

ARTICLE III. — LÉSIONS CHIRURGICALES DES PAROIS
DE LA CEINTURE PELVIENNE.

Nous diviserons les lésions de la ceinture pelvienne en :

1° Lésions des parties molles ;

2° Lésions des os et des articulations.

Les parties molles du bassin se composent : A, des parties molles qui tapissent l'extérieur du pelvis (région fessière) et B, de celles qui en tapissent la face interne (région iliaque).

§ 1. — Lésions des parties molles de la ceinture pelvienne.

A. — Région fessière.

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Plaies. — Des coups de couteaux peuvent entamer les parties molles des fesses, les piquer ou les sectionner : un accident assez fréquent est la blessure de la région par des éclats de vases de nuit qui se brisent sous le poids du corps. Les plaies contuses par armes à feu, par éclats d'obus s'y rencontrent assez souvent, dans quelques cas la fesse est presque totalement enlevée. Toutes ces plaies ont une grande tendance à la suppuration, l'érysipèle y est fréquent ; les divisions multipliées des branches de l'artère fessière souvent atteintes donnent naissance à des hémorragies et à des anévrysmes consécutifs. Les branches nerveuses et le sciatique lui-même peuvent être blessés. Les corps étrangers peuvent séjourner au milieu de ces faisceaux musculaires épais traversés par des lames fibreuses et recouverts par un matelas graisseux souvent très développé. Quand les plaies de la fesse sont très étendues, comme à la suite d'éclats d'obus, les cicatrices rétractées peuvent gêner consécutivement les mouvements de la cuisse.

Les instruments vulnérants, les projectiles, etc., peuvent, sans entamer les os, pénétrer dans la cavité pelvienne, par l'échancrure sciatique ou par le périnée. Les hémorragies sont d'abord à redouter par rupture des divisions ou du tronc de la fessière, de l'ischiatique et même de la honteuse interne. Le péritoine et les viscères peuvent être atteints et les accidents que nous avons déjà décrits interviennent et entraînent souvent la mort.

Les contusions de la fesse sont des plus fréquentes, on tombe assis, les parties molles comprises entre le plan résistant sur lequel se fait la chute et les os sous-jacents sont plus ou moins contuses ; les ecchymoses sont étendues, les hématomes assez volumineux quelquefois pour comprimer la sciatique ; des ruptures artérielles avec les ané-

vrysmes consécutifs peuvent se produire comme dans toutes les régions du corps. Les ecchymoses profondes mettent beaucoup plus de temps à se résorber que lorsqu'elles sont superficielles ; les tumeurs hématiques persistent souvent pendant un fort long temps, elles peuvent supurer et occasionner des phlegmons étendus et très longs à guérir ; en raison des branches artérielles situées entre la face profonde de l'hématome et le plan osseux résistant, ces tumeurs sont souvent animées d'un battement artériel communiqué qui peut les faire confondre avec des anévrysmes.

Plaies des artères fessière et ischiatique. — Établissons d'abord que presque toujours le tronc de la fessière est déjà divisé en deux branches au niveau du bord de la grande échancrure sciatique ; le tronc de l'ischiatique se divise à très peu de distance en dehors du bassin, aussi les plaies artérielles de la fesse atteignent-elles toujours une ou plusieurs des branches multipliées de ces vaisseaux. La ligature du tronc étant impossible ou au moins extrêmement difficile en raison de sa situation si profonde, il faudra lier dans la plaie les deux bouts des branches blessées. Si la ligature n'est pas possible, on recourra à la compression et à la forcipressure en masse. Malheureusement la suppuration intervient presque fatalement et les hémorragies consécutives sont toujours à craindre, quels que soient les moyens employés pour l'hémostase.

Anévrysmes. — Presque toujours les anévrysmes de la région fessière sont d'origine traumatique et surviennent, soit après une blessure, soit après une violente contusion. On a signalé cependant quelques anévrysmes spontanés siégeant surtout au côté gauche (Farabeuf), le mécanisme de leur production et surtout celui de leur localisation reste encore fort obscur.

En grande majorité, les anévrysmes de la fesse sont diffus et succèdent à une rupture traumatique de l'artère, le sang infiltré dans les tissus n'est donc pas contenu dans une poche dont il est facile de préciser les limites. Quelquefois cependant, lorsqu'il s'agit d'anévrysmes spontanés, il existe une coque résistante qui peut même s'infiltrer de sels calcaires et qui circonscrit la tumeur, d'autres fois encore, très rarement il est vrai, la lésion simultanée des artères et des veines donne naissance à un anévrysme artérioso-veineux. La dilatation anévrysmale, quand elle siége tout près de l'échancrure sciatique, peut passer par-dessus le bord supérieur du pyramidal et plonger dans le petit bassin, de telle sorte qu'il existe un sac bilobé en dehors et au dedans de la ceinture pelvienne, sac dont les deux prolongements sont réunis par un pédicule rétréci.

Les anévrysmes peuvent user les os du bassin, comprimer les organes pelviens, se rompre dans le petit bassin ou au dehors et présenter alors tous les caractères et entraîner tous les accidents des anévrysmes diffus consécutifs.

La compression qu'ils exercent sur les nerfs des membres et sur le plexus sacré déterminent des fourmillements, des douleurs dans les extrémités inférieures.

Il n'est pas besoin de revenir ici sur les caractères généraux des anévrysmes, ce ne serait que répéter ce que nous avons dit plus haut (tome I, *Anévrysmes en général*).

Traitement. — Il est bien difficile, ainsi que l'anatomie nous l'enseigne, d'agir par ligature du tronc artériel en deçà de l'anévrysme : ou bien il est caché dans la cavité pelvienne quand il s'agit de la fessière, ou bien il est très court quand c'est l'ischiatique qui est blessée, ce n'est donc que directement sur la poche anévrysmatique et sur la branche vasculaire qui lui a donné naissance que le chirurgien pourra agir. Ces considérations démontrent donc que dans la plus grande partie des cas il faudra ouvrir le sac, et lier immédiatement au-dessus de lui. Quelquefois cependant la compression directe, très difficile à établir, les injections coagulantes, l'électrolyse ont pu fournir des succès. C'est au chirurgien qu'il appartiendra de modifier les moyens dont il se servira, tout en se souvenant que les hémorrhagies primitives, les ruptures d'anévrysmes, les suppurations consécutives peuvent dans les lésions de la région fessière entraîner rapidement la mort.

Enfin lorsque l'anévrysme siège profondément, lorsque sa poche bilobée plonge dans le petit bassin, lorsque la vie du malade est en danger immédiat on peut tenter la ligature de l'iliaque interne, elle a procuré quelques guérisons.

2° LÉSIONS NUTRITIVES.

Sans insister sur les furoncles souvent très nombreux et volumineux, toujours douloureux en raison de la résistance des lames fibreuses qui cloisonnent le tissu adipeux sous-cutané, disons qu'à la suite de blessures, de contusions violentes, après la suppuration des tumeurs sanguines, des phlegmons peuvent survenir dans la région fessière. Il s'en produit encore sans causes directement appréciables sur des individus épuisés par des fièvres infectieuses longues.

Ces phlegmons se développent soit dans le tissu connectif sous-cutané, soit dans celui qui est situé entre les couches musculaires ou au-dessous d'elles. Dans le premier cas la collection purulente est limitée, bridée par les lames fibreuses qui cloisonnent les couches adipeuses, le pus n'a aucune tendance à fuser, mais il comprime, étrangle et sphacèle la peau qui le recouvre. Les phlegmons inter ou sous-musculaires ne rencontrent aucun obstacle à leur propagation et le pus fuse à travers les fibres musculaires, à travers les ouvertures, les points faibles des aponévroses, gagne ainsi le pli fessier où il fait saillie sous la peau. Si à ce niveau les feuillettes aponévrotiques, les lames connectives condensées

ne sont pas assez résistants, s'ils cèdent sous la pression du pus ou se détruisent, le liquide peut gagner la cuisse en bas, tout le périnée et la fosse ischio-rectale.

L'épaisseur considérable des téguments de la fesse ne permet pas de distinguer aisément la fluctuation des phlegmons profonds de la région, aussi quand leur marche n'est pas franchement aiguë une erreur est-elle possible, et lorsque les vaisseaux artériels sous-jacents impriment des battements au phlegmon, on peut le confondre avec un anévrysme. Il faudra donc procéder toujours à un examen attentif et réitéré avant d'ouvrir le phlegmon à son point le plus déclive.

3° LÉSIONS FORMATIVES.

Lésions tuberculeuses. — L'infiltration bacillaire du tissu connectif de la région fessière détermine, comme partout, des fontes purulentes, des abcès froids, pour les caractères et le traitement desquels je renvoie au tome I, p. 395.

Les os du bassin peuvent être le siège de lésions tuberculeuses, qui produisent des abcès ossifluents dans la région fessière. Les vertèbres lombaires ou sacrées atteintes de tuberculose donnent naissance à des abcès par congestion qui gagnent la région par le bord supérieur de la grande échancrure sciatique, le long des vaisseaux fessiers, ou par son bord inférieur en fusant le long des vaisseaux ischiatiques et du nerf sciatique. Le pus peut comme celui des phlegmons se répandre au loin jusque dans la cuisse et jusqu'au creux poplité. (Voyez Ostéite tuberculeuse des vertèbres, tome II, page 86.)

Tumeurs. — Indépendamment des hypertrophies régulières et évolutives du tissu adipeux de la région fessière qui chez les Hottentotes constituent un genre de beauté spécial, on rencontre assez fréquemment dans cette région des *lipomes* superficiels, pédiculés ou sessiles capables d'atteindre de grandes dimensions et dont les parties centrales ou les trabécules rayonnés dans tous les sens s'infiltrèrent parfois de sels calcaires. On y rencontre en outre des *lipomes profonds* développés par hyperplasie des éléments adipeux encastrés dans les cloisonnements des fibres musculaires. Ces tumeurs sont quelquefois difficiles à reconnaître et à distinguer d'avec des périostites pelviennes, en raison de la fausse fluctuation qu'elles font percevoir. L'ablation de ces lipomes profonds est parfois délicate à cause des hémorrhagies dues aux nombreux vaisseaux de la région.

On a rencontré à la fesse des *sarcomes* très volumineux, des *carcinomes* mélaniques ou autres souvent animés de battements et parsemés de loges kystiques qui peuvent au premier abord en imposer pour des anévrysmes. Il faut opérer ces tumeurs, mais malheureusement la récurrence sur place ou la généralisation du cancer paraît être presque tou-

jours fatale. Enfin l'on connaît, dit-on, des cas où des *kystes hydatiques* s'étaient développés aux fesses. Les observations ne semblent pas concluantes, car, ainsi que le fait remarquer Farabeuf, on n'a pu démontrer l'existence de crochets dans la poche kystique.

B. — Région iliaque.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les lésions traumatiques de la région iliaque sont des épiphénomènes des plaies abdominales ou des fractures de la ceinture pelvienne qu'elles compliquent.

Tous ces traumatismes sont souvent compliqués par les corps étrangers, fragments de projectile, esquilles osseuses, etc., qui restent implantés dans le tissu connectif sous-péritonéal ou dans la gaine des muscles psoas-iliaques.

2^o LÉSIONS NUTRITIVES.

A. *Abcès et phlegmons iliaques.* — L'accumulation de matières dures dans le cæcum, les ulcérations de cette partie de l'intestin, ulcérations typhoïdes entre autres, peuvent entraîner l'irritation des parois intestinales, irritation qui dans les points où le cæcum est entouré par le péritoine déterminent une péritonite localisée et qui, dans les points où la séreuse fait défaut, produisent directement l'inflammation du tissu connectif lâche sous-jacent et un phlegmon iliaque, phlegmon que les matières stercorales issues du cæcum blessé ou ulcéré pourront encore aggraver par leur septicité propre.

Ajoutons encore des phlegmons de causes indéterminées, contusions, misère physiologique qui favorise les suppurations, et enfin les phlegmons iliaques de nature puerpérale.

Dans tous ces cas le tissu connectif sous-péritonéal s'enflamme, un phlegmon de la fosse iliaque se produit, il peut être diffus et déjà nous l'avons décrit ou bien il peut être localisé, circonscrit, et c'est le cas qui nous occupe en ce moment.

On donne le nom de pérityphlite au phlegmon de la fosse iliaque droite quand il dépend d'une lésion ou d'une perforation du cæcum ou de l'appendice iléo-cæcal.

Les produits inflammatoires ou septiques transportés par les lymphatiques aux ganglions inguinaux donneront naissance à un adéno-phlegmon qui à son tour déterminera un phlegmon iliaque, c'est ainsi que se produisent les phlegmons iliaques d'origine puerpérale.

Les phlébites des veines iliaques peuvent à leur tour être des causes déterminantes de phlegmons iliaques.

Sans parler des lésions osseuses éloignées et des abcès par congestion que l'on rencontre si fréquemment dans la région iliaque, signalons encore les lésions osseuses ou articulaires du voisinage qui, par l'irritation qu'elles déterminent, peuvent donner naissance à des phlegmons iliaques.

La poche purulente remonte plus ou moins haut dans la région, et peut arriver jusqu'au voisinage du rein, en bas elle ne dépasse pas l'arcade crurale, qui lui fait barrière. Dans cet espace, le pus est en contact avec tous les organes : nerfs, vaisseaux artériels et veineux, ganglions lymphatiques, uretère, qui cheminent au milieu du tissu connectif de la région, tous ces organes, les nerfs moins que les autres cependant, peuvent s'enflammer à leur tour ou être comprimés; les nerfs comprimés ou altérés donneront naissance à des douleurs irradiées, à des fourmillements, à des engourdissements qui suivront le trajet de leurs divisions; les ganglions et les lymphatiques enflammés seront les voies de transport des produits pyogènes ou septiques; les veines enflammées peuvent s'ulcérer, des caillots s'y formeront et seront entraînés au loin ou bien encore ils obtureront le calibre de ces vaisseaux et l'œdème des membres inférieurs s'ensuivra tout comme dans le cas où les veines sont simplement comprimées.

La douleur spontanée s'exagère par la pression, par la toux, par les contractions musculaires, elle est sourde, pongitive au début, localisée dans la fosse iliaque; plus tard, quand les nerfs sont comprimés ou que leur névritisme altéré, gonflé, comprime les tubes, la douleur s'exagère, devient lancinante et s'irradie vers les cuisses, le périnée, en suivant le trajet des branches du plexus lombaire. Le malade prend alors une position qui relâche ses muscles et le fait moins souffrir, il fléchit la cuisse sur le bassin et incline le tronc en avant.

La compression de l'uretère peut entraîner l'hydronéphrose et l'urémie.

La région iliaque est tendue, empâtée, mate à la percussion, une tumeur de plus en plus saillante dans laquelle le malade accuse des battements transmis par les artères apparaît à l'arcade crurale et permet bientôt d'y constater la fluctuation.

La réaction générale est intense, la fièvre très vive comme dans toutes les affections abdominales, il survient des troubles digestifs et des vomissements.

Dans la plupart des cas les phlegmons iliaques mettent un certain temps, trois à quatre semaines, pour suppurer, ils peuvent même ne pas arriver à la fonte purulente et se résoudre incomplètement, mais toujours il persiste une masse dure, sensible à la pression, qu'un choc ou toute autre cause peut ramener à la période aiguë et à la suppuration. Quand cette rechute ne survient pas, les adhérences péritonéales et les compressions des filets nerveux qui traversent la masse