

Aussi sommes-nous partisans de l'intervention précoce qui peut seule, en faisant disparaître la rétention et les phénomènes congestifs concomitants, en modifiant puissamment le terrain local, au point de vue de son infection, triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Pour la taille vésicale, la lésion, il ne faut pas l'oublier, et non l'acte chirurgical, fait le pronostic. Encore une fois, c'est l'état des reins que l'on doit rendre responsable, après l'opération, au même titre que l'état de l'intestin dans la hernie étranglée. Je n'ai pas eu à me repentir d'avoir cystostomisé trop tôt des prostatiques, mais bien souvent j'ai regretté de n'avoir pu intervenir qu'un temps relativement long après le début des accidents. Même dans ces cas particulièrement graves, l'ouverture de la vessie peut sauver des urinaires. J'ai vu plusieurs fois des prostatiques, dont la situation était désespérée, revenir à la vie, alors que les autres moyens étaient impuissants, dangereux.

Opération d'urgence, de nécessité, la taille constitue, à l'heure actuelle, une puissante méthode de traitement des complications urinaires. Elle a des indications propres, et d'autres, au même titre que l'anus artificiel, que la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires (Terrier), etc...

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la miction impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inenlevable de la vessie, provoquant des troubles urinaires graves, des hémorragies abondantes, rebelles, des douleurs vives, continues, etc., la cystostomie, qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystotomie.

J'ai envisagé les résultats immédiats ou post-opératoires, il me reste à montrer les résultats éloignés, c'est-à-dire la fonction du nouvel urètre chez les anciens cystostomisés. La permanence du méat artificiel reconnaît pour cause chez eux, je l'ai déjà signalé, l'incurabilité de l'obstacle prostatique, se traduisant par la suppression complète de la fonction normale. Cette cause de persistance de l'urètre sus-pubien a été bien mise en lumière par les recherches également citées de Lagoutte et de Dolore qui ont nettement établi que le méat hypogastrique n'est jamais que temporaire, lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle. Voici, du reste, les conclusions formulées par Delore, dans son importante thèse (Lyon, 1897, *loc. cit.*): "Chez 34 cystostomisés observés depuis plus de six mois, et dont l'un date de sept ans et demi, il existe un méat hypogastrique, et, au point de vue anatomique, un véritable urètre contre nature, au moins dans la majorité des faits. Ce canal possède un trajet et deux orifices, l'un vésical, l'autre cutané. Il est entouré par un anneau fibro-élastique, souvent fort épais et tapissé d'une muqueuse partout continue. Sa longueur moyenne est de 3 à 4 centimètres, et nous l'avons vu atteindre le chiffre de 4 à 6. Sa direction est ordinairement oblique de haut en bas, et d'avant en arrière.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés, ayant gardé leur nouveau méat perméable, ont :