

Quelque soit le mode de fixation afin d'éviter l'infection de la sonde dans l'urètre, on enveloppe la verge de gaze stérilisée, fixée sur la sonde et aux bouts des fils restés libres (fig. 767).

La sonde est ainsi laissée ouverte ou fermée par un fausset pour être ouverte à intervalles réguliers.

Lorsque la sonde est laissée ouverte, elle doit plonger dans un urinal. Une rallonge ajoutée à la sonde permet de placer l'urinal de façon à ne pas gêner le malade.

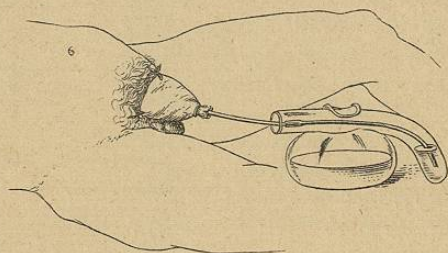


Fig. 767.

Pansement de la sonde à demeure (Guyon et Michon).

L'urinal comprend un tube de verre où se trouve la sonde, et un réservoir sous-jacent au tube. On place au fond du tube une solution de sublimé à 1 p. 100, et l'extrémité de la sonde plonge dedans, de là l'urine s'écoule dans le réservoir (fig. 767). Pour continuer la désinfection de l'urine qui s'écoule, on place au fond du tube de verre une pastille composée d'après la formule suivante :

Sublimé	50 grammes,
Chlorhydrate d'ammoniaque	50 —
Mucilage de gomme arabique.	15 —
Amidon	20 —

Pour 200 pastilles :

Une pastille, contenant 0,25 de sublimé, met trois heures à fondre.

Une deuxième pastille est placée dans le réservoir.

La sonde fonctionnant bien, il faut en outre bien veiller à ce qu'elle ne se bouche pas. Si l'écoulement cesse, il faut déboucher la sonde par de petits lavages répétés à coups successifs, jusqu'au rétablissement du goutte à goutte.

La sonde doit être changée fréquemment.

Lithotritie. — Les instruments nécessaires sont : les lithotriteurs, un aspirateur, des sondes évacuatrices, un marteau de lithotritie, deux seringues stérilisables (fig. 746).

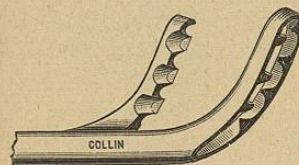


Fig. 768.

Brise-pierre de Reliquet à dents

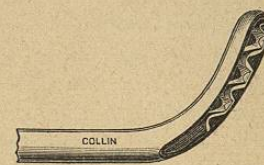


Fig. 769.

Brise-pierre de Reliquet à dents alternantes.

Le lithotriteur (RELIQUET-COLLIN) (fig. 768 et 769) est à mors fenêtrés ou à mors plats. La *branche mâle*, manœuvrée par le volant de l'extrémité de l'appareil, glisse et pénètre dans la *branche femelle* maintenue facilement en main par un cylindre large (fig. 770).

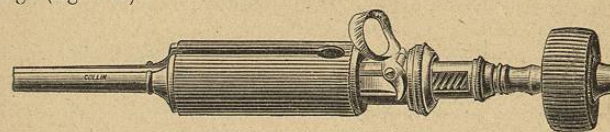


Fig. 770.

Brise-pierre à bascule de Collin.

La pièce principale est la bascule (fig. 770). La bascule abaissée fixe le pas de vis de la *branche mâle*, et celle-ci ne peut plus avancer que lorsqu'on tourne le volant. La bascule relevée rend la liberté à la *branche mâle*, qui peut glisser à volonté dans la *gouttière* de la *branche femelle*.

Pour saisir et briser, le lithotriteur introduit dans la vessie, doit être tenu de la façon suivante : le cylindre (tambour) de la branche femelle est pris solidement avec le pouce et les trois derniers doigts de la main gauche l'index restant libre pour permettre la manœuvre de la bascule sans bouger le reste de la main. La main droite tient par l'extrémité des cinq doigts, le volant de la branche mâle. La bascule levée, on tire et pousse sur la branche mâle pour ouvrir et fermer le lithotriteur. Si un calcul est saisi entre les mors et bien placé, pour le broyer on abaisse la bascule qui fixe la branche mâle sur le corps, et avec la main droite on tourne le volant qui rapproche les mors par l'intermédiaire du pas de vis. On relâche et saisit ainsi en levant et abaissant la bascule.

Les lithotriteurs sont gradués de 00 (16 CHARRIÈRE) à 3 (30 CHARRIÈRE) Les plus employés sont le 2 à mors fenêtrés et le 1 à mors plats.

L'*aspirateur* est un réservoir de verre surmonté d'une poire en caoutchouc (fig. 771); au canal qui réunit les deux parties s'adapte à angle aigu un conduit coudé qui supportera la sonde *évacuatrice* (fig. 771).

On commence par remplir l'appareil d'une solution de nitrate d'argent à 1/1000, en l'introduisant par l'orifice supérieur de la poire, le robinet du conduit étant fermé.

Le malade doit être préparé à l'avance, s'il est nécessaire, pour le calibre de l'urètre ou pour l'état de la vessie. On place la veille au soir une sonde à demeure.

Le malade est endormi au chloroforme, en donnant une heure avant l'anesthésie, 1 à 2 centigrammes de morphine en injection hypodermique, si la vessie est sensible. Le patient est couché sur un lit d'opération ordinaire, sans oreiller, les genoux légèrement fléchis et écartés. Des bottes de ouate enveloppent les jambes. Un bassin est placé entre les cuisses. On place sous le siège un coussin dur, pas trop élevé (10 à 20 centimètres).

On nettoie alors comme d'habitude le bas-ventre, la verge, le gland et le prépuce, sans raser les poils, qui serviront à fixer la sonde. On place les champs opératoires autour de la verge.

Par la sonde vésicale, on fait alors un lavage de la vessie avec

de l'eau boriquée stérilisée tiède jusqu'à ce que le liquide revienne clair. On garnit la vessie avec le même liquide, sans pression forte du piston de la seringue (100 à 150 grammes en moyenne); puis on retire la sonde en continuant à injecter de l'eau par la seringue, on lave ainsi le canal au retour.

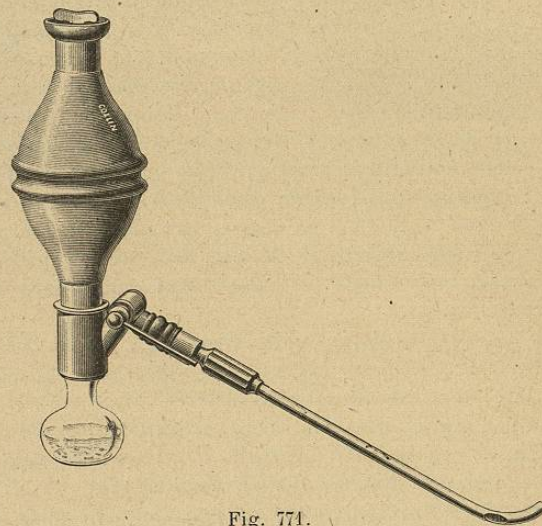


Fig. 771.
Aspirateur de Guyon.

Le lithotriteur choisi, à mors fenêtrés, huilé avec de l'huile stérilisée, non seulement à l'extérieur, mais aussi dans la gouttière de glissement, est introduit fermé comme tout cathéter métallique¹. La bascule située du côté concave indique constamment la situation du bec de l'instrument.

Une fois dans la vessie, pour manœuvrer l'instrument il faut toujours le laisser dans le plan médian du corps, sans jamais l'incliner à droite ou à gauche. On peut lever, baisser l'extrémité extérieure, mais jamais on ne doit le sortir du plan médian.

¹ Voy. p. 303.

On ouvre alors le lithotriteur, laissant le bec directement en haut si on n'a pas senti la pierre encore ; l'écartant du contact si on a senti, afin de ne pas déplacer le calcul. Pour ouvrir les mors, il faut tenir immobile la branche femelle, et ne mobiliser que le branche mâle, avec la main droite.

L'instrument ouvert, la branche mâle affleurant le col, on incline les mors, conservant toujours les branches dans le plan médian vers la droite ou la gauche, retournant même complètement le bec.

Lorsqu'on sent le calcul, maintenant la branche femelle immobile, on pousse doucement la branche mâle jusqu'au contact de la pierre. Assurant la prise par deux ou trois petites pressions insuffisantes pour écraser ou chasser la pierre, on pousse un peu la branche mâle et on abaisse la bascule. Le calcul est pris. On s'assure alors qu'il est pris seul, sans muqueuse, en ramenant le bec en haut : ce mouvement doit se faire librement et facilement.

Pour les petits calculs ou les fragments, il peut être utile d'employer la *préhension indirecte* : le lithotriteur est conduit sur la paroi inférieure de la vessie qu'il déprime avec le talon grâce à l'élévation du manche on ouvre le lithotriteur dans cette situation, et le maintient d'une main. De l'autre main appliquée largement sur l'os iliaque on imprime au bassin une série de secousses vibratoires tremblotantes, sans chocs. Le calcul vient au point déclive tomber entre les mors ouverts et on le saisit.

Le pierre saisie, il faut en opérer le *broiement*. On en cherche d'abord la résistance en commençant à presser. Quelques calculs mous s'écrasent immédiatement, d'autres éclatent sous une pression plus violente. Si la résistance est très grande, il vaut mieux s'abstenir que de risquer de briser les mors, la taille devient nécessaire.

Le broiement doit être poussé jusqu'au bout, reprenant et broyant à nouveau tous les fragments que l'on rencontre. Lorsqu'on ne trouve plus de fragments à la place où était le calcul, on cherche ailleurs.

Lorsque le lithotriteur s'encrasse, ce que l'on reconnaît à la sensation d'une prise uniforme, pâteuse, se répétant, on donne

quelques coups de *marteau* (fig. 772) sur le pignon de la branche mâle, après avoir levé la bascule. On peut alors fermer complètement les mors.

Lorsque le broiement paraît terminé, on ferme complètement le lithotriteur et on le retire pour évacuer les fragments.



Fig. 772.

Maillet en bronze mou.

L'évacuation se fait par les grands lavages, puis l'aspiration. Les *grands lavages* sont pratiqués avec une sonde évacuatrice



Fig. 773.

Sonde évacuatrice à petite courbure.

(fig. 773 et 774) métallique, munie de deux yeux et pourvue d'un mandrin (fig. 775) qui bouche les yeux pour entrer et sortir la sonde.

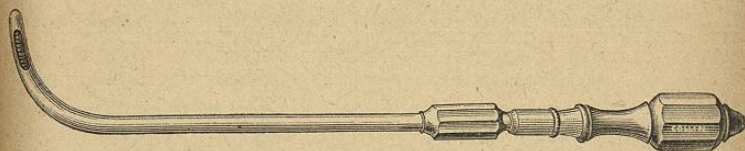


Fig. 774.

Sonde évacuatrice de Guyon, à grande courbure.

La sonde introduite avec son mandrin, on enlève celui-ci, et le liquide vésical s'écoule entraînant des débris nombreux.

Lorsque l'écoulement est terminé, on injecte dans la vessie, avec une seringue, une solution boriquée stérilisée tiède, et on la laisse ressortir sans forcer si la vessie résiste. Si on a pu introduire sans provoquer de défense 150 grammes de liquide, il faut s'arrêter et laisser le malade se réveiller un peu. La sensibilité vésicale revient et la vessie expulse son contenu avec violence.

Les lavages sont continués tant que le liquide ramène des débris, en ayant soin de déplacer le bec de la sonde à droite ou à gauche, ou en élevant et abaissant le pavillon.



Fig. 775.

Mandrin articulé de la sonde évacuatrice, démonté pour être nettoyé.

Les lavages terminés, il faut compléter l'évacuation par l'*aspiration*. La sonde évacuatrice est laissée en place, l'aspirateur (fig. 774) est rempli de la solution de nitrate d'argent. L'anesthésie doit être complète.

On remplit la vessie sans tension, éprouvant la résistance avec le piston, et en injectant la solution de nitrate d'argent au 1/1000.

Un aide, placé en face de l'opérateur, tient l'aspirateur, une main sous le fond du réservoir de verre, l'autre sur l'entonnoir du haut. Il approche l'appareil de la sonde évacuatrice, et l'opérateur articule l'extrémité de cette sonde au conduit coudé (fig. 774), et ouvre la clef de l'aspirateur.

De la main droite, on imprime alors, avec le pouce et les autres doigts, des pressions brusques et répétées à la poire de caoutchouc, la laissant chaque fois reprendre ses dimensions primitives. Le liquide refoulé dans la vessie est remplacé dans l'ampoule par le liquide vésical qui entraîne des fragments. Ceux-ci tombent dans le récipient de verre. Tant qu'il vient des fragments, on continue.

Lorsque l'aspirateur ne ramène plus de débris, on déplace le bec de la sonde pour explorer successivement toutes les portions de la vessie, comme pour le broiement.

Si la poire aplatie ne reprend pas son volume primitif, il faut déplacer le bec de la sonde pour libérer les yeux bouchés, et l'ampoule se distend.

Lorsqu'il ne vient plus de débris, on ferme le robinet, et retire l'aspirateur. Après avoir évacué le liquide vésical et pratiqué un nouveau lavage, on replace le mandrin dans la sonde et on extrait celle-ci.

Pour terminer l'opération il faut pratiquer la *vérification*. Cette vérification se fait avec un petit lithotriteur à mors plats (n° 1). On introduit ce lithotriteur, après avoir de nouveau rempli la vessie, et on cherche s'il reste de petits fragments que l'on broie comme nous l'avons déjà dit. On lave à nouveau, on aspire ces nouveaux fragments, et on termine en remplaçant la sonde évacuatrice par une sonde béquille n° 19 ou 20 que l'on fixe à demeure¹.

L'hémorragie qui suit la lithotritie peut être abondante, il est exceptionnel qu'elle soit importante. Elle cesse ordinairement dans les premières vingt-quatre heures.

La sonde à demeure est laissée ouverte dans un urinal² plutôt qu'obturée et débouchée toutes les deux heures.

On pratique un lavage, le soir de l'opération, un le matin et le soir du lendemain, puis un tous les jours pendant quelques jours (Eau boriquée et petite quantité de nitrate d'argent au 1/1000).

Si aucune complication ne survient, on retire la sonde au bout de quarante-huit heures, et le malade peut se lever le troisième ou le quatrième jour.

S'il y a de la cystite on conserve plus longtemps la sonde et on continue les lavages.

Huit ou dix jours après l'opération, il est utile dans les cas simples, indispensable dans les cas difficiles, de pratiquer une *vérification* avec un petit lithotriteur à mors plats, et le plus souvent sans anesthésie. Si on découvre des calculs, on recommence un lithotritie complète. Si on ne trouve rien, on ne place pas de sonde à demeure.

¹ Voy. p. 315, t. II.

² Voy. p. 316, t. II.

Suture des plaies de la vessie. — Nous étudierons plus loin les modes de suture employés pour fermer la plaie régulière et chirurgicale d'une cystotomie.

Les plaies ou ruptures accidentelles portent sur la région intra ou extra-péritonéale de la vessie.

Lorsqu'il est indiqué d'en pratiquer la suture¹, s'il s'agit d'une rupture ou d'une plaie *intra-péritonéale*, l'abdomen étant ouvert, la lésion reconnue, la protection des organes effectuée, on place le blessé en position renversée², et on suture la plaie vésicale par deux plans superposés de points à la Lembert³, faits en surjets comme pour une plaie de l'intestin. Il n'est pas nécessaire de placer un rang spécial sur la muqueuse qui n'est pas comprise dans les deux plans précédents; en tous cas, si on voulait suturer la muqueuse, il faudrait se servir de catgut, et non de soie ou autre fil non résorbable, par crainte de formation calculeuse à ce niveau. Du reste le catgut suffit à toutes ces sutures profondes.

Pour une plaie ou déchirure *extra-péritonéale*, la suture est effectuée de semblable façon, par deux plans superposés de points musculo-musculaires exécutés à la Lembert, comme pour la portion recouverte de séreuse. L'adossement doit ici être très large, et il peut l'être puisqu'il n'y a pas à craindre de rétrécissement.

Cystotomie. (Taille vésicale). — L'ouverture de la vessie destinée à l'extraction de calculs ou de corps étrangers, peut être faite par la région hypogastrique (*Taille sus-pubienne*), ou chez la femme par la cloison vésico-vaginale (*Taille vaginale*). On n'emploie plus, pour une simple ouverture, la *taille périnéale* chez l'homme; lorsqu'on prend cette voie, c'est pour établir un drainage prolongé de la vessie, c'est alors une cystostomie.

Taille sus-pubienne. — Le malade préparé comme à l'ordi-

¹ Voir *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY, 1903.

² Voy. p. 2, t. II.

³ Voy. p. 418, t. II.

naire, baigné, purgé, rasé et nettoyé, est placé dans le décubitus dorsal ou mieux sur le plan incliné, et endormi.

A l'aide d'une sonde métallique à robinet, ou d'une sonde en caoutchouc rouge, on lave la vessie jusqu'à ce que le liquide revienne clair, puis on la remplit du liquide qui doit la distendre. On injecte environ 250 grammes d'eau stérilisée, et d'habitude, après avoir fermé le robinet ou bouché la sonde molle par une pince ou un fausset, on lie avec un tube de caoutchouc la verge sur la sonde pour empêcher le liquide de ressortir.

Cette ligature n'est pas nécessaire, d'après BAZY, lorsqu'on n'injecte dans la vessie que la quantité de liquide qu'elle peut tolérer, de façon que le malade n'ait aucun effort à faire.

On emploie souvent en outre, pour refouler vers l'hypogastre la vessie remplie, le *ballon de Petersen*, qu'un aide introduit vide dans l'ampoule rectale, et distend ensuite avec 180 à 250 grammes de liquide. Nous considérons comme inutile l'emploi de ce ballon dont l'introduction complique l'opération et nécessite un aide spécial, uniquement employé à cette besogne septique. Lorsqu'on se sert du ballon, on ne remplit pas la vessie du premier coup; mais, après le lavage, on y introduit 150 grammes de liquide, puis on place le ballon et achève le remplissage de la vessie.

Taille verticale. — La vessie garnie de la quantité de liquide qu'elle peut contenir sans forte pression, on pratique sur la ligne médiane une incision de 8 à 10 centimètres, dont l'extrémité inférieure dépasse un peu en bas le bord supérieur de la symphyse pubienne.

La peau coupée, on incise l'aponévrose sur la ligne blanche, comme dans toute laparotomie, et on passe entre les deux muscles droits et entre les pyramidaux, sans ouvrir le péritoine.

Cherchant dans la partie inférieure de la plaie, on trouve bientôt la *graisse jaune* prévésicale.

On place alors l'index recourbé en crochet, pulpe vers l'ombilic, au fond de la plaie ainsi créée on sent la vessie qui bombe, et, en cherchant toute ce qui se trouve devant elle, on attire le tout en haut, vers l'ombilic. On relève ainsi le cul-de-sac péritonéal

II.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

qui ne doit pas être ouvert. Cependant, si le péritoine se trouvait incisé ou déchiré, cela ne présenterait évidemment aucun inconvénient, à condition qu'on le ferme immédiatement par une suture.

Le péritoine relevé, on écarte les lèvres de la plaie pariétale, et on voit la vessie reconnaissable à sa coloration, à ses stries verticales, aux grosses veines accolées à sa paroi.

On peut ouvrir alors la vessie, remplie de son liquide, en guidant sur l'index gauche placé sur la paroi distendue un bistouri

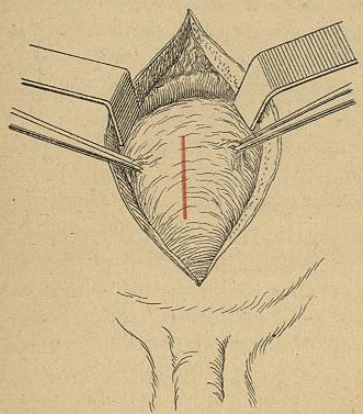


Fig. 776.

Cystostomie. Incision de la vessie entre deux pinces (Bazy).

qui ponctionne la paroi antérieure, bien sur la ligne médiane. L'incision est agrandie pour laisser pénétrer l'index gauche qui accroche une des lèvres de la plaie. Pendant que le liquide jaillit, puis s'écoule, on traverse chacune des lèvres de la plaie vésicale avec un fil solide; ces deux fils servent à soulever la vessie et à maintenir ouverte l'incision.

Mais cette manière de faire risque d'infecter la plaie abdominale si le liquide vésical est infecté; et pour obvier à cet inconvénient, BAZY recommande la manœuvre suivante : la vessie découverte et le péritoine relevé, on saisit la paroi vésicale, le plus près possible du sommet et à un centimètre de chaque côté de la ligne médiane, au moyen de deux pinces de KOCHER (fig. 776), et on laisse s'écouler par la sonde débouchée le liquide vésical. La vessie vidée, soutenue par les pinces, est ouverte alors dans l'étendue nécessaire, entre les deux pinces.

La vessie ouverte, on enlève la sonde vésicale, défaisant le lien de la verge si on l'a placé, et on vide le ballon de PETERSEN

si on l'a employé. Dans cette vessie ouverte on peut chercher un corps étranger, saisir un calcul, examiner et cautériser des ulcérations, exciser un lobe prostatique médian, curetter et cautériser un épithéliome inopérable et saignant ou infecté, exciser une petite tumeur pédiculée, suturer une fistule, etc.

L'opération intra-vésicale terminée, on referme la vessie, soit en totalité, soit en la drainant, selon les indications tirées de l'état d'infection.

Si l'on draine, on place dans la vessie des drains ordinaires, ou les tubes-siphons de PERRIER-GUYON (fig. 777), et on suture au-

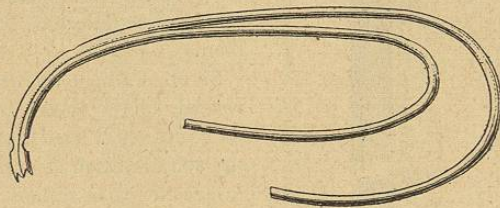


Fig. 777.

Tubes Périer-Guyon.

dessus et au-dessous des drains la paroi vésicale, comme nous l'avons déjà vu¹.

Si on ne draine pas la vessie par l'hypogastre, la suture totale doit être bien hermétique. On commence par placer à demeure une sonde de PEZZER à ouverture centrale (fig. 778 et 779), que l'on place dans l'urètre en introduisant d'abord une bougie de gomme n° 17 ou 18, et ramenant au méat la bougie à l'extrémité de laquelle a été fixée l'extrémité libre de la sonde. Lorsque la sonde apparaît au méat, on l'attire doucement jusqu'à ce qu'elle bute contre le col, et on coupe la partie rétrécie qui terminait la sonde.

La plaie vésicale est ensuite suturée soit comme nous l'avons dit², en deux plans; soit par la suture en bourse de BAZY (fig. 380),

¹ Voy. p. 12, t. II.

² Voy. p. 326.

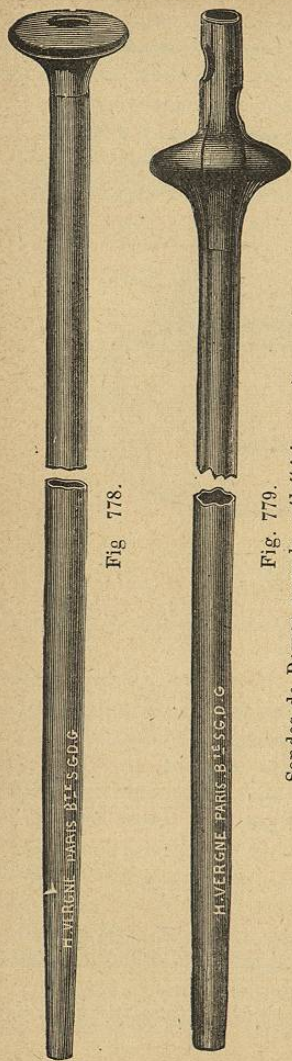


Fig. 778.

Fig. 779.

Sondes de Pezzer pour le cathétérisme rétrograde.

composée comme le montre la figure 780-781, de points en U ouverts alternativement à droite et à gauche, et entrecroisés les uns avec les autres.

On ferme enfin la plaie abdominale¹, en plaçant ordinairement un petit drain qui plonge dans l'espace prévésical.

Ce drain est laissé deux jours, puis enlevé si tout va bien.

Si on a placé un drainage vésical, on le laisse cinq ou six jours, et si rien ne nécessite son maintien prolongé, on enlève le tube-siphon ou le drain, on place une sonde à demeure, et on laisse la cicatrisation s'effectuer.

Taille transversale (Trendelenburg). — Le malade est mis dans la position renversée². L'incision cutanée est transversale, large de 6 à 8 centimètres, légèrement relevée à ses deux extrémités pour éviter les canaux inguinaux, et placée immédiatement au-dessus du pubis. On coupe après la peau, les muscles droits près de leur inser-

¹ Voy. p. 12, t. II.

² Voy. p. 2, t. II.

tion, mais non au ras de l'os. On refoule en haut la graisse jaune avec le péritoine et on voit la vessie.

On incise la vessie dans le sens transversal, un peu au-dessus du pubis, et on fixe l'ouverture vésicale à la plaie cutanée.

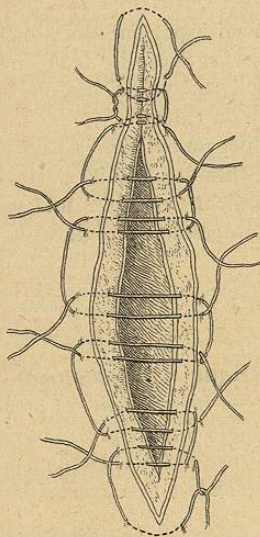


Fig. 780.

Suture en bourse de la vessie (Bazy).

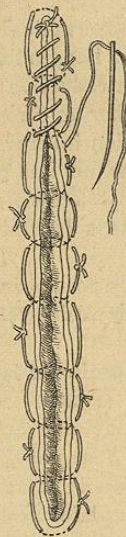


Fig. 781.

L'opération intra-vésicale terminée, on libère la vessie en coupant les fils, pour suturer avec le plus grand soin : la vessie d'abord, avec ou sans drainage ; puis les muscles droits.

Cette section suivie de suture des muscles droits est le grand inconvénient de ce procédé, qui ouvre largement la vessie.

Taille vaginale. — La malade est placée dans la position des opérations vaginales et, le vagin nettoyé étant maintenu ouvert par une valve postérieure¹, on introduit dans la vessie

¹ Voy. p. 459.

une sonde métallique ou une longue pince courbe qui servira à refouler la cloison vésico-vaginale, au niveau du trigone vésical. Il est indispensable que l'instrument soit exactement maintenu sur la ligne médiane afin de ne pas permettre la blessure d'un urètre.

Sur la paroi vaginale refoulée et saisie par une pince, on incise dans le sens longitudinal. L'incision est agrandie de façon à permettre l'introduction du doigt qui explore ou des pinces qui vont chercher un corps étranger ou un calcul.

L'opération intra-vésicale terminée on obture la perforation vésicale par un des procédés de cure des fistules vésico-vaginales, de préférence par *dédoublement*¹, on place une sonde à demeure dans la vessie, et on tamponne le vagin avec de la gaze.

Les soins post-opératoires sont les mêmes qu'après la cure d'une fistule vésico-vaginale.

Cystostomie (Mét hypogastrique). — **Cystostomie sus-pubienne** (PONCET, MAC-GUIRE). — L'opération est conduite comme pour une cystotomie simple jusqu'après l'ouverture vésicale². A ce moment, la vessie ayant été vidée de son contenu, au lieu de suturer la plaie vésicale on en fixe les lèvres à celles de la plaie pariétale.

Lorsqu'on ouvre la vessie pour créer un méat hypogastrique, on a soin de faire petite l'incision vésicale, 10 à 12 millimètres environ.

Les sutures sont faites en fils non résorbables, elles traversent d'une part toute l'épaisseur des parois vésicales à quelques millimètres des bords et d'autre part la plus grande partie de la paroi abdominale, en ayant soin de traverser le bord interne du muscle droit. Si l'épaisseur de la paroi abdominale est considérable et ne permet pas un bon affrontement, il est préférable de ne prendre que la peau, laissant les autres plans de la paroi. Six fils suffisent ordinairement à border l'orifice vésical;

¹ Voy. p. 423.

² Voy. p. 326.

d'autres sutures ferment la paroi au-dessus et au-dessous du méat artificiel.

Lorsque l'affrontement cutanéomuqueux a pu être bien fait, on ne place dans la vessie ni drain, ni sonde, pas plus que dans l'urètre.

Si l'affrontement est difficile, la vessie petite et friable, la paroi épaisse; ou si même l'affrontement ne peut être fait, on place dans la vessie un gros drain ou une sonde que l'on fixe à la peau, et que l'on laisse jusqu'à ce que le canal cutanéovésical soit bien formé.

L'incontinence est tout d'abord complète, puis peu à peu l'orifice se rétrécit, et certains malades retiennent leur urine, d'autres restent incontinents. Les divers procédés proposés pour obtenir un urètre artificiel continents sont dangereux ou compliqués, et surtout n'assurent pas davantage la continence.

Les quelques opérés qui restent continents doivent généralement vider leur vessie à l'aide d'une sonde lorsque le besoin se fait sentir.

Les autres doivent porter un appareil recueillant l'urine, un urinal pour fistule hypogastrique dont il existe plusieurs modèles. Il est préférable que ces appareils ne comportent aucune sonde introduite dans l'orifice.

Cystostomie vaginale. — L'ouverture de la vessie par le vagin se fait comme pour une cystotomie simple¹. Pour maintenir ouverte la fistule, ou bien on place dans la vessie un drain en T; ou mieux on suture par quelques points de catgut les muqueuses vésicale et vaginale.

Il faut placer dans le vagin un ou deux gros drains, ne pénétrant pas dans la vessie, mais destinés à éviter la rétention de l'urine dans le vagin.

Cystectomies. — La résection d'une partie de la vessie peut se borner à l'excision d'un lambeau de muqueuse supportant une tumeur pédiculée ou facilement pédiculisable; elle peut

¹ Voy. p. 331.