

groupe des veines vésicales antérieures, qui constituent un point de repère précis. On divise alors la paroi vésicale avec le bistouri, en ayant soin de relever avec le doigt l'angle supérieur de la plaie, si l'on craignait la blessure du péritoine. Il est bon de savoir que, sur un sujet atteint de hernie inguinale, l'intestin descend beaucoup plus bas que dans le cas contraire et touche le pubis, même lorsque la vessie est distendue; aussi, la blessure du péritoine est-elle plus à craindre dans ces conditions.

Lorsqu'il est nécessaire d'ouvrir largement la vessie, *d'y voir clair* pour suturer, par exemple, une fistule vésico-vaginale inopérable par le vagin, il est préférable de pratiquer une incision transversale sus-pubienne et d'ouvrir la vessie dans le même sens.

Quant à la ponction, on ne doit la pratiquer que lorsque le cathétérisme est reconnu impossible. M. Dieulafoy a, sans doute, rendu cette opération beaucoup plus simple : avec son aspirateur, on peut presque impunément ponctionner la vessie; mais comme, en définitive, ce n'est là qu'un moyen palliatif, il n'y faut avoir recours qu'à la dernière extrémité et ne point ponctionner à la moindre difficulté de cathétérisme, ainsi que quelques-uns ont tendance à le faire.

La paroi antérieure de la vessie est la plus exposée aux traumatismes. Les simples piqûres de cet organe sont peu graves; elles se referment immédiatement et ne laissent point passer l'urine. Il n'en est pas de même des plaies plus larges, qui occasionnent souvent la mort. Les Anciens s'étaient cependant exagéré la gravité des lésions vésicales : « *Cui persecta vesica, lethale* », a dit Hippocrate, aphorisme qui n'est pas exact.

La gravité varie, d'ailleurs, suivant que la plaie est plus ou moins large, suivant qu'une ou plusieurs parois sont atteintes, suivant que le péritoine ou le rectum ont été en même temps intéressés.

J'ai dit plus haut, en étudiant le bassin en général, que la face antérieure de la vessie pouvait être blessée par des esquilles provenant du pubis fracturé.

Dès que l'on soupçonne une blessure de la vessie, plaie ou déchirure, il faut immédiatement faire la laparotomie pour pratiquer la suture.

*Face postérieure.* — La face postérieure, convexe, se moule exactement sur la face antérieure, concave, du rectum; elle maintient ce viscère appliqué sur le sacrum. La vessie, distendue outre mesure, aplatit même le gros intestin et peut causer un obstacle au cours des matières fécales. Cette face est complètement recouverte par le péritoine.

De la face postérieure de la vessie se détache un repli péritonéal qui n'avait que très faiblement attiré l'attention des anatomistes. Ce repli peut disparaître plus ou moins complètement dans l'ampliation de la vessie, mais il persiste aussi parfois et constitue alors une bride permanente et résistante. Il est tendu horizontalement entre la vessie et le rectum, et ses deux extrémités se continuent avec les parois latérales de l'excavation; l'une de ses faces est supérieure et l'autre inférieure. Des deux bords, l'antérieur se confond avec la vessie; le postérieur est libre, concave, à concavité regardant vers le rectum, falciforme et tranchant. De même que le ligament large, qui est vertical, divise le bassin de la femme en deux compartiments, l'un antérieur, l'autre postérieur, le repli falciforme, qui est horizontal, divise aussi le bassin de l'homme en deux compartiments, l'un supérieur ou vésical, l'autre inférieur ou rectal. Si j'insiste