898, p. 979.

La bifurcation de l'iliaque primitive se fait au niveau du bord inférieur de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire, dans l'angle sacro-vertébral, à 3 centimètres et demi de la ligne médiane (fig. 703). Les variations sont du reste fréquentes.

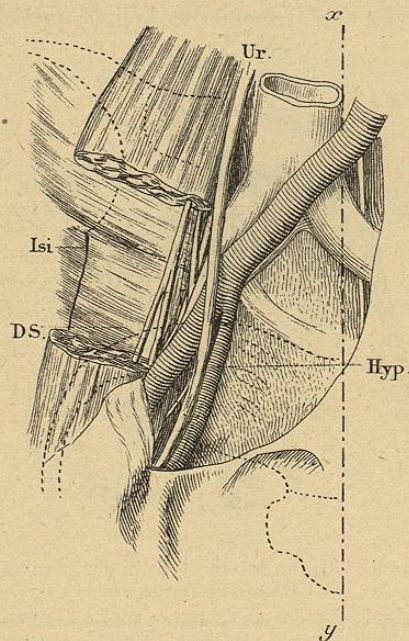


Fig. 703.

Rapports de la bifurcation de l'artère iliaque primitive (QUÉNU et DUVAL).

*x, y*, ligne médiane. — *Hyp.*, artère hypogastrique. — *DS.*, détroit supérieur. *Isi.*, interligne sacro-iliaque. — *Ur.*, uretère.

L'uretère passe en dehors de la bifurcation, sur l'artère iliaque externe, dans le fascia sous-péritonéal et se mobilisant avec la séreuse.

La position du malade sur un plan incliné<sup>1</sup>, comme pour les

<sup>1</sup> Voy. p. 2, t. II.

opérations sur les organes du bassin, est indispensable.

Le péritoine ouvert, les intestins refoulés vers le diaphragme, on reconnaît le promontoire. La technique varie selon qu'on lie l'artère droite ou l'artère gauche.

*Artère droite.* — A 3 cent. 3 de la ligne médiane, on voit

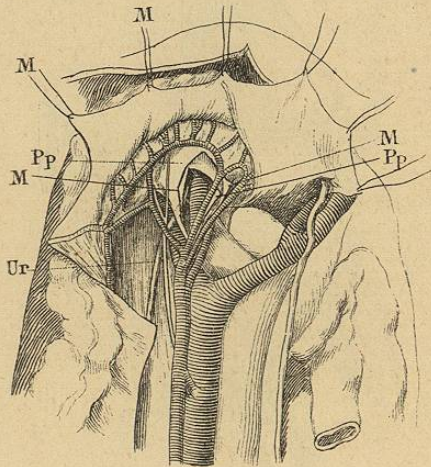


Fig. 706.

Ligature de l'iliaque interne (bassin sur plan incliné)  
(QUÉNU et DUVAL).

A gauche, méso-côlon pelvien court nécessitant la traversée de ce méso.  
Ur, uretère. — M, M, M, méso-côlon dont le feuillet superficiel est disséqué et relevé, dont le feuillet profond est incisé. — Pp, péritoine pelvien incisé, laissant voir l'hypogastrique.

la saillie pulsatile de l'artère iliaque primitive continuée par l'externe; et, passant dessus, l'uretère (fig. 706)

L'index suit les pulsations et arrive à la bifurcation. A ce niveau on incise le péritoine sur une longueur de 4 centimètres, le milieu de l'incision correspondant au promontoire (fig. 705) On décolle les lèvres péritonéales avec la sonde cannelée, la séreuse emmène avec elle l'uretère.

On voit alors la bifurcation artérielle, on dénude l'hypogas-

trique suivant la technique habituelle, et on charge de dehors en dedans, évitant la veine iliaque externe. Le fil est placé à 2 centimètres de l'origine de l'artère.

*Artère gauche.* — La technique est modifiée par la présence, au niveau de la bifurcation, du méso-côlon pelvien et de la fossette sigmoïde.

On examine le côlon pelvien et son méso. Si l'anse intestinale

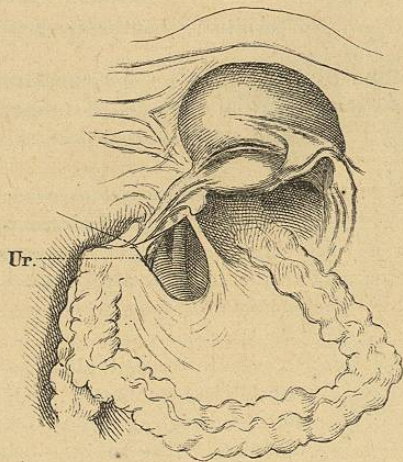


Fig. 707.

Ligature de l'iliaque interne (bassin sur plan incliné (QUÉNU et DUVAL). Méso-côlon assez long pour permettre le renversement de l'anse intestinale.

se relève facilement, on la renverse vers l'ombilic, et on pratique la ligature comme à droite (fig. 707).

Si l'anse est courte et fixe, on ne peut la relever, et il faut pratiquer la ligature en traversant le méso.

A 4 centimètres de la ligne médiane, on incise verticalement le méso-côlon pelvien, le milieu de l'incision siégeant à hauteur du promontoire. Il faut rester en bas à 3 centimètres au moins du bord de l'intestin pour éviter l'arcade artérielle.

On cherche à voir à travers le méso les artères sigmoïdes, et on passe entre la gauche et la moyenne (fig. 706).

Si l'épaisseur de la gaine empêche de voir, il faut inciser prudemment le feuillet superficiel, chercher avec la sonde cannelée l'artère sigmoïdienne moyenne pour l'écartier en dedans, puis traverser le feuillet profond.

On arrive ainsi sur le péritoine pelvien et on continue comme à droite.

Il est bon de suturer ensuite les boutonnières péritonéales.

**Articulations du bassin.** — La *désarticulation inter-ilio-abdominale*, séparant du reste du bassin l'os iliaque qui tombe avec le membre inférieur entier, sera décrite avec le membre inférieur.

Les opérations sur l'*articulation sacro-iliaque* ne peuvent être que des opérations atypiques; grattages, évidements, etc.

La section de la symphyse pubienne, la **symphyséotomie** est employée en obstétrique, et nous n'aurions pas à la décrire si elle n'avait été quelquefois utilisée chez l'homme pour aborder les parties inférieures de la *vessie*.

La symphyséotomie s'exécute du reste dans ces cas comme pour l'agrandissement obstétrical du bassin; voici les principaux temps de l'opération bien réglée par FARABEUF<sup>1</sup>:

L'incision cutanée, médiane, a au moins 8 centimètres de long, dépassant en haut de 4 centimètres le bord supérieur du pubis senti au doigt. On peut, pour éviter en bas le clitoris ou la verge, incliner l'extrémité de l'incision d'un côté, ou la terminer en fourche λ.

On incise à fond peau et graisse, jusqu'à la ligne blanche aponévrotique en haut, jusqu'à la symphyse en bas.

Ecartant les lèvres de la plaie, on soulève et incise en travers le ligament suspenseur du clitoris ou de la verge, et on sent et isole le bord inférieur de la symphyse, recourbé en arcade. (fig. 708).

<sup>1</sup> L.-H. FARABEUF. Manuel de médecine opératoire, 1895, p. 1032. GALLET-DUPLESSIS (Albarra). Thèse de Paris, janvier, 1893. TUFFIER, Traité de Chirurgie, DUPLAY-RECLUS, t. VII, p. 683.

Au-dessus de la symphyse, on incise alors prudemment la ligne blanche et relève le péritoine, comme dans la taille hypogastrique<sup>1</sup>. L'index, glissé derrière la symphyse, dégage sa face postérieure, en sépare la graisse et les veines prévésicales, jusqu'au bord inférieur du pubis. Un écarteur à branche courte remplace le doigt et protège vessie et veines.

La symphyse est coupée doucement, d'avant en arrière, avec un bistouri court, étroit et mince. La section doit être absolument complète pour permettre l'écartement des pubis. L'écartement est réglé par l'abduction des cuisses, on obtient assez facilement 4 centimètres environ, ce qui est suffisant.

L'opération vésicale terminée, on rapproche les pubis en même temps que les cuisses, et on pratique soit une suture osseuse à fil métallique, soit une suture fibropériostique.

Un solide bandage de corps bien serré est destiné à maintenir les os en contact pendant les trois semaines d'immobilisation nécessaires.

**Os du bassin.** — *Os iliaque.* — **Trépanation.** — La perforation de l'os iliaque destinée à ouvrir au dehors la cavité d'une collection intra-pelviennne, peut être faite en un

<sup>1</sup> Voy. p. 326. t. II.

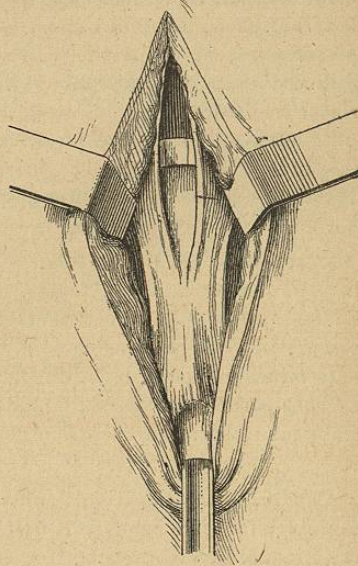


Fig. 708.

Symphyséotomie (d'après FARABEUF).

point quelconque de l'os, indiqué par le siège de l'abcès.

Si la collection est située dans la fosse iliaque interne ou dans la gaine du psoas, pour drainer en un point déclive (le malade étant couché), il est préférable de chercher un lieu d'élection à la trépanation. Ce point serait au niveau des épines iliaques postérieures, et en avant d'elles (VERNEUIL, WEISS<sup>1</sup>), ou au milieu d'une ligne droite allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque inféro-postérieure (CONDAMIN<sup>2</sup>). TERRILLON<sup>3</sup> perfore l'os iliaque au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, sur la partie la plus épaisse de l'os, à la base de l'ischion, au-dessus de l'épine sciatique.

**Résections. — Partielles.** — L'ablation d'une portion de la *crête* ou de la *lame iliaque*, d'un segment du *pubis* ou de l'*ischion* est faite pour ostéite et nécrose, ou pour néoplasme osseux. Le siège et la forme de l'incision des parties molles sont déterminés par ceux de la tumeur ou des fistules. La résection est sous-périostée si elle est complète, sauf pour un néoplasme; elle peut se borner à l'ablation de séquestres.

**Totale.** — L'extirpation totale d'un os iliaque a été rarement faite. « L'incision principale doit suivre le bord postérieur de l'os iliaque, sa crête, et arriver en avant jusqu'en dehors des vaisseaux fémoraux. C'est la voie qu'ont suivie tous les chirurgiens qui ont eu à enlever de larges portions de l'ilion, et qui est naturellement indiquée par les insertions musculaires. On détache d'abord de haut en bas, la masse des muscles fessiers jusqu'à l'articulation coxo-fémorale qu'on ouvre en haut de manière à dégager la tête du fémur (on a ordinairement sectionné cette tête). La synchondrose sacro-iliaque est, chez les adultes, très longue à diviser avec le bistouri (on peut sectionner avec un ciseau). Si l'ilion seul est malade, on peut par cette

<sup>1</sup> WEISS (DE NANCY). Thèse de Paris, 1880.

<sup>2</sup> CONDAMIN. Thèse de Lyon, 1888.

<sup>3</sup> TERRILLON. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris 1889, p. 699.

seule incision l'enlever complètement, en sectionnant la branche horizontale du pubis tout à fait en avant de la cavité cotyloïde, et l'ischion au-dessous de la même cavité. Mais si le pubis et l'ischion sont envahis, il faut les attaquer par une incision directe, au niveau de la symphyse et le long de la branche ischio-pubienne. Cette incision permet de sectionner les branches horizontale et descendante du pubis et de dégager les nerfs et vaisseaux obturateurs. » (OLLIER.)

En somme il faut enlever l'os iliaque en deux portions : une petite antérieure comprenant le pubis et ses branches, à l'aide d'une incision suivant la branche ischio-pubienne; une grande comprenant l'ilion et l'ischion, séparés du pubis au-dessus et au-dessous du trou obturateur, par section des branches horizontale du pubis et ischio-pubienne. On peut commencer par l'une ou l'autre des deux portions, de préférence par la petite.

D'après ROUX (DE LAUSANNE), après section des muscles abdominaux au niveau de la crête iliaque, la fosse iliaque interne se dégage facilement, sauf le long du pubis et autour du trou obturateur.

Les lambeaux sont rabattus et suturés, les plaies drainées. Il est utile d'appliquer sur le membre opéré un appareil simple à extension continue, pour s'opposer à la rétraction musculaire.

**Sacrum et coccyx.** — La résection d'une partie du sacrum et l'extirpation du coccyx, sont pratiquées comme opération préliminaire, permettant les opérations sur le rectum, nous en parlerons à ce propos<sup>1</sup>.

## II. — ANUS ET RECTUM

**Dilatation de l'anus.** — La région anale est préparée comme pour une intervention sanglante.

La dilatation, très douloureuse, peut être pratiquée avec le secours de l'anesthésie générale ou locale. L'anesthésie géné-

<sup>1</sup> Voy. Amputation du rectum p. 276 et 285, absence du rectum p. 296.