

c'est pour d'autres symptômes que nous sommes consultés et nous devons y venir indirectement.

Dans le premier cas, les malades se plaignent d'envies fréquentes, diurnes et nocturnes, d'incontinence, de douleurs dans la miction, d'altération dans les urines. L'examen vous montrera que la vessie ne se vide point. Établissez ce fait : 1° par la vue et la palpation abdominale; 2° par le cathétérisme. Faites uriner le malade. La miction terminée, s'il reste un globe vésical, visible et palpable, remontant plus ou moins haut vers l'ombilic, c'est qu'il existe de la stagnation avec distension vésicale. Que si la vessie ne s'est point distendue, s'il y a simplement stagnation urinaire, le bas-fond vésical proémine vers le rectum et peut contenir 100 grammes et plus de résidu sans qu'on le puisse percevoir par le palper ou la percussion abdominale : seul, le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique, profitant des mouvements d'expiration pour plonger dans le bassin, et s'aidant même de la position en plan incliné vous permettra de reconnaître la procidence du plancher vésical.

Il est des malades, signalés par Civiale en un tableau très exact, dont l'attention est surtout attirée par des troubles en dehors de la zone urinaire. Ils se plaignent d'amaigrissement, de perte de forces, de soif vive, de sécheresse de la bouche, ils deviennent de plus en plus incapables de s'alimenter. « La dominante dans le tableau morbide, nous dit Guyon, étant donnée par un ensemble grave de symptômes digestifs, on se laisse volontiers conduire à admettre que l'estomac ou l'intestin recèlent une production cancéreuse. » Chose curieuse : l'amaigrissement coïncide souvent avec une augmentation de volume du ventre; suivant la remarque de Bazy, les vieillards ne peuvent plus boutonner leur pantalon. Vous aurez bientôt reconnu le globe vésical distendu : la polyurie, les besoins fréquents et surtout l'incontinence sont très significatifs. Tant que n'intervient point un cathétérisme suspect, la rétention peut évoluer aseptiquement; mais, chez ces sujets, la moindre infection peut déterminer les accidents les plus graves.

Aussi le cathétérisme est-il astreint, chez le prostatique, à des conditions particulières d'asepsie et de méthode : « Au lieu d'être votre première ressource, nous dit Guyon, il doit être réservé, au contraire, pour le dernier mot du diagnostic et bien souvent pour le premier acte du traitement. » Quand les symptômes révèlent une évacuation incomplète de la vessie, il permet d'établir la présence du résidu urinaire, d'établir, après son évacuation, que la saillie hypogastrique répondait bien à la vessie distendue et de se rendre compte de l'état des parois vésicales et du volume de la prostate.

Pour apprécier les déformations de la prostate, on peut user de l'explorateur à boule olivaire. On commencera par en mesurer la longueur : l'instrument a senti l'étreinte douce de la région membraneuse; poussez-le d'avant en arrière jusqu'à ce qu'une sensation de liberté complète vous indique que le col est franchi; si cette sensation vous échappe, substituez à l'explorateur plein, comme le conseille Guyon, un explorateur perforé, analogue à ceux qui servent aux instillations; vous serez averti, par l'issue de l'urine, de l'arrivée de la boule dans la vessie; la distance de ce point, noté sur la tige de l'instrument, à celui qui marquait la région membraneuse, mesure la longueur de l'urèthre prostatique.

La saillie dominante d'un lobe latéral dévie à droite ou à gauche l'extrémité de l'instrument; la déformation symétrique des deux lobes la serre en un couloir

étroit; le relief, brusquement relevé à pic, du lobe moyen, l'arrête à la base; mais ces sensations ne sont pas toujours aussi claires que le veut la théorie. L'exploration à la béquille métallique donne parfois de plus nettes impressions, la tige étant mieux en main: mais il faut à son maniement une grande délicatesse de touche. On peut, avec elle, apprécier mieux l'aplatissement latéral du canal par gonflement des lobes latéraux, les rigoles praticables qui correspondent alors aux extrémités pubienne et rectale de cette fente et dans lesquelles l'instrument pénètre par abaissement ou relèvement du pavillon. L'inclinaison des anneaux à droite et à gauche montre le déjettement du canal par un lobe latéral dominant; le mouvement de bascule qui relève le bec pour pénétrer dans la vessie permet de juger du relief du lobe médian.

Les hypertrophies partielles du col, sous forme de tumeurs ou de barres, sont d'un intérêt diagnostique prépondérant; elles constituent, par excellence, les « espèces opérables »; si nous étions capables d'en faire toujours le diagnostic précis, la décision thérapeutique serait mise hors de conteste. Sans doute, avec la sonde métallique béquillée, avec l'explorateur vésical de Thompson et de Guyon, il est possible de constater parfois l'existence d'un relief intra-vésical du lobe moyen. Une saillie en croupion peut être reconnue : « Vous vous en rendez assez facilement compte, nous dit Guyon, en répétant successivement la rotation du bec à droite et à gauche, et en constatant que la rotation complète est impossible, que vous êtes invariablement arrêté, soit d'un côté, soit de l'autre, lorsque vous appliquez assez intimement le bec de l'instrument contre le col, tandis qu'en l'enfonçant davantage, de 1, 2 ou 3 centimètres, vous obtenez une liberté complète et pouvez sans peine faire le tour entier. » Il est encore possible, en ramenant le bec de l'instrument contre le col qu'il accroche, et en mesurant pour chaque lobe latéral la différence d'affleurement de la tige au méat, d'apprécier l'inégale saillie de ces lobes dans la vessie. Mais Civiale l'avait déjà confessé : « Ces moyens d'exploration laissent encore beaucoup à désirer; le volume, le nombre, la direction de ces tumeurs dans la vessie sont difficilement appréciés ou ne le sont pas du tout; l'orifice interne de l'urèthre peut être déformé sans que le passage de la sonde fournisse le moindre renseignement à cet égard. »

Pour évaluer le volume de la prostate par le *toucher rectal*, il est indispensable que la vessie soit préalablement vidée. Sinon, la distension vésicale refoule la prostate en bas et la fait saillir vers le rectum, si bien que cette glande paraît plus grosse qu'elle n'est réellement. De là, une cause d'erreur que n'ont point toujours évitée certains observateurs, signalant des réductions de volume de l'organe après des interventions. La vessie étant vidée, la palpation bimanuelle, aidée même du plan incliné qui évacue le petit bassin, peut apprécier la forme, la consistance, le relief de la prostate, l'épaisseur des parois vésicales. Mais ce ne sont point les glandes, à saillie rectale la plus accentuée, qui déterminent les obstructions les plus graves et surtout les plus curables opératoirement : à une prostate peu développée en masse peut correspondre une déformation uréthrale grave ou un obstacle de siège cervical. D'autre part, il est illusoire de chercher une relation exacte entre la consistance de la prostate et sa structure histologique et d'affirmer que les prostatites dures correspondent aux formes fibreuses de l'hypertrophie, tandis que les formes glandulaires s'observent dans les prostatites molles. Nous partageons jusqu'à un certain point les réserves d'Albarran : « la comparaison des sensations fournies par le toucher rectal

pendant la vie avec l'examen microscopique de nombreuses prostates nous a souvent montré que des prostates molles étaient surtout fibreuses et que des prostates dures étaient franchement glandulaires ». La congestion apporte ici de nombreuses chances d'erreur.

Traitement. — Le traitement de l'hypertrophie prostatique comprend : 1° des moyens palliatifs; 2° des procédés curatifs, ou qui prétendent l'être.

Parmi les premiers se rangent : 1° les règles hygiéniques qui s'efforcent d'enrayer le progrès de la lésion anatomique ou d'écarter ses complications; 2° le cathétérisme, qui assure l'évacuation vésicale, empêche la stagnation urinaire, et pare à la rétention, sous ses divers modes cliniques; 3° le drainage de la vessie soit au périnée, opération de Thompson, soit à l'hypogastre, opération de Poncet et Mac Guire.

Les procédés curatifs s'attaquent à la lésion anatomique elle-même, soit directement, soit indirectement. Les interventions directes réalisent la suppression de l'obstacle prostatique, tantôt grâce à son excision par voie hypogastrique ou périnéale, tantôt en se contentant, par l'incision périnéale de la glande, de calibrer et de régulariser l'urèthre prostatique déformé. Les procédés indirects s'efforcent d'obtenir la réduction atrophique de l'organe, en tirant parti de la solidarité fonctionnelle qui relie la prostate aux testicules et en réalisant soit la suppression de ces derniers par la castration, soit leur séparation fonctionnelle par la résection des canaux déférents, soit leur modification trophique par la section des vaisseaux et des nerfs.

Traitement palliatif. — 1° **Hygiène.** — Dans la majorité des cas, l'hygiène et le cathétérisme seront suffisants. L'hygiène des prostatiques est celle des artério-scléreux et des congestifs. Leur régime sera sobre et exclura l'alcool, les épices, les viandes noires, les excès; ce n'est point d'aujourd'hui que la remarque en est faite : J.-L. Petit signalait déjà la fréquence de cette affection « chez les enfants de la joie qui ne s'ennuient point à table ». Leur sommeil sera restreint aux utiles limites : n'accordez que sept à huit heures de lit; prescrivez dans la journée des promenades courtes et répétées; que le coucher soit toujours précédé d'un temps d'exercice. Le prostatique, surtout le sédentaire, ne doit pas craindre le plein air; mais il doit éviter les refroidissements. Faites fonctionner la peau par les frictions sèches, par les bains alcalins, tièdes et courts; aidez à la régulation circulatoire par l'iodure de sodium, ce « pain des artério-scléreux », pris à la dose quotidienne de 20 à 30 centigrammes pendant des mois entiers. Les fonctions sexuelles, comme nous l'avons entendu dire à Guyon, « ne méritent aucun encouragement »; les érections flasques ne sont que des invitations décevantes, « érections de pot de chambre » qui cessent quand la vessie est vide : que de prostatiques atteints de rétention aiguë pour avoir cru à leurs promesses et les avoir aidées de tous les stimulants! La constipation engorge les plexus prostatiques : le rectum sera vidé régulièrement, et son exonération aidée par les lavements chauds à 45 degrés portés haut dans le rectum avec la canule souple, par les laxatifs légers. Les retenues volontaires sont très préjudiciables : le prostatique doit prendre l'habitude de vider sa vessie toutes les deux ou trois heures; pour éloigner les mictions nocturnes, ne prescrivez jamais les narcotiques qui endorment le besoin, mais le préparent plus difficile à satisfaire.

2° **Cathétérisme.** — Il faut évacuer par la sonde toute vessie incapable de se vider spontanément et totalement. C'est le moyen de combattre la stagnation urinaire et la distension vésicale, sources de congestion réflexe dans tout l'appareil urinaire; de prévenir les accidents inflammatoires que préparent les phénomènes congestifs et que facilite le « résidu urinaire » propre à l'infection; de sauvegarder le plus possible la contractilité vésicale, menacée par la sclérose sénile et la distension atrophique; de protéger les uretères et les reins. En dépit des progrès opératoires récents, le cathétérisme demeure la base du traitement des prostatiques.

§ 1. **Indications du cathétérisme.** — I. *Indications aux premières périodes.* — Les indications du cathétérisme se subordonnent à la situation clinique du prostatique. Tel malade, encore à la première période du prostatisme, est atteint de rétention incomplète aiguë, sans distension : il n'y a point à prendre immédiatement la sonde; prescrivez des bains, des cataplasmes, quelques lavements très chauds, et vous verrez souvent, les plexus périprostatiques une fois décongestionnés, ces phénomènes d'ordre purement hyperhémique disparaître. Sondez cependant, si la situation se prolonge et s'aggrave. Tel autre présente une rétention aiguë, brusquement déclarée, complète d'emblée, aux symptômes vifs et pressants : videz sa vessie. Et, pour ces prostatiques qui n'ont point encore franchi la phase congestive de l'affection, qui ont de la « retenue » par hyperhémie fugace, plutôt que de la rétention par lésions définitives, on verra souvent la vessie recouvrer la miction spontanée et totale après avoir exigé le cathétérisme évacuateur pendant quelques jours ou quelques semaines, à une condition toutefois : c'est que les prescriptions médicales et hygiéniques seront régulièrement continuées.

II. *Indications à la phase de rétention partielle et de stagnation vésicale.* — Certains malades, au contraire, après cette crise de rétention aiguë, resteront désormais justiciables du cathétérisme : ils sont entrés par ce début bruyant dans la « vie cathétérienne », *the catheter life*, pour parler comme les Anglais. Mais ce n'est point le type commun. Insidieusement, lentement, sans accès de rétention totale, le plus grand nombre des prostatiques deviennent « rétentionnistes ». Ne laissez point le prostatique dépasser cette phase de stagnation simple sans distension. Le précepte est absolu dans tous les cas où la stagnation n'est point aseptique. Si la vessie n'est pas infectée et si les symptômes sont atténués, on peut hésiter à prescrire le cathétérisme, dans la crainte que l'asepsie rigoureuse qu'il exige ne soit point toujours strictement observée. Mais, dès que les symptômes s'accroissent, les règles d'hygiène, les lavements froids, les massages méthodiques pour exciter la vessie deviennent secours insuffisants et il faut recourir au cathétérisme. D'ailleurs, une rétention aiguë force souvent la main. Que de vieillards rétentionnistes ne vivent que par la sonde et par la régulière évacuation vésicale! Nous en avons tous vu qui, depuis de longues années, dix ans, quinze ans et plus, ont pris l'habitude de laisser leur vessie reposée, de pisser par la sonde, et qui lui sont redevables de leur pleine santé intellectuelle et physique. Aux premiers jours, les phénomènes congestifs ont généralement nécessité quelques cathétérismes plus rapprochés; de temps à autre, une crise hyperhémique provoquée par un écart d'hygiène, par une retenue prolongée, par un sondage irrégulier, peut troubler la tranquillité de cette « vie cathétérienne ». Il est des malades, contraints à de fréquents sondages — dix, vingt et plus — chez qui l'urèthre s'irrite, diminue de calibre

— *catheter stricture* de Bukston Browne — ce qui entraîne une réduction progressive du numéro des sondes, des difficultés croissantes et peut devenir une indication d'intervention. Mais, en général, l'asepsie aidant, nombre de malades échappent à ces complications : il est fréquent de voir le nombre des évacuations tomber à 5 ou 6 dans les vingt-quatre heures, le malade prendre l'habitude et la tolérance parfaites de ces mictions artificielles; la nécessité le rend ingénieux et habile; mieux que le médecin, il finit par connaître son urètre. Il en est chez lesquels s'observe la reprise spontanée de la miction complète; et ces retours à l'évacuation normale et volontaire peuvent persister pendant des années.

III. *Indications à la phase de rétention et de distension vésicale.* — Mais voici un prostatique arrivé à la troisième période. La vessie n'a point été secourue à temps : de stagnante autrefois, elle est maintenant distendue; la palpation ou la percussion vous la montrent montant à l'ombilic ou au-dessus. Chez un bon nombre de ces prostatiques, il s'est établi lentement et sans trouble bruyant un état aseptique de cachexie urinaire, une insuffisance rénale latente. Vienne, par le cathétérisme, une infection : cet équilibre instable de l'épuration urinaire sera brusquement rompu; l'infection sera suraiguë et totale, car elle prendra possession d'un terrain malade, travaillé par la sclérose et la congestion. La sonde est, pour ces malades, une arme à double tranchant. Et votre responsabilité est d'autant plus grande que, comme l'observe Guyon, le contraste est plus complet entre l'état du malade avant l'intervention et celui qui peut rapidement lui succéder. Néanmoins, avec la sécurité de l'antiseptie, l'indication est nette : il faut évacuer cette vessie distendue et débarrasser les reins de l'hypertension qui s'exerce dans les voies urinaires supérieures. Sans doute il est des malades qu'on verra succomber en dépit de l'asepsie et des soins du cathétérisme : c'est qu'alors l'insuffisance rénale résulte de lésions irrémédiables de l'organe, qu'il n'est point toujours possible de diagnostiquer à l'avance. Si, au contraire, ce qui est plus fréquent il s'agit d'une insuffisance rénale temporaire, due à l'empêchement mécanique de la filtration rénale par la pression urinaire, on verra ces phénomènes d'intoxication grave rétrocéder grâce à l'évacuation vésicale. Tel malade, atteint de troubles dyspeptiques rebelles, dont la valeur sémiologique est capitale, recouvre l'appétit, peut mâcher et assimiler : comme le dit Guyon, « la sonde a guéri la dyspepsie ».

§ 2. *Technique du cathétérisme.* — 1° *CHOIX DE L'INSTRUMENT ÉVACUATEUR.* — I. *Exploration du canal.* — Avant de cathétériser un prostatique, il est bon d'explorer son urètre avec la bougie à boule. Le choix de la sonde est subordonné à cette exploration et ce choix, comme le dit Bazy, constitue le plus souvent toute l'habileté des chirurgiens. Chez les vieux à périnée flasque et gras, l'olive parfois butera dans le cul-de-sac bulbaire approfondi et se coiffera de la muqueuse : n'insistez pas, vous amorceriez la fausse route; choisissez une sonde coudée qui fuie cet obstacle de la paroi inférieure. Il en est de même si, au niveau de la région prostatique, la bougie éprouve un arrêt, puis passe avec un ressaut, dû à la saillie du lobe moyen. Chez tel autre, le canal prostatique se coude brusquement en un mur vertical que heurte la boule olivaire. Chez celui-ci, elle est arrêtée par des replis, par des lacunes valvulaires qui répondent soit à des orifices glandulaires dilatés, soit à l'hypertrophie des freins postérieurs du verumontanum; en tout cas, doucement appuyée, elle ne chemine

plus. Ce sont encore des indications à suivre la paroi supérieure avec la sonde bicoudée souple. Le plus souvent, si vous avez choisi une olive à col flexible, vous la sentirez, sous la pression modérée de la tige, contourner l'obstacle ou l'escalader; vous apprécierez le chemin suivi, et noterez si l'entrée s'est faite en franchissant directement l'arrêt, ou en le contournant de droite à gauche ou de gauche à droite.

2° *CATHÉTÉRISME AVEC LA SONDE DE NÉLATON.* — Si la bougie à boule passe sans difficulté, la sonde de Nélaton, sonde de caoutchouc rouge, est d'un maniement commode et sûr. Dans un bon modèle, l'œil doit terminer le conduit de la sonde qui ne présente ainsi aucun cul-de-sac; sa paroi doit être de constante épaisseur; la lumière doit occuper le centre du diamètre. Ses qualités de souplesse et d'insinuation en font un vrai « passe-partout », capable de se glisser à travers toutes les sinuosités d'un canal sénile; peu offensive à l'urètre, elle peut être confiée au malade, et ce n'est pas un de ses moindres avantages; elle est stérilisable par simple bouillissage. Elle a toutefois de la peine à passer dans un urètre rétréci, dans un canal dont la muqueuse est congestionnée ou le sphincter membraneux contracturé; Delamotte a construit un bon mandrin destiné à la rendre plus rigide.

3° *CATHÉTÉRISME AVEC LES INSTRUMENTS COUDÉS.* — I. *Sondes souples.* — Recourez, en cas d'échec de Nélaton, aux sondes en gomme coudées, au bec mousse et relevé. Mercier, par ses instruments coudés, a doté la chirurgie prostatique de ses plus ingénieuses ressources. La sonde coudée ne donne pas contre l'obstacle par son extrémité : elle se présente par son talon, obtus et mousse, tandis que son bec, qui garde dans

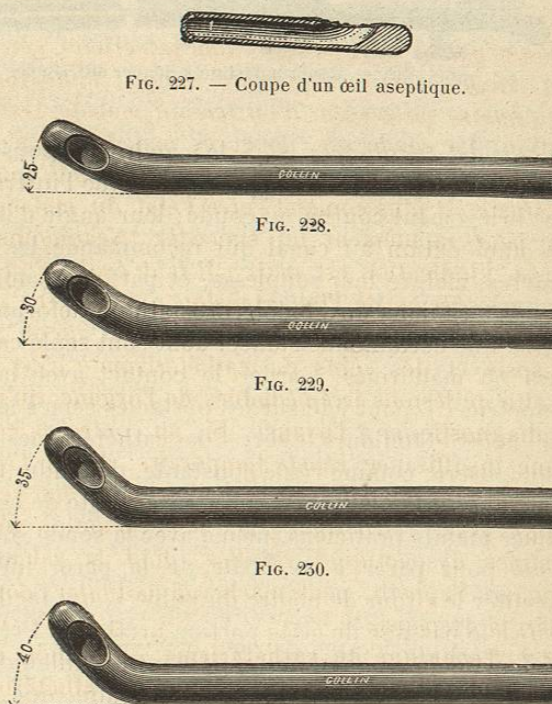


Fig. 228, 229, 250 et 251. — Sondes coudées en gomme.

les appareils en gomme une certaine souplesse, relevé et toujours tangent à la paroi supérieure « paroi chirurgicale », glisse sur l'obstacle et le franchit. Si vous ne pouvez passer en vous tenant sur la ligne médiane, contournez l'obstacle en prenant une des rigoles latérales et en imprimant à la sonde des mouvements de rotation d'un quart de cercle, d'un côté ou de l'autre. Dans la majorité des cas, il faut préférer les becs courts, à faible coudure. Si une coudure ne relève point assez son bec, employez les sondes bicoudées. Construisez-les extemporanément en poussant dans une sonde-béquille en gomme un mandrin également coudé que vous arrêtez à quelques centimètres de

l'angle terminal : la sonde est ainsi infléchi par un double coude, tout en gardant à son extrémité une certaine souplesse. Au sortir de la région membraneuse, reculez le mandrin : cela exagère l'élévation du bec vers la paroi supérieure; combinez à ce retrait du mandrin un mouvement de propulsion, vous achevez le dégagement et franchissez l'obstacle. Ce n'est point seulement pendant la traversée prostatique que cette surélévation du bec est avantageuse : dès le passage dans la première portion, elle permet de fuir le cul-de-sac bulbaire, toujours déprimé chez les vieux uréthres et amorce possible de fausses routes.

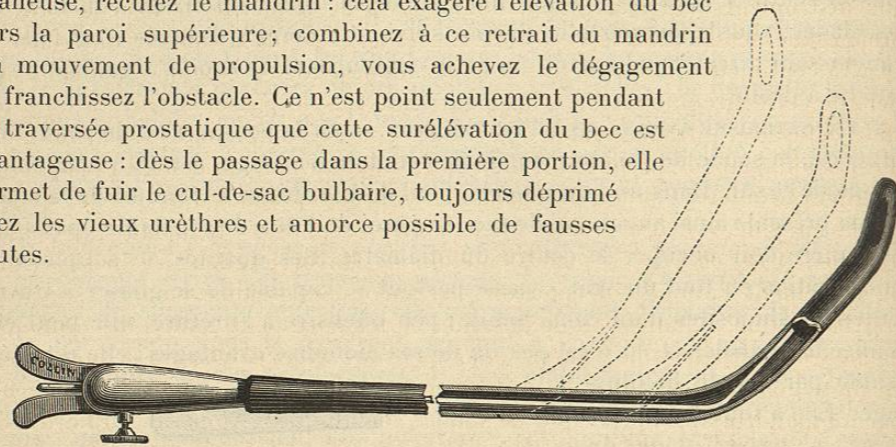


FIG. 252. — Mandrin destiné à donner aux sondes coudées une bicoudure.

II. *Sondes métalliques.* — Si le mandrin est poussé à fond, il raidit l'instrument souple. Cette fixité de la coudure constitue l'infériorité des sondes métalliques, à bec brièvement courbé ou coudé; leur angle d'inflexion n'a plus cette qualité d'accommodation au canal qui recommande les sondes en gomme. Mais ces dernières, malgré leur souplesse, et parfois à cause de leur souplesse, peuvent être arrêtées dans un couloir prostatique déformé et résistant; on ne passera qu'avec une certaine insistance, dont sont seuls capables les instruments métalliques ou mandrinés. Garder le contact avec la paroi supérieure, vraiment conductrice, « pont jeté sur les obstacles semés le long de la paroi inférieure », c'est encore et toujours le secret des cathétérismes inoffensifs. Chez les vieillards, on s'imposera, comme règle constante, de tendre fortement la verge et le canal, de façon à soutenir la paroi inférieure; faute de cette précaution, nous avons vu échouer maints praticiens, même avec la sonde souple.

C'est pour parer à la laxité de la paroi inférieure que Guyon conseille d'exécuter le « tour de maître du bulbe », qui facilite aux instruments à brusque coudure le passage de cette portion uréthrale. Présentez la sonde au méat, avec la concavité de sa courbure regardant le milieu de la cuisse droite du malade; cheminez ainsi jusqu'au cul-de-sac bulbaire, que son coude aborde transversalement; à mesure que la sonde progresse, relevez la verge qui doit se trouver obliquement renversée vers l'abdomen quand vous serez au bulbe. Il s'agit maintenant « d'enfiler » l'orifice de la région membraneuse : l'instrument ne peut plus avancer en cette position; faites-le ou laissez-le évoluer d'un quart de cercle autour de son axe; il pivote, par son talon coudé, sur le cul-de-sac bulbaire transversalement sous-tendu en un plan lisse et régulier et lève son bec vers l'orifice sous-pubien; un petit ressaut et la tendance du pavillon à s'abaisser vous avertissent de son engagement. Aidez-le, au besoin, par une pression directe, à travers le périnée, sur le talon de l'instrument; et n'abaissez le pavillon, nous dit Guyon, que « lorsque l'instrument demande à avancer ». Glissez, n'appuyez pas.

4° CATHÉTÉRISME AVEC LES INSTRUMENTS A GRANDE COURBURE. — I. Gardez-vous

de la sonde de trousse chez les prostatiques : que d'échecs ou de fausses routes dus à l'insuffisance de sa longueur et de son diamètre de courbure! Recourez aux instruments à grand rayon, dont Gely a eu le mérite de fixer la formule; prenez une sonde dont la courbure moyenne réponde à une circonférence de 10 à 15 centimètres de diamètre, et dont la longueur d'arc égale sensiblement le tiers de cette circonférence : vous pourrez avec elle passer à travers telle prostate déformée, infranchissable aux sondes coudées ou bicoudées. Parfois même il est avantageux de prendre un instrument dont la portion courbe présente une longueur exagérée, se rapprochant des trois cinquièmes d'un cercle : telle la sonde en S de J.-L. Petit, avec laquelle on « crochette » le malade par-dessous le pubis. A cet égard, les sondes en étain de Mayor joignent à leur supériorité de glissement la qualité de pouvoir être façonnées, séance tenante, suivant la courbe voulue. L'indication de la sonde à demeure peut naître des difficultés mêmes du cathétérisme; aussi, nous pensons avec Guyon qu'il vaut mieux, en thèse générale, se servir de sondes en gomme rigides, coudées ou courbées par un mandrin approprié, que de sondes métalliques. Amussat, Julliard, Bazy ont imaginé des sondes métalliques à bout coupé qui permettent la substitution d'une sonde souple à l'instrument métallique : pour cela, on retire le mandrin à bec rond, puis on introduit une bougie filiforme armée ou un fil d'argent long et fort, et, sur ce conducteur, on glisse une sonde à bout coupé.

II. *Règles de l'évacuation vésicale.* — Être aseptique, voilà la qualité maîtresse du cathétérisme. Être lent et graduel : le conseil est déjà vieux et date de Civiale; il n'est pourtant pas absolu et il nous est arrivé, comme à Bazy, d'évacuer en une séance des vessies contenant 2 litres d'urine et plus.

Une faute a été commise : l'évacuation vésicale a été trop rapide ou trop complète; l'asepsie n'a point été suffisante. Les urines se troublent; le malade souffre; un accès de fièvre urineuse se déclare : comme conséquence, les besoins de miction deviennent fréquents et impérieux. Ce prostatique, auquel suffisaient quatre ou cinq cathétérismes dans les vingt-quatre heures, devra être sondé toutes les deux ou trois heures; si on ne le surveille point, il se sondera même plus souvent, aux premières épreintes vésicales; il laissera son urètre et sa vessie par ces passages réitérés; l'état douloureux et inflammatoire ne fera que croître et empirer. Apaisez cette sensibilité vésicale exaltée par des lavements laudanisés, par de larges cataplasmes sur l'abdomen, par des suppositoires belladonnés et morphinés; chloralez le malade à petites doses fractionnées : cela permettra déjà de reposer la vessie, de supprimer les faux besoins et d'espacer les cathétérismes. Imposez une limite au nombre des sondages et ne laissez point l'instrument aux mains du malade qui aura toujours tendance à en abuser; par des injections boriquées ou par des instillations argentiques, traitez la cystite.

§ 5. *Sonde à demeure.* — I. DANS LE CAS DE RÉTENTION AIGÜE ET RÉCENTE. — Si des cathétérismes répétés ont fatigué et enflammé l'urètre, devenu moins facilement perméable, laissez une sonde à demeure. Choisissez une sonde en gomme, à béquille, à deux yeux, de calibre moyen (18 à 20) : pour sa « mise au point », introduisez-la; puis, quand l'urine coule, retirez-la peu à peu jusqu'à ce que l'écoulement cesse; repoussez-la jusqu'à ce que l'écoulement reprenne et observez si, la vessie une fois vide, le « goutte à goutte », comme dit Guyon, s'établit, ce qui témoigne que l'urine est captée à mesure qu'elle s'écoule des uretères. Fixez la sonde, ainsi mise en bonne place. Les sondes de Nélaton ont