

n'étant pas arrêtées par les branches ischio-pubiennes, elles ont pour sortir tout le détroit inférieur du bassin.

Ce sont là les avantages de la taille latéralisée.

Les inconvénients sont les suivants : on est obligé, presque fatalement, de dépasser à gauche les limites de la prostate et d'intéresser le plexus veineux prostatique gauche, ce qui expose à l'hémorragie, et jadis à la phlébite et à l'infection purulente. De plus, on coupe nécessairement l'artère transverse du bulbe, souvent volumineuse et toujours profonde : aussi l'hémorragie était-elle un accident fréquent et redoutable.

La taille latéralisée est préférable, selon moi, à la taille de Marianus Sanctus, et même à la taille bilatérale de Dupuytren, mais elle est inférieure à la taille prérectale de Nélaton. Cette dernière permet d'éviter le bulbe à coup sûr, même chez les vieillards ; elle ne lèse aucun vaisseau important : c'est donc elle qui met le mieux à l'abri contre l'hémorragie, la phlébite et l'infection purulente, causes les plus fréquentes de mort à la suite de cystotomie (1).

*Deuxième couche musculaire.* — Le sixième plan est constitué par le muscle de Wilson en avant, le releveur de l'anus dans la très grande partie de son étendue, et l'ischio-coccygien en arrière. C'est aussi dans ce plan que se trouve le plexus de Santorini.

*Muscle de Wilson.* — On ne peut bien examiner les trois muscles qui précèdent que par l'intérieur du bassin, après avoir enlevé le péritoine, la couche celluleuse sous-péritonéale et l'aponévrose pelvienne. Si l'on divise alors les ligaments pubio-prostatiques, on trouve au-dessous d'eux un petit groupe de fibres musculaires rouges : c'est le muscle de Wilson ; il est séparé du muscle de Guthrie, placé au-dessous de lui, par le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne. C'est un petit muscle triangulaire, rayonné, à base supérieure et à sommet inférieur. Il s'attache par sa base au ligament sous-pubien et par son sommet à la portion membraneuse de l'urètre.

Les muscles de Wilson et de Guthrie mériteraient à peine de trouver place dans un *Traité d'anatomie topographique*, s'ils ne se rattachaient à l'opération si importante du cathétérisme. Indépendamment des fibres qui lui sont propres, la portion membraneuse se trouve donc entourée par une véritable couronne de fibres musculaires, ce qui nous explique à merveille les contractures spasmodiques de l'urètre, source fréquente d'erreurs de diagnostic. Il m'est arrivé maintes fois de trouver un simple spasme de l'urètre là où avait été diagnostiqué un rétrécissement organique, erreur d'autant plus facile à commettre que la contracture, lorsqu'elle est de nature réflexe, se produit de préférence si l'on emploie des bougies fines, résistantes, qui piquent les parois du canal. On conclut alors à un rétrécissement, puisque la bougie, même la plus fine, ne peut passer, tandis qu'un instant après une sonde de 7 millimètres de diamètre pénètre facilement.

Le muscle de Wilson a été considéré par certains auteurs comme la partie la plus antérieure du muscle releveur de l'anus, mais c'est une erreur : ces deux

(1) Donc, ce que je reprochais surtout à la taille latéralisée était l'hémorragie, la phlébite et l'infection purulente, accidents dont nous sommes aujourd'hui les maîtres. Si les chirurgiens revenaient plus tard à la pratique des tailles périnéales, ce qui est fort possible, la taille latéralisée retrouverait certainement la faveur dont elle a joui jusqu'à la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle.