

d'une grosse bougie, et là est la cause d'une erreur de diagnostic que j'ai vu commettre plusieurs fois. Un malade atteint de cystite du col, par exemple, éprouve de la gêne dans la miction et l'on essaye d'introduire une bougie fine : celle-ci franchit facilement la portion spongieuse, mais s'arrête absolument au niveau du bulbe, à l'entrée de la portion membraneuse, c'est-à-dire dans le lieu d'élection des atrésies de l'urètre, et l'on diagnostique un rétrécissement. Pour éviter cette erreur grossière, je conseille de toujours procéder à un premier examen de l'urètre avec un instrument de calibre normal. Il n'est pas impossible, même avec une grosse sonde, de pénétrer dans le cul-de-sac du bulbe, mais une main un peu exercée s'en rend bien compte. Si l'on pressait fortement à ce niveau, on déchirerait le canal : c'est, du reste, l'un des points où l'on observe le plus souvent les fausses routes. Lorsqu'on sent une résistance au niveau du bulbe, il faut s'arrêter tout de suite, dégager la sonde en la retirant de 1 ou 2 centimètres, porter légèrement le pavillon en bas, de façon à faire basculer le bec de l'instrument et à le rapprocher de la paroi supérieure du canal.

En exécutant ce dernier mouvement, on est exposé à tomber dans un autre écueil. Je viens de dire que, pour éviter le cul-de-sac du bulbe, il faut abandonner la paroi inférieure de l'urètre pour suivre la paroi supérieure ; ce mouvement doit être tel, toutefois, que le bec de la sonde ne vienne pas arc-bouter contre le ligament de Carcassonne, accident qui arrive surtout si l'on opère un peu trop vite le mouvement d'abaissement du pavillon pour franchir la symphyse, ce que font presque tous les débutants. Un mouvement brusque produirait alors une fausse route, soit en avant du pubis, au niveau du ligament suspenseur de la verge, soit en arrière, dans l'espace cellulo-graisseux antévésical, la cavité de Retzius, sur lequel j'ai insisté plus haut. En conséquence, lorsqu'on rencontre une certaine résistance au passage de la sonde dans la région du bulbe, il ne faut jamais exercer de pression, mais imprimer un changement de direction au bec de l'instrument.

Compris dans un dédoublement de l'aponévrose moyenne du périnée, le bulbe de l'urètre est recouvert par le muscle bulbo-caverneux, qui le bride et le maintient appliqué sur la face inférieure de la portion membraneuse. Il recouvre en partie la face inférieure de cette portion, dont il est séparé par le muscle transverse profond ou muscle de Guthrie. Le bulbe est tellement affaissé sur le cadavre qu'on ne peut se faire une idée de son volume qu'après l'avoir injecté ; il devient alors presque aussi volumineux que le gland, ainsi que le montre la figure 257.

Cet organe joue un rôle très important dans l'histoire de la taille et de la boutonnière périnéales, de la prostatectomie par la voie périnéale, et les incisions doivent être combinées de manière à le ménager. Il est loin, d'ailleurs, de présenter le même volume chez tous les sujets. Rudimentaire, en quelque sorte, chez l'enfant, il augmente chez l'adulte et atteint son maximum de développement chez le vieillard. A cet âge, il descend de plus en plus sur le périnée et arrive parfois presque au contact avec l'orifice anal, de sorte qu'il recouvre tout l'espace compris entre la racine des bourses et l'anus. L'incision extérieure proposée par Nélaton pour la taille périnéale, et qui est sensiblement celle que l'on adopte aujourd'hui pour la prostatectomie, avait pour but d'éviter la lésion de cet organe, et on l'évite, en effet, en exécutant la taille prérectale, même