

ralysés, on ouvre l'abdomen, on trouve la vessie remplie d'urine et continuant à garder le liquide ; *b*) si l'on cesse la respiration artificielle, la vessie se contracte longitudinalement et transversalement sans qu'il s'écoule de l'urine ; *c*) la faradisation fait contracter les muscles propres de la vessie, mais sans qu'il se produise un écoulement d'urine ; *d*) si ensuite on disjoint la symphyse et si on incise la portion membraneuse de l'urèthre, l'occlusion de la vessie cesse rapidement ; *e*) enfin si après la section transversale en avant de la prostate du sphincter interne on injecte dans la vessie à l'aide d'un tube en verre placé dans l'uretère gauche, sous une pression de 70 centimètres, une solution physiologique de chlorure de sodium, le liquide s'écoule par la plaie faite à la prostate, mais l'écoulement s'arrête quand on applique sur le sphincter les électrodes d'une pile, pour recommencer aussitôt qu'on cesse la faradisation.

Au point de vue *topographique* seul, l'urèthre peut être divisé en une portion pelvienne et une portion pénienne. La portion pelvienne cesse là où le canal abandonne le transverse profond après l'avoir perforé ; à ce niveau l'urèthre rencontre le corps spongieux, dont le bulbe dépasse et cache par sa voussure postérieure une partie de la portion membraneuse. La partie antérieure de la portion membraneuse se trouverait donc en dehors du bassin. Mais si l'on prend pour limite du bassin le feuillet superficiel de l'aponévrose du périnée, en se rappelant que ce feuillet embrasse déjà la portion bulbeuse, on pourrait prendre pour limite de la portion pelvienne de l'urèthre le point où le feuillet superficiel prolongé en avant et en haut rencontrerait l'urèthre ; dans ces conditions toute la portion membraneuse appartiendrait à la partie pelvienne de l'urèthre.

L'avantage de cette conception consiste en ce qu'elle admet que l'urèthre entoure la partie inférieure de la symphyse à la façon d'un arc à concavité tournée en haut. Comme le dit Langer, le point déclive de la courbe ne se trouve pas exactement au point où l'urèthre abandonne le transverse profond, mais un peu plus en avant, vers la région du bulbe. Ce point ne se trouve donc pas sur la limite de la partie pelvienne et de la partie pénienne de l'urèthre. Mais si nous prenons le feuillet superficiel pour limite du bassin, celle-ci se trouve rapportée plus en avant, et le point culminant de la courbe que décrit l'urèthre, correspond à la limite entre la portion pelvienne et la portion pénienne de l'urèthre. La portion pelvienne forme alors la branche descendante, la portion extra-pelvienne la branche ascendante de la courbe.

La portion pelvienne, dont nous nous occuperons en premier lieu, est sujette à certaines variations de forme et de position. Abstrac-

tion faite de ce que la partie prostatique n'est pas toujours, comme on le soutient, une ligne courbe, mais quelquefois une ligne brisée, et présente quelquefois un vrai *genou prostatique* (*genu prostaticum*), (Langer), il faut encore tenir compte des conditions qui peuvent modifier la position de l'orifice urétral, conditions que nous avons déjà étudiées.

Par conséquent, à l'état de vacuité complète du rectum avec abaissement de la prostate, la courbure peut se redresser considérablement, et il peut même arriver que la portion membraneuse forme avec la portion prostatique un angle ouvert en bas. On peut se demander si les courbures de l'urèthre ne se laissent pas redresser au point de permettre l'introduction d'une sonde droite. En effet, l'introduction d'une sonde droite est possible, et même sans trop de difficultés. La portion extra-pelvienne doit alors être abaissée de façon à ce que la courbe se redresse dans son point culminant ; ensuite la portion pelvienne doit se redresser sous l'influence de l'instrument qui avance, en sorte que l'orifice de la vessie est repoussé en arrière.

La partie antérieure de la portion prostatique se trouve tout près du rectum et est située au fond de la cavité de Retzius. A ce niveau, le rectum présente sa courbure périnéale. Par conséquent, plus loin la direction de l'urèthre et celle de la portion anale du rectum doivent former un angle ouvert vers le périnée. Dans l'espace triangulaire circonscrit par cet angle s'enchevêtrent les fibres du sphincter anal, du bulbo-caverneux et du transverse superficiel du périnée ; plus haut on trouve les fibres postérieures du transverse profond et les fibres antérieures du releveur de l'anus.

Cet endroit forme la région importante que le couteau traverse dans les diverses méthodes de taille périnéale et par laquelle on peut arriver sur les portions membraneuse et même prostatique de l'urèthre. A mesure que le couteau avance, cet espace se rétrécit de plus en plus, et quand on arrive à l'endroit où l'urèthre est presque adossé au rectum on peut, en ouvrant le premier, inciser en même temps le second. Dans ces opérations, on n'a pas à s'occuper beaucoup des vaisseaux de cette région. Sous l'aponévrose superficielle, dépourvue de tissu adipeux, on trouve l'artère, la veine et le nerf superficiels du périnée qui, sous le nom de *scrotaux postérieurs*, viennent se perdre dans le scrotum ; une branche transversale, qui passe devant l'anus, possède un nom propre : c'est l'artère transverse du périnée. Les branches terminales de l'artère honteuse interne, à savoir l'artère bulbeuse qui se dirige transversalement ; plus en avant l'artère bulbo-urétrale, plus en avant encore la bifurcation de l'artère profonde du pénis et de l'artère dorsale du pénis, se trouvent