

bien manifeste sur un jeune homme auquel je pratiquai la laparotomie, en 1880, à l'hôpital Beaujon.

*Faces latérales.* — On ne figure généralement les rapports du péritoine avec la vessie que sur des coupes antéro-postérieures, et ce sont, en effet, les plus importants. Il n'est cependant pas inutile de savoir comment se comporte cette membrane avec les faces latérales. Celles-ci sont en partie recouvertes et en partie dépourvues de péritoine. Pour apprécier exactement ces rapports, j'ai préalablement séparé la symphyse pubienne et enlevé la moitié gauche de la ceinture pelvienne. Ayant ensuite bourré modérément le rectum, j'ai obtenu la pièce représentée sur la figure 250. On voit que le péritoine ne recouvre pas tout à fait la moitié supérieure de la face latérale de la vessie. Il forme sur cette face une limite bien tranchée et présente un bord légèrement curviligne, obliquement dirigé en bas et en arrière. C'est par cette face que les uretères pénètrent dans la cavité vésicale. La portion sous-péritonéale de la face latérale est en rapport avec le tissu cellulaire, très lâche, situé au-dessus de l'aponévrose périnéale supérieure. Il est donc possible, à la rigueur, de pénétrer dans la cavité vésicale par ses parties latérales sans ouvrir le péritoine, et cette idée a, du reste, été réalisée par Foubert et Thomas. Ces chirurgiens pratiquaient une incision parallèle à la branche de l'ischion à quelques millimètres en dedans et divisaient successivement toutes les parties molles jusqu'à la vessie. Mais, si la *taille latérale* (qu'il ne faut pas confondre avec la taille latéralisée de frère Jacques) ménageait le col de la vessie, elle exposait à la blessure des vésicules séminales et des uretères ; aussi n'est-ce que pour mémoire que je signale cette tentative opératoire.

*Face inférieure ou base.* — La face inférieure n'existe pas chez l'enfant, la vessie étant fusiforme à cette époque de la vie (elle n'était pas encore très développée sur les sujets qui m'ont servi pour les figures 249 et 250). Elle apparaît avec l'âge en même temps que la prostate augmente de volume, et dans la vieillesse représente manifestement la base de l'organe.

Cette base est en rapport immédiat avec les vésicules séminales qui la recouvrent en partie. Les vésicules, écartées l'une de l'autre en haut (Voy. fig. 257), se rapprochent en bas au point de n'être plus séparées au niveau de la base de la prostate que par les canaux déférents. Elles se dirigent donc très obliquement en bas et en dedans et interceptent entre elles un espace triangulaire au niveau duquel la base de la vessie correspond directement à la paroi antérieure du rectum. Cet espace est dépourvu de péritoine (T, fig. 257) et permet de pénétrer dans la vessie sans crainte d'intéresser la grande séreuse. Il est donc tout naturel que l'idée soit venue de suivre la voie rectale pour extraire des calculs vésicaux, d'autant plus que, cette partie représentant la portion la plus déclive de la vessie, c'est sur elle que repose la pierre dans la grande majorité des cas. Sanson tenta de mettre à profit ces dispositions anatomiques et imagina la *taille recto-vésicale* ; je devrais plutôt dire crut imaginer, car la voie rectale était suivie dès la plus haute antiquité en Égypte, où les calculs sont très fréquents.

Malgré les avantages qu'offre la taille recto-vésicale : facilité d'exécution, absence de vaisseaux importants, extraction facile des calculs, elle a été complètement abandonnée. Le plus grave inconvénient qu'elle présente est la persistance possible d'une fistule vésico-rectale. De plus, elle nécessite la