

dans l'angle formé par le bulbo-caverneux et l'ischio-caverneux. Au point de vue pathologique, les veines, qui forment un plexus en arrière et au-dessous de la symphyse, sont plus importantes que toutes les artères du périnée. Ces veines jouent un rôle important, non seulement dans la question fort obscure des hémorroïdes vésicales, mais aussi dans certaines opérations de la taille. Un plexus, le labyrinthe de Santorini, se compose d'un réseau veineux à mailles étroites, mais à vaisseaux larges; il reçoit les veines de la partie pelvienne de l'urèthre, celles de la prostate et une partie des veines vésicales. Ce plexus est le point de départ de deux autres. L'un, le plexus vésico-honteux, se trouve à côté du fond de la vessie et de la prostate, reçoit le reste des veines de la vessie, communique avec le plexus hémorrhoidal et par l'intermédiaire de quelques branches se continue avec la veine hypogastrique. L'autre descend à côté des deux racines des corps caverneux du pénis, reçoit des branches venant du pénis et du bulbe et s'ouvre dans la veine hypogastrique en passant avec l'artère honteuse interne, d'abord par la petite, ensuite par la grande échancrure sciatique.

Urèthre de la femme. — L'urèthre de la femme correspond seulement à la partie de l'urèthre de l'homme qui n'a aucune connexion avec l'appareil génital, c'est-à-dire à la partie qui s'étend de l'orifice de la vessie jusqu'au verumontanum. Par sa structure il correspond à la portion membraneuse de l'urèthre de l'homme, en ce sens qu'il ne possède pas de corps spongieux ni de glandes accolées; sa tunique musculaire se compose de fibres internes circulaires et de fibres externes longitudinales, toutes les deux lisses. L'urèthre peut fort bien être senti par le vagin, sous forme d'un bourrelet; le tissu intermédiaire entre l'urèthre et le vagin est plus puissant que celui qui se trouve entre le rectum et le vagin. Aussi les pertes de substance de la paroi inférieure de l'urèthre possèdent-elles des bords si épais que leur avivement dans le but d'une suture peut présenter des difficultés assez grandes.

Citons encore quelques faits relatifs à la région postérieure du bassin. Pour ce qui est de la région fessière, seule la topographie des vaisseaux venant du bassin, intéresse le chirurgien. Pour déterminer le point d'émergence de l'artère fessière supérieure, on recherche en arrière la tubérosité iliaque, située entre la crête iliaque et la facette auriculaire; on met la cuisse en rotation en dehors et l'on réunit par une ligne la tubérosité iliaque, au sommet du trochanter. Cette ligne correspond par son milieu, ou plutôt un peu plus haut, au sommet de la grande échancrure sciatique, par laquelle sort l'artère fessière

supérieure. Une autre ligne tirée de la tubérosité iliaque vers la tubérosité de l'ischion rencontre, un peu au-dessous de son milieu, l'épine sciatique et par conséquent le point par où sortent le nerf sciatique avec l'artère fessière inférieure: cette ligne indique également le trajet de l'artère honteuse commune (Langer). Sur le cadavre, on peut donc très aisément plonger le couteau dans le grand trou sciatique; sur le vivant, on peut déterminer le point d'émergence de ces artères avant de faire la ligature, déterminer également dans la sciatique le point d'émergence de ce nerf et préciser la distance entre la tête du fémur et l'épine sciatique, dans les luxations de la cuisse. Quant aux couches profondes de cette région, il faut seulement savoir que le tissu conjonctif qui se trouve sous le grand fessier et dans lequel cheminent les vaisseaux et les nerfs, se continue d'une part avec le tissu rétro-péritonéal du bassin, de l'autre, tout le long du nerf sciatique, avec le tissu cellulaire riche en graisse de la région fessière inférieure et de la face postérieure de la cuisse. C'est la voie tracée d'avance pour les abcès du bassin qui s'ouvrent dans la région fessière.

La petite échancrure sciatique ne conduit pas dans le bassin proprement dit, mais dans une sorte d'antichambre du bassin, le creux ischio-rectal. Sa paroi interne est formée par le releveur de l'anus, sa paroi externe par l'obturateur interne, qui recouvre l'ischion; en avant, il est recouvert par l'aponévrose superficielle et en arrière il s'adosse à la petite échancrure sciatique, dont il est séparé par un prolongement aponévrotique du bord inférieur, falciforme et retroussé, du ligament sacro-épineux. Ce prolongement aponévrotique est criblé d'orifices pour le passage des nerfs et des vaisseaux, et c'est par l'intermédiaire de ces orifices que le creux ischio-rectal communique avec la petite échancrure sciatique. En haut, la cavité ischio-rectale ne communique avec le bassin que par l'intermédiaire de la grande échancrure sciatique.