

TROISIÈME LEÇON.

Du cathétérisme de l'urèthre dans les cas pathologiques.

MESSIEURS,

Je vous ai exposé dans notre précédente leçon les règles qui régissent l'opération du cathétérisme d'un urèthre normal ; nous allons étudier aujourd'hui les modifications que présente le cathétérisme dans les cas pathologiques.

Il serait peut-être plus rationnel d'attendre la description de ces états anormaux et de vous présenter alors les indications particulières qu'ils commandent ; mais j'ai pensé que vos esprits seraient plus frappés par la comparaison, le parallèle que l'on peut établir entre des opérations qui portent le même nom, et qui cependant diffèrent par des points nombreux ; j'ai cru que ces différences se graveraient mieux dans votre mémoire par l'opposition, la mise en regard des diverses manœuvres opératoires que ces états morbides réclament.

Dans les cas de lésion du canal, commencez toujours par pratiquer le cathétérisme explorateur avec une bougie à boule ; prenez à cet effet une bougie d'une certaine grosseur ; vous aurez ainsi la notion du siège exact des lésions. Vous constaterez dans la région spongieuse du canal un rétrécissement, une bride cicatricielle, un corps

étranger, une fausse route ; plus loin, dans la région membraneuse, un spasme musculaire, contraction réflexible des muscles péri-urèthraux provoquée par votre instrument ou par une lésion du canal, spasme qu'on a décoré du nom de rétrécissement spasmodique, mais qu'avec de la patience et de l'adresse vous arriverez presque toujours à vaincre avec la sonde ; plus loin encore, dans la région prostatique, les déviations du canal, la présence d'un calcul, la vascularisation et le ramollissement de la muqueuse qui saigne au moindre contact ; vous pourrez même soupçonner les obstacles qui siègent au col de la vessie. Si l'olive qui termine la bougie est assez volumineuse, elle vous donnera des renseignements utiles dans les cas de fausse route, de rupture de l'urèthre. Dans ces états pathologiques, le cathétérisme présente de grandes difficultés, qui exercent toute la sagacité et l'adresse du chirurgien.

Les sondes bougies à bout olivaire doivent être préférées à tout autre instrument dans les rétrécissements peu étroits et les spasmes du canal ; si elles ne franchissent pas l'obstacle créé par le spasme, il faut employer la sonde métallique qui, conduite avec ménagement, aura justice de la résistance opposée par la contraction musculaire. « Le spasme peut à la rigueur empêcher l'urine de sortir, » dit Thompson ; je ne sache pas qu'il ait jamais empêché « un instrument d'entrer. La plupart du temps, la faute est « à la main de l'opérateur, et non au spasme. »

Si le rétrécissement est trop étroit pour laisser passer une sonde de petit calibre, on a recours aux bougies ; nous avons, vu dans la dernière leçon, comment une bougie fine peut, dans certains cas, amener l'évacuation de l'urine. L'in-

roduction des bougies dans un rétrécissement très étroit est chose difficile ; on procède par tâtonnements, ou l'on a recours à certains artifices : la bougie façonnée, tortillée, de Leroy d'Étiolles, est un des meilleurs ; mais l'élasticité et la gracilité de l'instrument qui se laisse ployer à volonté ne permettant pas le maintien de ces courbures, M. Curtis a trouvé le moyen de les rendre fixes ; en les enduisant de collodion.

Dans ces derniers temps, M. le professeur Le Fort a fait fabriquer des bougies flexibles et de petites dimensions pourvues à l'intérieur d'une fine baleine, laquelle permet d'éviter les incurvations de la bougie.

On arrive quelquefois à traverser le rétrécissement en se servant, comme le conseille Thompson, d'une injection de 15 à 20 grammes d'huile d'olive pure : « au moment, dit-il, où l'huile traverse le rétrécissement, l'opérateur perçoit quelquefois distinctement une sensation très-légère, mais bien évidente, de résistance vaincue qui se communique à la main, et une diminution de la tension du canal en avant du rétrécissement. On retire alors la seringue, l'index et le pouce maintenant toujours le méat fermé, afin qu'il ne s'échappe pas d'huile. On introduit ensuite la plus petite bougie, et l'on essaie de lui faire traverser le canal, tout au moins jusqu'au rétrécissement. . . . le canal a été non-seulement lubrifié, mais encore quelque peu distendu par la pression mécanique de la colonne d'huile, qui a été passée au travers. Quelquefois, ce fait se remarque sur une étendue suffisante pour venir grandement en aide à l'opérateur. »

On peut encore se servir du procédé dit de la bougie

appuyée : une sonde ou une bougie olivaire d'un certain volume est conduite sur la partie antérieure du rétrécissement, et maintenue en position avec une certaine pression pendant quelques minutes ; quelquefois ces manœuvres déterminent la sortie d'une petite quantité d'urine, qui facilite l'engagement de l'instrument.

Si tous ces moyens échouent, on peut être amené à discuter la question du cathétérisme forcé. Je ne vous parlerais point de ce procédé brutal qui consiste à frayer à l'aveugle, au travers de la région périnéale profonde, une route qui mène dans la vessie, si, dans ces dernières années, quelques chirurgiens français de grand mérite, Voillemier entre autres, n'avaient cru lui trouver des indications. Employé probablement dès les temps les plus reculés pour vaincre un obstacle insurmontable à l'écoulement de l'urine, ce procédé fut en quelque sorte érigé à l'état de méthode par Desault, qui le préconisa dans tous les cas où les procédés de douceur étaient insuffisants. Chopart, Boyer, Roux l'acceptent avec réserves, puis cette opération tombe dans un discrédit complet. Dans son traité des maladies des voies urinaires, Voillemier cite trois cas de réussite, mais aucun de ces malades n'a été revu longtemps après l'opération ; on n'en connaît donc pas les résultats définitifs. Les chirurgiens préfèrent avoir recours soit à la ponction de la vessie, soit à l'uréthrotomie externe, qui paraît plus sûre, moins dangereuse, et assure pour l'avenir un meilleur fonctionnement du canal que le cathétérisme forcé. Dans l'hypertrophie de la prostate avec déformations de l'urètre et du col de la vessie, le cathétérisme présente des modifications commandées par les déviations du canal et

l'élongation de la région prostatique. Cet état coïncide souvent avec une dilatation de la partie postérieure du canal, et la forme en entonnoir ou en croissant du col de la vessie ; vous croirez alors que la sonde a pénétré dans le réservoir urinaire parce que vous verrez couler une certaine quantité d'urine, tandis qu'elle sera arrêtée dans la région prostatique. Je vous mets en garde contre cette erreur qui aurait les plus fâcheuses conséquences, puisque qu'en vous arrêtant à ce niveau vous n'arriveriez pas à vider la vessie. Dans ces affections, la sonde à courbure brusque de Mercier et la sonde à béquille vous seront très utiles comme instruments d'exploration et d'évacuation ; le changement de direction du pavillon permet en effet d'apprécier le sens de la déviation du canal, et l'étude de cette déviation, la profondeur à laquelle elle commence, indiquent le volume d'une saillie prostatique latérale ; lorsque la sonde avance difficilement et se trouve serrée pendant un certain parcours avant de pénétrer dans la vessie, on conclut à une hypertrophie latérale et symétrique, La valvule uréthroprostatique et la barre au col de la vessie se reconnaissent à la saccade, au saut brusque de l'instrument explorateur au moment où il franchit l'obstacle, saccade qui fait défaut lorsqu'il n'y a qu'une simple saillie du lobe médian de la prostate. Dans toutes ces manœuvres, suivez les règles fondamentales du cathétérisme ; allez doucement, légèrement ; que le canal gouverne votre sonde, que les efforts de votre main soient réduits à l'indispensable ; si vous n'arrivez pas avec la sonde que vous aurez choisie, changez-la ; employez successivement des sondes rigides de courbures variées ; des sondes molles à béquille, des sondes molles à grande cour-

bure fixe, vous finirez par en trouver une qui s'adapte à la direction du canal. Après avoir passé cette sonde, il vous sera généralement facile de faire pénétrer une sonde de caoutchouc vulcanisé, lors des cathétérismes évacuateurs nécessités par la nature de la maladie ; employez ces sondes flexibles chaque fois que vous le pourrez, vous ménagerez ainsi la sensibilité extrême et la friabilité de la muqueuse de la prostate et du col de la vessie. Dans quelques cas, vous serez obligés de pratiquer le cathétérisme sur conducteur, dit encore cathétérisme par substitution, qui rend également des services dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre ; voici comment vous procéderez : vous introduirez dans la vessie une bougie fine, portant à son extrémité extérieure un pas de vis auquel s'adapte un long stylet ; sur ce conducteur vous glisserez une sonde molle à deux bouts ouverts, bien huilée à l'extérieur et à l'intérieur ; confiant l'extrémité du stylet à un aide chargé de le maintenir fixe, vous pousserez doucement la sonde, lorsque celle-ci aura pénétré dans la vessie, vous retirerez le conducteur. M. Maisonneuve se sert d'une bougie à uréthrotomie interne, sur laquelle se visse l'extrémité de la sonde qui, dans ce cas, porte une ou deux ouvertures latérales. Ce procédé permet de retirer la sonde à chaque évacuation, tout en laissant à demeure la bougie : nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous étudierons le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Dans les cas de fausses routes, c'est encore par le cathétérisme explorateur qu'il faut préluder. M. le professeur Guyon recommande avec beaucoup de raison d'employer une grosse olive ; le siège de l'obstacle indiquera celui de la

fausse route, et dans certains cas de fausse route prostatique, l'olive l'évitera, grâce à ses dimensions, et pénétrera dans la vessie; si l'olive est perforée, l'instrument explorateur servira à l'évacuation; après l'avoir retiré, vous le remplacerez par une sonde molle, qui sera maintenue à demeure pendant un temps suffisant. Rappelez-vous qu'on observe les fausses routes dans toutes les parties du canal. Dans un urèthre normal, deux fausses routes sont à craindre; la première avant le collet du bulbe, si on n'abaisse pas assez le pavillon; le cul de sac du bulbe est enfoncé; la seconde, après le collet, si on abaisse trop le pavillon: la sonde déchire la paroi supérieure du canal. Dans un urèthre malade, c'est principalement en avant d'un rétrécissement, ou d'une saillie prostatique qui dévie le canal, ou encore dans les cas de caverne de la prostate, de valvule uréthroprostatique, de tumeur du col de la vessie, que la fausse route peut être facilement produite. Une sensation de résistance subitement vaincue, la progression de la sonde par soubresauts, la douleur, l'absence de constriction sur la sonde, l'écoulement de sang par le méat, l'inclinaison latérale du pavillon, la déviation du bec constatée par le toucher rectal, tous ces signes réunis permettent d'affirmer avec presque certitude l'existence de la fausse route. La véritable difficulté du cathétérisme dépend évidemment de l'état du canal au moment de la production de l'accident: commencez par essayer le cathétérisme sur conducteur, s'il ne réussit pas dans le cas de rétrécissement, pratiquez l'uréthrotomie externe, et profitez de l'incision de l'urèthre pour guérir la fausse route. M. Mercier a recommandé dans les cas de fausse route ce qu'il appelle le cathétérisme invaginé: il se sert

d'une grosse sonde d'argent, dont l'œillère se trouve sur la concavité; la partie qui dépasse l'œillère est pleine; elle vient s'appliquer sur l'entrée de la fausse route et l'oblitére: en poussant dans l'intérieur de cet instrument une sonde en gomme fine ou un cathéter flexible en métal, on peut les engager dans le rétrécissement. Ce moyen est bon à connaître, car dans les cas difficiles, on est heureux d'avoir à sa disposition tous les artifices du cathétérisme.

Dans les ruptures de l'urèthre, le cathétérisme est souvent impossible; la règle est de ne pas exagérer les dégâts par des manœuvres intempestives. Mais nous ne pourrions rien vous dire de véritablement utile en ce moment sur ce sujet; chaque cas présente des indications particulières que nous apprécierons, lorsque nous étudierons les lésions traumatiques de l'urèthre. L'étude complète du cathétérisme soulève encore l'examen de quelques questions.

On a cité des cas d'arthrites déterminés par le cathétérisme, faits inexplicables, qui prouvent que toute excitation de l'urèthre peut devenir l'occasion de fluxions articulaires. D'autres fois, ce sont des frissons plus ou moins intenses, et même de véritables accès intermittents, accidents uréthraux dont nous verrons encore des exemples dans certaines complications de l'inflammation du canal. Dans certains cas d'hypertrophie prostatique, le cathétérisme sera plus facile en plaçant le malade debout, ou appuyé sur le bord du lit: rappelez-vous alors les chances d'accidents qu'entraîne une évacuation trop rapide et trop complète, surtout dans la position verticale. Dans aucun cas, l'évacuation rapide n'est avantageuse; dans beaucoup de circonstances, l'évacuation complète de l'urine amène

de la prostration et de la fièvre, et les malades succombent à des lésions graves de la vessie, des bassinets et du rein. Peut-être l'accès de l'air, dans une vessie malade, est-elle la cause de ces accidents. Le professeur Traube, de Berlin, a cherché à les expliquer par l'introduction, au moyen de la sonde, de vibrions qui détermineraient la fermentation ammoniacale de l'urine dans la vessie, et par suite tous les accidents locaux et généraux que provoque cette altération de l'urine. Vous connaissez les travaux de M. Pasteur sur ce sujet important, et ses différentes communications à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine. Je ne puis pas, cependant, vous conseiller de ne pas vous servir deux fois de la même sonde; cela serait impraticable; et d'ailleurs, à quoi est-on arrivé, en conseillant de ne pas vacciner deux sujets avec la même lancette, dans l'idée d'une transmission possible de la syphilis par le vaccin ou par le sang? On pourrait en dire autant de la plupart des instruments qui servent dans les opérations chirurgicales, et vous ne persuaderez jamais les chirurgiens de sacrifier, après chaque opération, tout leur appareil instrumental. Prenez donc le soin de tenir vos sondes dans la plus grande propreté; lavez-les en dehors et en dedans avec de l'eau savonneuse, puis avec une solution antiseptique; renouvelez, si vous le voulez, ce lavage avant de vous servir de vos instruments, et vous aurez ainsi rempli, dans toute la mesure du possible, les obligations qu'imposent les préceptes de la science.

Dans certains cas, il est utile de maintenir une sonde à demeure dans la vessie. Bien des procédés ont été décrits

pour la fixation des sondes: je ne vous en donnerai qu'un, simple et efficace, dont plusieurs chirurgiens ont revendiqué la priorité. Il consiste à fixer les liens qui embrassent la sonde aux poils du pubis, près de la racine de la verge: outre la sûreté, ce moyen présente l'avantage d'avertir le malade lorsque la sonde tend à sortir de l'urèthre, par la sensation douloureuse produite par le tiraillement des poils.

Il me reste, Messieurs, à vous parler du cathétérisme chez la femme. Vous pouvez vous servir, comme chez l'homme, de sondes rigides et de sondes flexibles: dans l'état normal du canal, ce cathétérisme est une opération très-facile; la direction rectiligne de l'urèthre, sa brièveté, sa dilatabilité, le rendent accessible aux instruments les plus variés. Mais vous rencontrerez un certain nombre de femmes qui se prêteront difficilement à une position qui exige la mise à nu du méat urinaire; dans ce cas, vous vous rappellerez qu'en écartant les lèvres avec l'index et l'annulaire, le médius porté à l'entrée du vagin et ramené lentement en avant, rencontre une petite dépression qui est le méat urinaire: vous emploierez alors de préférence la sonde métallique. C'est encore l'instrument rigide qu'il faut employer dans les déviations du canal. Ces déviations s'observent dans la grossesse, où l'urèthre remonte derrière la symphyse pubienne; il faut alors diriger la sonde en haut et en avant: on les rencontre surtout dans certains états pathologiques de l'utérus et de la vessie; dans la chute de l'utérus, le canal se porte en bas vers le bas-fond de la vessie entraînée par l'utérus, et la sonde doit être dirigée

en arrière et en bas ; souvent alors, on se sert avec avantage d'une sonde d'homme dont on tourne en bas et en avant la concavité. La sonde à demeure se fixe, comme chez l'homme, aux poils du pubis, ou bien à l'aide de fils qui entourent la racine des cuisses, et sont maintenus en place par deux bouts de bande partant d'une ceinture.

QUATRIÈME LEÇON.

De l'Urétrite. — Urétrite algüe — Ses causes Signes — Complications.

L'urétrite est la plus fréquente des maladies des voies urinaires ; elle se développe sous l'influence des causes les plus variées. Il n'entre pas dans mon programme de vous tracer son histoire complète ; bien que sa variété principale, l'urétrite blennorrhagique, paraisse appartenir aux maladies des voies urinaires, elle en a été distraite au point de vue de l'enseignement, et sa description détaillée rentre dans le cadre du cours des maladies vénériennes. Cependant, je ne puis la passer complètement sous silence, eu égard aux indications que son traitement comporte, et aux lésions qu'elle produit souvent dans le canal et dans les tissus du voisinage, lésions qui deviennent le point de départ d'affections graves ; à ces titres, on peut dire que l'inflammation blennorrhagique de l'urèthre est une des causes les plus habituelles des maladies des voies urinaires.

L'urétrite a reçu des noms divers : anciennement, on l'appelait gonorrhée, terme qui veut dire écoulement de semence ; on la prenait alors pour un écoulement de sperme corrompu. Les expressions de blennorrhagie, de blennorrhée, inventées à la fin du siècle dernier par Swediaur, sont aussi inexactes, car ces expressions signifient écoule-