

le libre écoulement de l'urine, enfin lorsqu'il existe un état douloureux ou une cystite qui bien souvent ne cessent que lorsque la vessie est largement ouverte. Les dangers du cathétérisme peuvent provenir de l'urèthre s'il existe des saignements répétés et un état douloureux et inflammatoire, mais surtout de la vessie lorsque la rétention s'accompagne de distension et d'infection vésicales; toujours en pareil cas, les reins participent à l'infection et les premiers cathétérismes sont suivis parfois de formidables accidents. Ce danger s'atténue d'ailleurs assez rapidement. Dans tous ces cas, qu'ils soient d'urgence ou autres, l'évacuation de la vessie par une voie artificielle, sans s'imposer comme une règle générale, rend de grands services, car elle constitue un danger moindre que le cathétérisme et soulage mieux le malade. Quant à la voie à suivre, le périnée est rarement utilisé, et c'est presque toujours à la taille sus pubienne qu'on a recours.

Une fois l'incision faite, doit-on maintenir l'ouverture définitivement béante ou chercher à en obtenir l'occlusion au bout d'un certain temps? M. Poncet, en établissant une cuverture permanente, un méat hypogastrique, a obtenu des résultats encourageants, mais c'est une infirmité qu'on impose au malade; on ne le met pas à l'abri de l'infection ultérieure, et surtout il est beaucoup de cas où le maintien de la fistule n'est pas nécessaire. Quand la vessie est vidée et aseptisée, que le repos de l'organe lui a été assuré pendant un temps suffisant, temps qui se compte toujours par plusieurs mois, nous croyons qu'on peut oblitérer la fistule, bien entendu lorsque l'urèthre permet un libre passage à la sonde, ou lorsque le cathétérisme n'est pas jugé nécessaire. Cette *cystotomie temporaire* nous paraît suffisante pour assurer au malade les bénéfices qu'il peut retirer de la taille et lui éviter une infirmité parfois insupportable. En cas de fistule permanente, le méat hypogastrique fonctionne rarement comme un sphincter; pour assurer l'écoulement de l'urine, il ne faut pas que la sonde fixée à l'ouverture fistuleuse pénètre profondément dans la vessie, elle doit affleurer l'orifice interne; pour cela, nous avons fait construire une sonde de caoutchouc avec une boule terminale semblable à celle de la sonde de Pezzer qui, par un dispositif spécial, se fixe d'elle-même dans la vessie."

M. E. SACCHI, de Gênes, dit qu'il a observé un cas dans lequel, à la suite d'un traumatisme, il a pu réparer, à la voûte crânienne, une perte de substance de 25 centimètres carrés, au moyen de disques ostéo cartilagineux provenant des épiphyses du fémur d'un chien. Ces disques, larges d'un centimètre environ, et d'une épaisseur approximativement égale à celle du crâne, ont été placés sur la dure-mère, comme une mosaïque, avec leur partie cartilagineuse tournée du côté des téguments. Son opéré a parfaitement guéri et ne ressent aucune trace de son opération, qui date de huit mois; on sent au niveau de la perte de substance, un tissu dur, de consistance osseuse.