

Elle correspond environ à la partie moyenne de l'espace compris entre le bord postérieur du grand trochanter et la tubérosité de l'ischion. Sappey en a pratiqué la ligature sur le vivant pour un anévrysme. J'ai fait moi-même, avec succès, une opération analogue, en 1878, à l'hôpital Beaujon (1).

L'*artère honteuse interne* sort du bassin par la grande échancrure sciatique au même point que la précédente. Elle contourne aussitôt l'épine sciatique et rentre dans le bassin, de telle sorte qu'elle se montre à peine dans la région fessière. Nous avons vu, plus haut, en étudiant le périnée, la place qu'elle occupe.

*Grand nerf sciatique.* — Continuation du plexus sacré, le grand nerf sciatique, situé en dehors de l'artère ischiatique, suit le même trajet que cette artère. A sa sortie du bassin, il est aplati et repose sur l'épine sciatique, où il peut être comprimé. Lorsqu'on veut l'explorer, ou bien s'il était nécessaire de le découvrir, on le trouve à peu près à mi-chemin entre le bord postérieur du grand trochanter et l'ischion, un peu plus rapproché cependant de cette dernière saillie. C'est à son émergence du bassin que siège l'un des points douloureux de la névralgie sciatique. A la suite des contusions de la fesse, il n'est pas rare d'observer un épanchement sanguin sous le muscle grand fessier ; il en résulte une compression de ce nerf et de vives douleurs qui ne disparaissent que lentement.

En même temps que les organes précédents, le nerf *fessier inférieur* ou *petit sciatique*, branche collatérale du plexus sacré, s'engage par la partie inférieure de l'échancrure sciatique au-dessous du muscle pyramidal (NPS, fig. 282).

Les *vaisseaux lymphatiques* se divisent en superficiels et profonds : les premiers se rendent aux ganglions inguinaux, les seconds suivent le trajet des artères et aboutissent aux ganglions hypogastriques. On rencontre, parfois, quelques ganglions en avant du grand fessier.

(1) Un jeune homme, âgé de vingt ans, tomba du quatrième étage et fut amené à Beaujon, le 8 août 1878. — Je ne constatai que l'existence d'une fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne, avec une plaie correspondant à la fracture, mais sans communication avec le foyer. Un appareil fut appliqué et, pendant quinze jours, le malade n'éprouva que peu de souffrances. A partir de ce moment, il accusa une douleur vive vers la fesse gauche. La douleur augmenta rapidement et prit une intensité extrême au point d'enlever tout repos au malade. En même temps, apparut du gonflement dans la région trochantérienne. La tuméfaction s'accrut peu à peu, et je constatai bientôt une vaste tumeur occupant toute la fesse gauche, donnant la sensation d'une fluctuation profonde. La peau présentait une teinte rouge très prononcée. Aucun symptôme ne pouvait faire penser à un anévrysme diffus, et je n'y songeai même pas. Croyant avoir affaire à un vaste abcès sous-fessier, occasionné par la plaie de la cuisse, j'endormis le malade, le 22 septembre, et pratiquai couche par couche une incision verticale derrière et au-dessus du grand trochanter. Je m'aperçus seulement alors de mon erreur en tombant dans une poche remplie de caillots mous et noirâtres. Du milieu de l'incision verticale, j'en fis aussitôt partir une seconde que je dirigeai horizontalement jusqu'au sacrum en intéressant l'épaisseur et la largeur totales du muscle grand fessier. Cette vaste région était décollée et remplie de caillots. J'enlevai ceux-ci rapidement avec la main et parvins sur l'échancrure sciatique après avoir déblayé la poche. Un jet de sang rutilant s'échappa de l'ischiatique au niveau du bord inférieur de l'échancrure, au-dessus du muscle pyramidal. Je saisis l'artère avec une pince, mais elle était si profonde que par trois fois j'échouai dans la tentative d'y mettre un fil. Elle était, d'autre part, trop peu isolée pour que j'osasse risquer la torsion : je me décidai donc à la forcipressure et laissai à demeure une pince hémostatique. Il existait une fracture de l'épine sciatique et l'artère avait été déchirée par une esquille dont je sentis la pointe avec le doigt. Je remplis la poche de bourdonnets de charpie imbibée d'une forte solution phéniquée, et réunis l'incision horizontale par des points de suture, après avoir mis un gros drain sortant par ses deux extrémités. La pince fut retirée après quarante-huit heures. La guérison s'est effectuée lentement, mais complètement.