trituration des tumeurs du col (fig. 110) ; et [dans le but de dégager la tumeur, si, après l'avoir embrassée on se décidait à ne pas l'écraser, ou si, après l'avoir écrasée sans la détacher complétement, on éprouvait de la difficulté à retirer l'instrument, Leroy (d'Étiolles) a ajouté une troisième

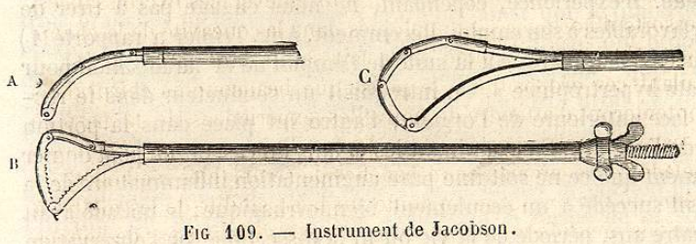

FIG 109. — Instrument de Jacobson.

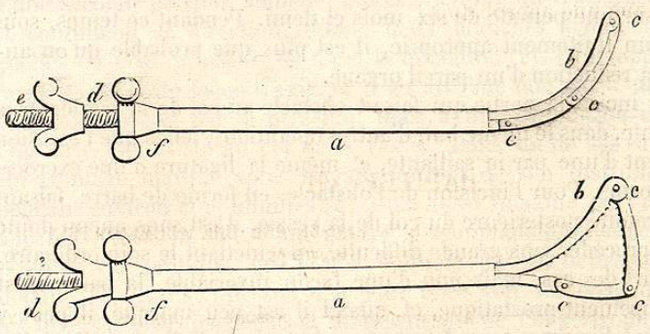

FIG 110. — Exciseur de Leroy (d'Étiolles), pour les tumeurs de la prostate.

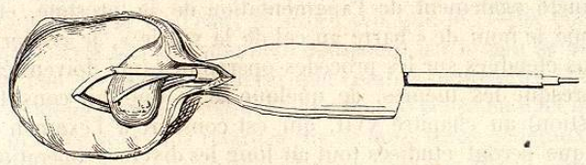

FIG. 111. — Porte-ligature placé, et enserrant une tumeur pédiculée.

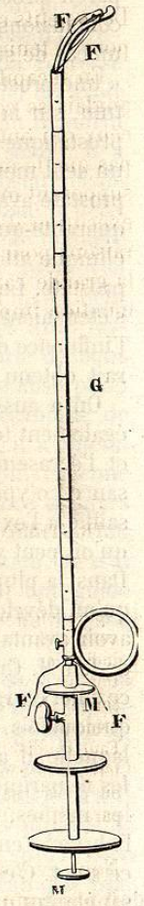

FIG. 112. — Porte ligature de Leroy (d'Étiolles), pour détacher les tumeurs pédiculées.

branche plus mince (fig. 111).] Il a aussi décrit un appareil très-ingénieux pour porter une ligature autour du pédicule d'un polype qui prend naissance sur la portion médiane de la prostate. Il est représenté figure 110. M. Leroy (d'Étiolles) dit aussi s'en être servi « avec succès » (1). On ne

(1) Leroy (d'Étiolles), *Thérapeutique des rétrécissements, des engorgements de la prostate, etc.* Paris, 1849, p. 73 et 77.

donne pas de détails sur l'opération, quoique, il faut bien l'avouer, ils eussent été excessivement intéressants, à cause des difficultés vaincues, et de l'effet ultérieur qui consistait à laisser dans la vessie, après l'opération, une partie escharifiée. En 1856, le même chirurgien a décrit un écraseur contenu dans une canule, de la forme d'une sonde, pour enlever ces excroissances. Deux petits ressorts d'horloger sont appliqués dans la concavité de la chaîne pour la tenir écartée en anse, quand on la fait saillir dans la vessie (1).

En récapitulant ces propositions, je pense que beaucoup de chirurgiens anglais se contenteront d'attendre de nouvelles expériences de la part de ceux qui ont paru jusqu'ici portés à les adopter. Pour ma part, je ne crois pas que le malade retire jamais aucun bénéfice de semblables méthodes, en supposant même qu'il n'existe aucun doute sur la possibilité de les mettre à exécution. J'en fais mention ici, uniquement parce qu'il n'y a pas de bonnes raisons pour ignorer la pratique suivie par les chirurgiens bien connus de la grande capitale du continent. N'allons pas supposer pour cela que cette mention implique une approbation.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE CAUSÉE PAR UNE AUGMENTATION DE VOLUME DE LA PROSTATE

La rétention d'urine causée par une augmentation de la prostate est due en général à la congestion de l'organe; première indication, supprimer la congestion. — Bains; seconde indication, modérer la douleur et le spasme. — Opium; troisième indication, intervention au moyen des instruments. — Sondes, leurs variétés. — Avantages comparatifs des sondes. — Modes d'introduction des sondes rigides, flexibles, etc. — Fausses routes, principales causes des difficultés. — Manière de les éviter. — Instrument de Mercier. — Faut-il vider la vessie en une fois? — Faut-il laisser la sonde à demeure? — Si le cathétérisme ne réussit pas, quels moyens faut-il employer? — Ponction de la vessie au-dessus du pubis; par le rectum; au travers de la symphyse pubienne. — Leurs mérites comparatifs. — Observation. — Opération périnéale. — Conclusions.

Nous avons déjà établi que le terme de « rétention complète d'urine » ne doit pas comprendre ou désigner cette rétention chronique d'urine qu'on rencontre si souvent comme résultat de l'augmentation de la prostate, et qui est si bien connue, mais qu'il ne s'applique seulement qu'à cet état grave où, par suite de cette cause, le malade ne peut plus uriner du tout, ou, en tout cas, en quantité tellement faible, qu'il n'expulse pas la totalité de l'excrétion naturellement produite. C'est une condition dans laquelle il est sous le coup d'une difficulté et d'un danger qui augmentent d'heure en heure, et d'où il est non-seulement convenable, mais nécessaire, pour sauver sa vie, de le retirer au plus vite.

(1) Raoul Leroy (d'Étiolles), *Bulletin de la Société anatomique*. Paris, 1856, p. 420.

Quelque circonstance extérieure donne lieu d'ordinaire à cette exacerbation des symptômes qui constitue l'état en question. Dans le plus grand nombre des cas, l'exposition au froid ou à l'humidité, ou les deux ensemble, tel est l'agent qui, augmentant l'afflux sanguin dans les organes internes, produit la congestion dans la prostate déjà hypertrophiée, ainsi que l'engorgement de ses vaisseaux. Cet engorgement augmente temporairement le volume de l'organe, et obstrue l'orifice uréthro-vésical déjà rétréci. Quelle que soit la cause, cependant, qui favorise ainsi brusquement la congestion de la prostate, c'est à elle dans presque tous les cas, qu'est dû essentiellement l'obstacle. On en peut tirer la première indication pour diriger le traitement, qui est de vaincre ou de dissiper autant que possible la congestion interne. La seconde est de modérer la douleur, et d'apaiser les efforts involontaires, mais infructueux, pour uriner, dont le malade souffre presque toujours cruellement. Troisièmement, et surtout, il faut livrer passage à l'urine, et cela, sauf dans des cas très-exceptionnels, par le canal même de l'urèthre.

On peut remplir la première indication en donnant un bain de siége chaud, ou un bain entier. Dans presque tous les cas, la sonde est le premier et le seul remède à employer, et l'on fait plutôt prendre un bain comme effet préparatoire, s'il doit s'écouler du temps avant l'arrivée du chirurgien. La température doit en être élevée, de 37 à 40 degrés centigrades. Les malades qui y ont déjà eu recours demandent une chaleur plus forte que ceux qui n'y sont pas accoutumés : la durée du bain doit être d'environ quinze minutes, et, pendant ce temps, on en doit augmenter la chaleur plutôt que de la diminuer. Avant que cette période de temps se soit écoulée, il est plus que probable qu'il aura produit son effet complet du côté de la peau, dont les vaisseaux se seront distendus, et qu'on aura ainsi produit une dérivation considérable dans les viscères internes. En même temps, toutefois, s'il y a de grandes souffrances (et ce sera presque toujours le cas, en particulier s'il y a des paroxysmes involontaires de contractions pour chasser l'urine), on usera largement des calmants. L'opium est un des meilleurs; et une des formes les plus avantageuses de l'administrer dans ce but, c'est la « liqueur sédative d'opium », dont on donne de trente à cinquante gouttes, suivant la prescription du médecin.

Avec la troisième et dernière indication se pose la question de la sonde: non pas la question de savoir si on l'emploiera tout de suite ou plus tard, car il ne peut y avoir de doute là-dessus; mais la question du genre de sonde à employer, et de la meilleure manière de triompher des diverses difficultés qui peuvent se présenter. Laissez-moi établir d'abord qu'en y consacrant beaucoup de soin, ainsi que le savoir et le jugement ordinaires, on échouera rarement, très-rarement, dans une tentative pour atteindre la vessie et en faire sortir le contenu, en introduisant avec sûreté un instrument au travers du canal de l'urèthre. Il y a certaines circonstances dans lesquelles cette réussite devient impossible; mais par bonheur elles se présentent peu souvent. Le chirurgien devra être pourvu de sondes d'argent et de gomme élastique, de la longueur et des courbures voulues pour la prostate. D'abord, pour les instruments d'argent, une sonde à prostate

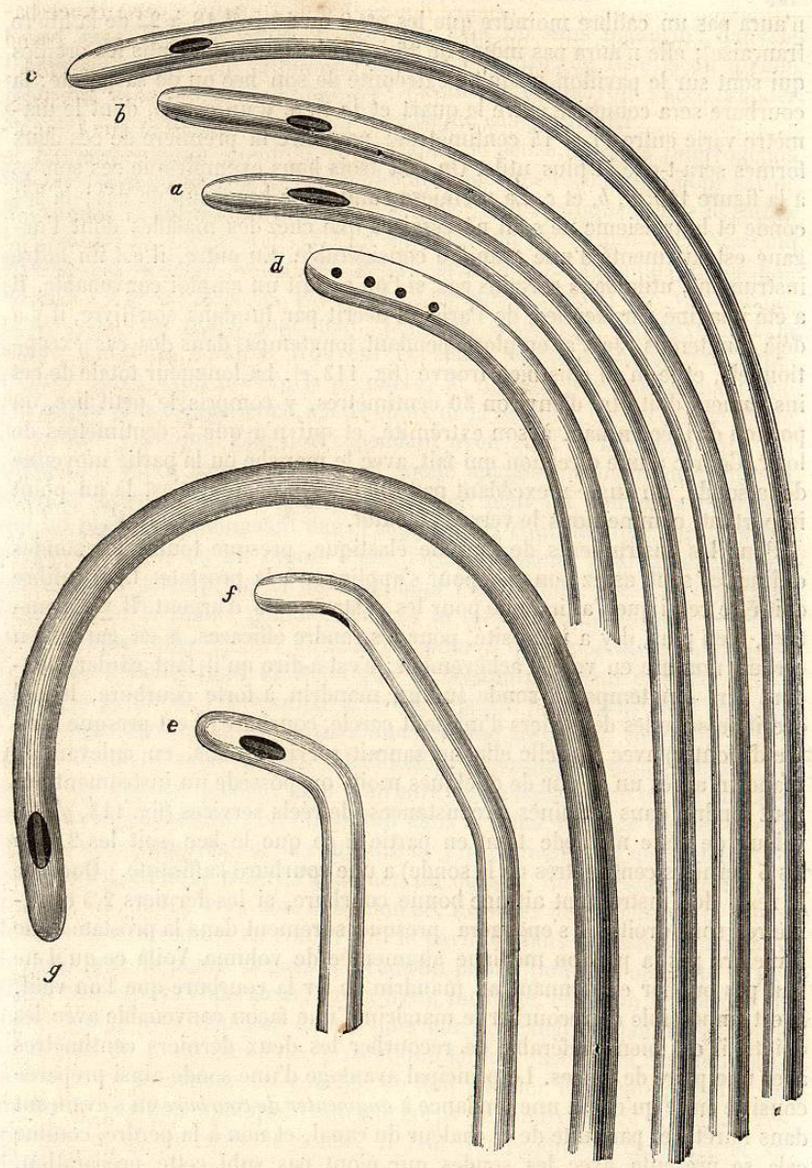

FIG. 113. — Sondes pour le cathétérisme de la prostate (*).

(*) *a*, sonde prostatique n° 1, pour les cas les plus ordinaires; *b*, sonde prostatique n° 2, la courbure calibre de la sonde de Sir B. Brodie; *c*, sonde à prostate n° 3, du plus fort calibre, avec la courbure dite de « Liston »; *d*, sonde à prostate recommandée fortement par feu M. Guthrie. « J'ai obtenu cette courbure particulière, après de nombreux essais, avec un instrument métallique flexible, et c'est celle que je crois la meilleure » (*Anatomy and Diseases of Urinary Organs*, 3e édit., p. 34); *e*, sonde à prostate de Mercier, « sonde coudée », d'argent ou de gomme élastique; *f*, autre sonde flexible, recommandée dans certains cas difficiles, « sonde bicoudée »; *g*, sonde de gomme élastique, montée sur un mandrin de fer à très-forte courbure, dans le but de conserver une courbure prononcée de l'instrument après qu'on a retiré le mandrin.

n'aura pas un calibre moindre que les nos 9 ou 10 [nos 18 à 22 de la filière française]; elle n'aura pas moins de 25 à 34 centimètres, depuis les oreilles qui sont sur le pavillon jusqu'à l'extrémité de son bec ou de sa pointe; la courbure sera comprise entre le quart et le tiers d'un cercle, dont le diamètre varie entre 11 et 14 centimètres; peut-être la première de ces deux formes sera-t-elle la plus utile. On voit trois bons exemples de ces sondes à la figure 113, *a*, *b*, et *c*. La première suffit dans beaucoup de cas; la seconde et la troisième ne sont nécessaires que chez les malades dont l'organe est augmenté d'une manière considérable. En outre, il est un autre instrument, utile dans certains cas, si l'on en fait un emploi convenable. Il a été imaginé par Mercier, de Paris, et décrit par lui dans son livre, il y a déjà longtemps. Je l'ai employé pendant longtemps, dans des cas exceptionnels, et je m'en suis bien trouvé (fig. 113, *e*). La longueur totale de cet instrument doit être d'environ 30 centimètres, y compris le petit bec, ou portion dirigée en haut à son extrémité, et qui n'a que 2 centimètres de long. Ce bec a une direction qui fait, avec le manche ou la partie moyenne de la sonde, un angle n'excédant pas 100 ou 110 degrés; c'est là un point important, comme nous le verrons bientôt.

Pour les instruments de gomme élastique, presque toutes les sondes ordinaires sont assez longues pour s'appliquer à la prostate. Leur calibre doit être celui que j'ai indiqué pour les instruments d'argent. Il y a avantage, bien plus, il y a nécessité, pour les rendre efficaces, à en garder un certain nombre en voie d'achèvement; c'est-à-dire qu'il faut garder, pendant fort longtemps, la sonde sur un mandrin à forte courbure, lequel décrit presque les deux tiers d'un petit cercle, courbure (il est presque inutile d'ajouter) avec laquelle elle ne saurait servir : mais, en enlevant le mandrin après un séjour de quelques mois, on possède un instrument qui peut rendre, dans certaines circonstances, de réels services (fig. 113, *g*). La valeur de cette méthode tient en partie à ce que le bec (soit les 2,5 ou les 5 derniers centimètres de la sonde) a une courbure suffisante. Quoique le reste de l'instrument ait une bonne courbure, si les derniers 2,5 centimètres sont droits, il s'engagera presque sûrement dans la prostate et ne franchira pas la portion médiane augmentée de volume. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier en donnant au mandrin de fer la courbure que l'on veut. Il est impossible de recourber le mandrin d'une façon convenable avec les doigts, il est bien préférable de recourber les deux derniers centimètres avec une paire de pinces. Le principal avantage d'une sonde ainsi préparée consiste en ce qu'elle a une tendance à *augmenter de courbure* en s'avançant dans l'urèthre, par suite de la chaleur du canal, et non à la perdre, comme cela se présente avec les sondes qui n'ont pas subi cette préparation. Immédiatement avant de l'introduire, il est nécessaire de ramener fortement en arrière le pavillon de la sonde, pour remédier temporairement à la courbure énorme qui s'oppose à son passage; mais l'instrument a une tendance naturelle à reprendre sa forme, et en agissant ainsi pendant l'introduction, il donne les meilleures chances de succès lorsque la prostate est grosse et difficile à surmonter avec la sonde ordinaire. De plus, on peut

employer aussi une sonde de gomme, avec ou sans mandrin; dans le premier cas elle est flexible, et rigide dans l'autre; de telle façon qu'elle possède sur les sondes métalliques l'avantage de pouvoir s'accommoder à toutes les courbures du canal pour chaque cas particulier.

Nous n'arriverons à aucun but pratique, je pense, si nous interrogeons les habitudes et les recommandations des autorités reconnues, pour savoir si l'on doit préférer les instruments flexibles ou métalliques dans le cathétérisme pour la rétention suite d'engorgement de la prostate. Nous ne ferions, en agissant ainsi, que placer en regard les opinions et les habitudes les plus opposées, provenant d'hommes doués d'une vaste expérience et d'un grand jugement. Les uns emploient exclusivement la sonde d'argent; d'autres trouvent la sonde élastique infiniment supérieure. Après avoir préféré la première, je n'hésite plus, maintenant que j'ai acquis plus d'expérience, à faire choix de la seconde, c'est-à-dire la sonde de gomme élastique. Elle doit cependant avoir subi le traitement que j'ai indiqué, et servir sans mandrin. La sonde anglaise ordinaire de gomme a aussi ce grand avantage que le chirurgien peut lui donner la courbure qui lui plaît en la plongeant dans l'eau chaude, courbure que l'on parvient presque à fixer, ou au moins d'une façon suffisante pour qu'elle puisse servir sur-le-champ, en la mettant dans l'eau froide. C'est de beaucoup l'instrument le moins pénible, d'après le sentiment du malade, et celui dont l'emploi offre le plus de sécurité, pourvu que l'opérateur mette tous ses soins à l'introduire de façon que la courbure persiste et reste intacte quand la pointe de l'instrument arrive à la partie postérieure de l'urèthre. Cette manœuvre exige de sa part une certaine dextérité, mais elle s'acquiert aisément avec un peu d'habitude. Supposons le malade debout, la sonde de gomme possède une courbure convenable; elle est préalablement huilée et chauffée; on l'introduit dans le canal, la verge dirigée plutôt en bas, mais conduite sur la courbure de l'instrument; en même temps le pavillon est appliqué contre l'abdomen du malade, ou, si celui-ci est très-gras, il est dirigé vers son aine gauche. Près des deux tiers de la sonde doivent être introduits en conservant le pavillon dans la position indiquée, de façon que la pointe dépasse l'arcade du pubis; puis, si l'on porte le pavillon en bas vers l'opérateur, sur la ligne médiane, et qu'on le pousse en même temps avec douceur dans l'intérieur du canal, la pointe s'élèvera au-dessus de toute éminence prostatique faisant obstacle et arrivera dans la vessie. Si le malade est couché, on doit adopter le même principe de garder le pavillon appliqué contre le corps de l'individu. Si la manœuvre manque et qu'on retire la sonde, il faut lui rendre sa courbure et sa rigidité avec la main, et en la plongeant dans l'eau froide avant de la réappliquer.

Si cette sonde échoue, la sonde française à l'extrémité renflée peut réussir. Cet instrument (fig. 114), droit en général, courbe parfois, doit son utilité à sa flexibilité extrême; il ne possède ni courbure ni solidité propres. Elle suit les sinuosités de l'urèthre et trouve souvent une voie que l'instrument rigide n'a pu découvrir. Le bout, tendre et délicat, surmonté d'un

léger renflement, qui l'empêche de s'engager dans une lacune ou autre obstacle semblable de l'urèthre, se glisse partout, et le corps plus volumineux de l'instrument le suit. Pour s'en servir, on tirera sur le pénis horizontalement, le malade debout et la sonde poussée dans la même direction du commencement jusqu'à la fin. Des sondes fabriquées avec la même substance, mais présentant une forme « coudée », sont d'une grande valeur dans le traitement de l'affection qui nous occupe (voy. p. 465.)

FIG. 114. — Sonde à extrémité renflée.

Naturellement, ces instruments n'ont pas de mandrins et ne sont jamais employés avec eux. En règle générale, tous les instruments flexibles doivent servir sans tige rigide à l'intérieur, puisque celle-ci vient détruire la qualité même qui est la source de leur valeur. Néanmoins il y a quelques exceptions à cette règle, et le mandrin a quelquefois une valeur réelle.

L'usage du mandrin est double. D'abord, quand l'instrument d'argent présente une courbure insuffisante, on a les moyens d'employer un instrument rigide, bien qu'il soit de gomme, avec telle courbure que l'on désire, après l'avoir communiquée au mandrin, lequel doit être plus solide et plus fort qu'un simple fil métallique. En second lieu, il sert à mettre en pratique une manœuvre de la plus grande utilité, bien connue pour avoir été imaginée par feu William Hey (de Leeds). Beaucoup de chirurgiens en ont retiré avantage en l'employant dans les circonstances difficiles. On peut la décrire ainsi : La sonde, montée sur son mandrin, est conduite jusqu'à l'obstacle ; là on retire le mandrin de 2 centimètres environ, ce qui a pour effet d'augmenter la courbure et d'élever la pointe de la sonde, de façon à lui faire franchir l'obstacle prostatique plus facilement que par aucune autre méthode (1). Le mandrin doit être assez gros pour ne point s'échapper par les yeux de la sonde, dans les mouvements en bas ou en avant qu'on lui imprime.

Malgré tout, il peut devenir nécessaire de recourir à la sonde d'argent. C'est ce que je ne fais jamais avant d'avoir échoué dans le cathétérisme pratiqué d'après les deux méthodes indiquées. Comme il est désirable de suivre une manière uniforme de l'introduire, et d'en adopter une des meilleures, je vais décrire en détail les diverses manœuvres que l'on doit faire pour arriver à l'introduire facilement. Le chirurgien, debout au côté gauche du lit du malade, étendu dans une position commode, saisit légèrement la sonde entre le pouce, l'index et le doigt du milieu de sa main droite, qui est en supination ; le premier (le pouce) appliqué, en conséquence, contre la face supérieure du pavillon, tout contre les oreilles ; les deux autres doigts soutenant la sonde plus bas, et dans une direction

(1) W. Hey, *Practical Observations in Surgery*. London, 1814, 3e édit., p. 399, 400.

horizontale. Le pénis peut être saisi indifféremment entre le pouce et les doigts de la main gauche, ou de la manière suivante, qui présente une certaine commodité. Alors la face palmaire de la main gauche tournée en haut, le doigt du milieu et les deux derniers saisissent le gland à la façon d'un cercle en arrière de la couronne du gland ; l'index et le pouce sont libres pour rétracter le prépuce, si cela est nécessaire. L'extrémité de la sonde est alors introduite dans l'urèthre ; la direction de la partie moyenne est parallèle à la ligne de l'aine gauche, et l'instrument est porté aussi loin que possible sans élever le manche au-dessus de la ligne horizontale. Puis on porte doucement le pavillon vers la ligne médiane du corps, en même temps qu'on l'élève un peu, de façon que la pointe s'engage sous l'arcade du pubis. A ce moment, on abandonne le pénis, et l'on porte le pavillon de l'instrument vers la perpendiculaire, puis on le dirige doucement en bas, vers l'intervalle qui sépare les cuisses du malade, tandis qu'en même temps on exerce sur lui une légère traction, de façon à garder le bec de l'instrument appliqué contre la voûte de l'urèthre et à lui permettre de glisser tout contre l'arcade du pubis ; après cela, à moins que l'obstacle ne soit très-considérable, l'instrument pénétrera bientôt dans la vessie, en glissant sur les petites proéminences du plancher du col vésical. A supposer que l'on ne triomphe pas de la difficulté par ce moyen bien simple, il ne reste que deux manières d'opérer qui présentent une chance raisonnable de succès avec la sonde d'argent à courbure ordinaire pour la prostate. La première consiste à suivre de plus près, ou plus soigneusement, la face supérieure, ou voûte, de l'urèthre, soit en retirant l'instrument et en abaissant plus vite le pavillon, soit en employant une sonde à extrémité plus longue et plus courbée, de façon à passer au-dessus, si c'est possible, d'une grosse tumeur de la partie médiane, ou de toute autre saillie de cette partie. La seconde est d'incliner le bec, quand il est arrivé à la prostate, à droite ou à gauche, pour passer à travers le sinus ou la gouttière qui, dans une plus ou moins grande étendue, règne de chaque côté de cette portion médiane saillante, et pénétrer dans la vessie, non pas au-dessus, mais latéralement par rapport à l'obstacle. Tels sont les points que l'expérience et nos connaissances sur l'anatomie pathologique de l'organe nous montrent qu'il faut retenir.

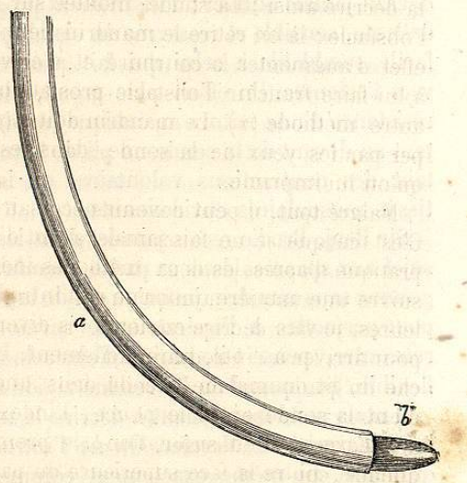

FIG. 115. — Sonde d'argent ouverte à son extrémité, et sonde de gomme introduite dans son intérieur.

Une combinaison des deux instruments peut être quelquefois utile. Pour

les employer, il faut prendre une grosse sonde d'argent (nos 10 ou 11) [nos 20 à 22 de la filière française] ou la sonde prostatique courbe no 1 (fig. 115, *a*), complétement ouverte à son extrémité, comme si l'on en avait coupé la pointe. Une sonde flexible de gomme élastique, d'un calibre suffisant pour remplir d'une façon assez exacte le canal de la sonde d'argent, est introduite dans son intérieur assez loin pour que la pointe de l'instrument flexible fasse saillie, en guise d'obturateur (*b*). L'appareil est introduit jusqu'à l'obstacle. La sonde d'argent est tenue de la main gauche; on pousse doucement l'instrument flexible au dedans de la première, et celui-ci peut poursuivre sa route jusqu'à la vessie, quand ni la sonde d'argent ni celle de gomme n'auraient passé seules.

En employant une quelconque des manœuvres mentionnées ci-dessus, l'instrument doit être conduit avec une extrême légèreté, et l'on ne doit s'en servir qu'avec douceur et délicatesse. Ce n'est point par d'autres moyens que l'opérateur peut apprendre à apprécier la résistance qu'éprouve la pointe; avec l'instrument de gomme élastique surtout, il peut facilement se tromper s'il exerce une pression inutile; au lieu d'avancer, il vient s'arrêter dans quelque lacune, ou sur quelque pli de la muqueuse, tandis que l'instrument continue, malgré tout, à disparaître sous la pression de la main, en se recourbant à l'intérieur de l'urèthre. Aucune main exercée, cependant, ne peut se tromper à la sensation de résistance produite dans ce cas; néanmoins cela a souvent été une source de déception, qui a eu pour résultat fréquent la déchirure de l'organe. C'est une remarque vulgaire de Civiale, « qu'une sonde ne va bien que quand elle est *avalée* par l'urèthre; aucun mouvement plus rapide ni plus puissant ne doit être *permis*. » Il y a, dans cette comparaison remarquablement juste, une vérité qu'on ne devrait jamais oublier; l'instrument progresse au travers de la muqueuse délicate, sensible et resserrée du canal, par un mouvement lent, continu et facile, semblable à celui qui fait progresser le bol alimentaire du gosier vers l'estomac. Un effort plus grand, plus rapide, ne fait qu'exciter une résistance d'une nature mécanique ou vitale; dans le premier cas, en portant au devant de la sonde un pli de la muqueuse; dans le second, en excitant des contractions volontaires ou involontaires de quelques-uns des tissus musculaires environnants.

Sir Benj. Brodie recommande, dans les cas où « l'urèthre est irritable et sujet aux spasmes dans sa partie membraneuse », de conduire la sonde de gomme sans mandrin jusqu'au col de la vessie, et d'introduire alors celui-ci pour permettre à l'opérateur de surmonter l'obstacle en cet endroit. On rencontre, pense-t-il, moins d'obstacle à ce niveau, quand la sonde est flexible, que quand on l'a rendue rigide au moyen d'un mandrin (1).

Il nous reste maintenant à décrire la manière d'employer la sonde angulaire d'argent de Mercier. On ne l'introduit pas à la façon d'une sonde ordinaire, ni même exactement comme le lithotriteur, auquel elle ressemble si fort. Le succès de son emploi, dans les cas difficiles, dépend de

(1) Sir Benj. Brodie, *op. cit.*, p 191.

son maniement d'après une méthode particulière, sans quoi on n'en saurait tirer aucun avantage.

L'idée d'un instrument avec un bec situé presque à angle droit avec son corps, et n'ayant pas plus de 19 à 22 millimètres de longueur, a pris son origine dans la forme et le calibre particuliers qu'on sait appartenir à l'urèthre dans une hypertrophie considérable des lobes latéraux de la prostate. Comme je l'ai montré au chapitre V, en parlant de l'anatomie pathologique de l'hypertrophie, l'urèthre, dans la portion prostatique, augmente beaucoup de dimension, de son plancher à sa voûte, l'ouverture dans la vessie s'allonge dans le sens vertical; en sorte que le canal forme un long ovale dans son diamètre recto-pubien, au lieu d'une section arrondie, quand l'instrument vient le distendre; en même temps, il existe en général une brusque élévation sur le plancher du col vésical, une sorte de marche à franchir à l'entrée de la vessie. Voyons maintenant le moyen d'adapter l'instrument à cette situation. La manière suivante de s'en servir, pour répondre à l'idée suggérée par l'état anatomique, nous vient de Mercier, son inventeur; nous ne donnons cependant pas ici exactement ses propres termes. L'opérateur se tient indifféremment du côté droit ou du côté gauche du malade, allongé lui-même sur un lit; le côté droit convient mieux au dernier temps de l'opération : c'est la position dans laquelle nous allons le considérer. Prenant le pénis dans sa main gauche, et saisissant la sonde avec sa droite, le chirurgien l'introduit à la manière ordinaire, jusqu'à la portion bulbeuse de l'urèthre; à ce moment, il élève le pavillon de l'instrument presque à angle droit sur le corps du malade. Ensuite il ne suffit pas de déprimer simplement la sonde entre les cuisses du malade, parce qu'on ferait buter son bec contre la voûte de l'urèthre, sans qu'elle avance le long du canal, comme dans le cas de la sonde courbe; mais on doit combiner deux actions, la pression dans le sens du corps de la sonde, et l'abaissement : le degré d'abaissement doit se régler sur le chemin qu'on sent parcourir au bec, à mesure qu'il glisse au travers des parties profondes de l'urèthre vers la prostate. Jusque-là nous l'avons introduite précisément de la même façon qu'un lithotriteur ordinaire. Mais s'il y a un obstacle de la nature en question, aussitôt que l'instrument est arrivé jusque-là, et qu'il n'avance plus par les moyens indiqués, on doit abaisser le pavillon jusqu'à ce qu'il atteigne presque la ligne horizontale entre les cuisses, direction dans laquelle on le poussera doucement en arrière, de façon que la totalité de la courte portion recourbée, et non pas sa pointe seulement, s'avance le long de la portion prostatique de l'urèthre. La forme du canal, dans les cas d'hypertrophie considérable de la glande, permet, comme nous l'avons vu, cette progression; la sonde arrive ainsi à la marche ou barre que l'on rencontre au col de la vessie, et la même pression douce, en faisant varier un peu la direction de l'instrument pour « l'accommoder » au trajet, peut le faire glisser par-dessus cet obstacle, directement dans la vessie. On voit l'application de l'instrument à cette forme de l'urèthre dans les figures 87, 88, 89 et 90, aux pages 365, 366.

Je n'ai pas essayé cet instrument dans les cas où j'avais échoué d'abord

par d'autres moyens. Cependant je l'ai introduit, comme essai, avec facilité et de la manière décrite, dans quelques-uns [de ceux auxquels il convient. Je ne puis donc parler de sa supériorité en dernier ressort, c'est-à-dire après l'échec des instruments courbes, flexibles et rigides, circonstance pour laquelle l'auteur le recommande surtout; nous devons ajouter qu'il le considère comme pouvant, dans ce cas, éviter un cathétérisme forcé au travers de la portion médiane (troisième lobe), ou la ponction de la vessie. Mais n'est-il pas très-rare, avec toutes les formes imaginables de sondes flexibles que nous possédons maintenant, qu'un pareil échec se présente? Dans une seule occasion, j'ai dû ponctionner la vessie pour une rétention causée par une grosse prostate; mais, dans ce cas, sous l'empire des circonstances qui auraient rendu la sonde de

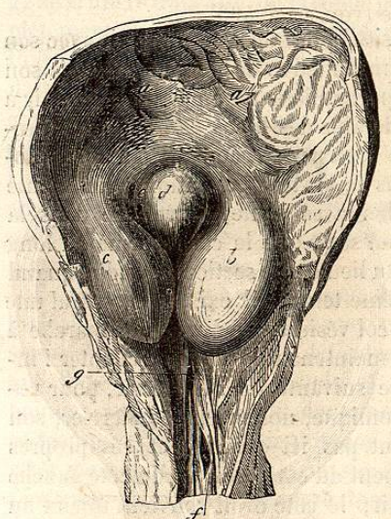

FIG. 116. — Déviation extraordinaire du col vésical.

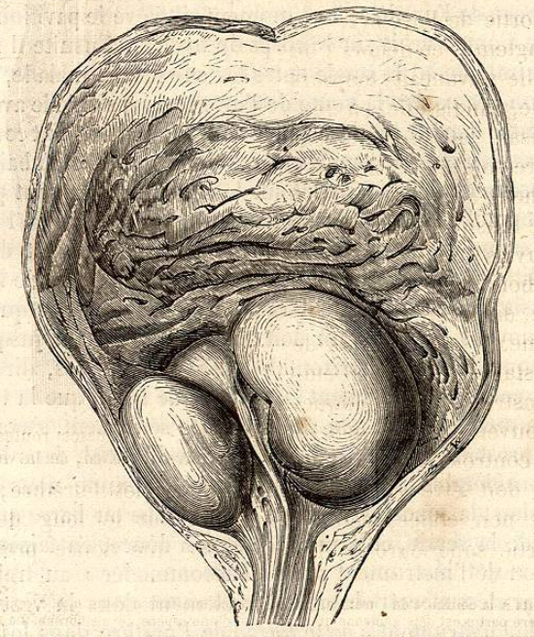

FIG. 117. — Fausses routes au niveau du col de la vessie.

Mercier aussi inutile que toutes les autres pour le cas présent. Nous rapporterons cette observation, qui présente un intérêt considérable, quand nous en arriverons à la ponction de la vessie (voy. page 483).

La cause réelle de la difficulté, dans ces cas, c'est l'existence des fausses routes. [La figure 116 montre en *f*, *g*, des exemples de fausses routes; en *b*, *c*, *d*, trois tumeurs prostatiques. La figure 117, empruntée au musée Dupuytren, montre jusqu'à quel point peut être portée la déviation du canal de l'urèthre aux environs du col de la vessie. Celle-ci est produite par trois tumeurs volumineuses. Au-dessous de la plus petite, on aperçoit les orifices de plusieurs lacunes, vestiges de fausses routes plus ou moins anciennes. Les figures 118, 119, 120, 121 et 122, nous offrent des exemples bien frappants de ces diverses variétés de fausses routes.] Il arrive souvent que, dans un cathétérisme ancien, la sonde a perforé l'obstacle, est sortie de l'urèthre, et a cheminé longtemps en dehors : on croyait qu'elle s'avançait toujours vers la vessie, tandis que, en réalité, elle faisait fausse route sur les côtés du rectum ou de la vessie. Après ce facheux accident, il arrive toujours que l'instrument s'engage dans le mauvais trajet bien plutôt que dans le bon; dans tous les cas il est difficile, dans certains cas impossible même de l'éviter. Dans de telles circonstances, on doit employer un instrument métallique, dont les mouvements permettent un meilleur contrôle que la sonde élastique. Il doit être aussi gros que le permet l'urèthre; sa pointe, émoussée et non effilée, sera maintenue tout le long de sa course contre la partie supérieure de l'urèthre par une douce pression qu'on

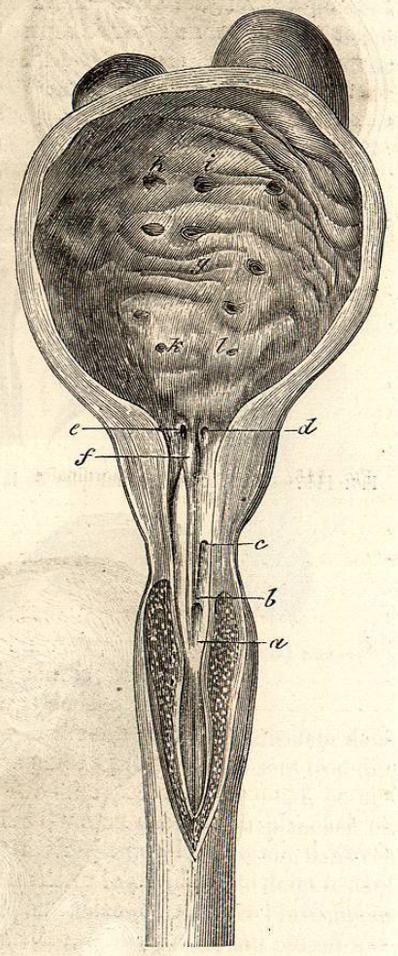

FIG. 118. — Fausses routes multiples au niveau du col de la vessie (*).

(*) Rétrécissements à la courbure de l'urèthre, où commence une fausse route *a*, *b*, *c*, qui s'étend jusqu'à la prostate. La première partie est déjà ancienne et recouverte d'une espèce de membrane. La seconde partie est plus récente; les tissus avaient été déchirés. Le véritable canal, beaucoup moins large, est placé au côté droit, et un peu plus haut que la fausse route. La crête urèthrale *f* est fort saillante, et sur les côtés se trouvent deux lexcavations *c*, *d*. La vessie est hypertrophiée et sa face interne présente les orifices d'un grand nombre de celaules, dont deux, beaucoup plus développées, se trouvent près du sommet des viscères. Celle du côté gauche urait contenu un gros œuf. Les orifices des uretères sont plus grands que dans l'état normal. (Civiale, t. II.)