

avec ceux de la paroi abdominale doit être pratiquée cependant, toutes les fois que cela est possible, et cela, non seulement parce que, ignorant le plus souvent ce qu'il en adviendra définitivement de la fonction naturelle, il est bon de rechercher un méat hypogastrique permanent, mais aussi, parce que cette suture rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine. Elle s'oppose, en effet, à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, elle maintient le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal, elle s'oppose ainsi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner, pendant si longtemps, la taille sus-pubienne.

Il est telle circonstance cependant, où cette suture, par suite de conditions anatomo-pathologiques individuelles : grande épaisseur de la paroi abdominale (nous l'avons vu chez des cystostomisés obèses, de 8 à 12 centimètres), friabilité, rétraction profonde de la vessie, etc., est particulièrement difficile, parfois même impossible. L'opération, qui n'est autre alors que la taille hypogastrique, comme pour un calcul, avec quelques différences ainsi que je l'ai dit, dans le siège et les dimensions de l'ouverture vésicale, n'en est pas moins des plus utiles, quel que soit l'avenir du nouveau canal. Cystostomie, cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique. Cette dernière est, cependant, une sorte de pis-aller. Elle remplit moins bien que la cystostomie quelques indications immédiates et définitives.

Mais telle quelle, elle peut rendre, comme on le voit journellement, les plus grands services. A la cystotomie, en effet, appartiennent plus volontiers, les méats hypogastriques temporaires (Desnos) à la cystostomie le méats permanents ; il ne faut pas perdre de vue, toutefois, ainsi que deux de mes élèves l'ont démontré dans leur remarquables thèses, MM. Lagoutte et X. Dolore, que la grande cause, je dirais volontiers, l'unique, d'un méat sus-pubien définitif, est dans l'obstacle prostatique incurable, qui empêche définitivement le retour de la fonction normale et qui maintient ainsi la perméabilité de l'urètre sous-ombilical. Malgré les meilleures conditions anatomiques d'un urètre contre nature, tapissé dans toute sa longueur (3 à 6 centimètres) par la muqueuse vésicale, il n'en persistera pas moins, sans cette muqueuse, un canal cicatriciel permettant l'évacuation de la vessie. J'ai vu, maintes fois, un conduit de ce genre, donner une survie de plusieurs années à de vieux prostatiques ; car, bien souvent, quoique les lèvres de la plaie vésicale aient été fixées avec soin à l'orifice cutané, la réunion de la muqueuse à la peau, par suite de l'infection vésicale, ne se fait pas par première intention, et le nouveau méat, sur une profondeur plus ou moins grande, n'est constitué que par un canal cutané-aponévrotique.

La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont donc que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves, qui ne pouvaient être conjurés par les moyens jusqu'alors employés de traitement : cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. Depuis lors, mon opinion n'a pas varié, et j'ai montré que les indications