

Après avoir enlevé le grand fessier, on rencontre une portion du moyen fessier, et sur le même plan, mais au-dessous de lui, le muscle pyramidal. Ces deux derniers muscles semblent n'en former qu'un seul et sont séparés seulement par un interstice cellulaire que traversent les vaisseaux et nerfs fessiers, ce qui sert à les distinguer l'un de l'autre. Au-dessous du pyramidal, et toujours sur le même plan, sont les deux jumeaux, séparés l'un de l'autre par le tendon du muscle obturateur interne sur lequel ils s'insèrent. On trouve enfin le carré crural, qui semble n'être que la partie la plus élevée du muscle troisième ou grand adducteur. Tous ces muscles se fixent d'une part au bassin, et de l'autre au grand trochanter, et forment le *groupe pelvi-trochantérien* (Voy. fig. 282).

Lorsque la tête du fémur se luxé en arrière, elle repose tantôt sur l'ilium (luxation iliaque), tantôt sur l'ischion (luxation ischiatique), et comme, en définitive, elle sort toujours sensiblement par le même point du pourtour de la cavité cotyloïde, on a recherché la cause qui déterminait la production de l'une ou de l'autre espèce de luxation. Malgaigne crut la trouver dans les muscles que je viens d'énumérer. Suivant cet auteur, dans la luxation ischiatique la tête s'échappe toujours au-dessous de l'obturateur interne et des jumeaux, qui sont en quelque sorte ses satellites; tantôt, elle déchire seulement le carré qui est au-dessous, tantôt seulement les jumeaux, tantôt les jumeaux et le carré à la fois, l'obturateur interne restant comme une barrière pour empêcher la tête de remonter. Dans la luxation iliaque, au contraire, la tête s'échappe au-dessus du muscle obturateur interne et ne peut descendre à cause de la sangle formée par ce muscle. Je crois avoir démontré, en 1868, que cette théorie est inexacte. Il est bien vrai que, dans la luxation iliaque, la tête du fémur passe au-dessus du muscle obturateur interne et qu'elle passe au-dessous dans la luxation ischiatique, mais ce n'est nullement ce muscle qui limite le degré d'ascension de la tête; si, après avoir produit sur le cadavre une luxation coxo-fémorale en arrière, on divise l'obturateur interne, ainsi, du reste, que chacun des autres muscles pelvi-trochantériens, la tête ne change pas de place; on ne peut jamais transformer la luxation ischiatique en iliaque, et réciproquement. C'est que la situation de la tête du fémur est déterminée non par les muscles, mais par la portion de capsule qui est restée intacte après le traumatisme. Je reviendrai, plus loin, sur ce sujet en étudiant l'articulation coxo-fémorale.

Je n'ai qu'à signaler le petit fessier.

Les deux échancrures qui existent sur le squelette entre le sacrum et l'os iliaque sont converties, par les deux ligaments sacro-sciatiques, en deux trous d'inégale grandeur que l'on nomme inexactement *grande et petite échancrures sciatiques*.

A travers ces échancrures sortent les vaisseaux et nerfs qui se distribuent à la fesse et à la face postérieure de la cuisse. Par la grande échancrure sciatique s'engagent : le muscle pyramidal qui la remplit en grande partie, l'artère fessière, les nerfs fessiers, l'artère ischiatique, l'artère honteuse interne, le nerf sciatique, du tissu cellulaire. La petite échancrure donne passage : au tendon du muscle obturateur interne, à l'artère et au nerf honteux internes.

Lorsqu'un abcès, primitivement développé dans le bassin, vient faire saillie à la fesse, il sort à travers l'une ou l'autre de ces échancrures. C'est, en général, au niveau du bord inférieur du grand fessier qu'il convient de lui donner issue.