

La sonde de HOLT est en caoutchouc ; elle porte près du bout inférieur deux saillies latérales, qui s'appliquent contre la sonde pendant l'introduction de cette dernière, pour s'écarter ensuite dans la vessie. Quant à l'instrument de NAPIER, il consiste aussi en une sonde en caoutchouc, contenue dans un tube métallique ouvert à son extrémité inférieure ; un bouchon de beurre de cacao sert à fermer cet orifice pendant l'introduction de l'instrument, et se fond ensuite dans la vessie ; un stylet particulier sert à étaler dans la vessie le bout de la sonde en caoutchouc. Lorsqu'on veut donner à l'urine un écoulement continu par la sonde à demeure, on fixe à son pavillon un tube en caoutchouc dont le bout va plonger dans un vase à moitié rempli d'un liquide désinfectant (solution d'acide phénique ou salicylique, ou de sublimé). On peut se servir d'un tube assez long pour que le vase puisse être placé en dehors du lit.

Si l'on désire que l'urine s'accumule un certain temps dans la vessie, on maintient le tube serré par une pince à pression, ou bien on ferme la sonde elle-même à l'aide d'un bouchon. Pour prévenir des incrustations, on devra retirer la sonde et la nettoyer tous les 2 ou 3 jours. Nous conseillons aussi beaucoup de faire 2 ou 3 fois par jour un lavage de la vessie avec des liquides désinfectants, tels qu'une solution faible d'acide phénique (1/4 à 1/2 pour 100), ou une solution de résorcine, d'acide salicylique, etc., afin d'éviter autant que possible la décomposition de l'urine ; en outre, on fera prendre à l'intérieur un acide, et sous ce rapport, nous conseillons tout particulièrement l'acide salicylique. L'injection de liquides dans la vessie se fait au moyen de l'irrigateur d'ESMARCH, ou de l'entonnoir d'HÉGAR. Dans les cas de cathétérisme difficile, W. BUSCH et d'autres chirurgiens recommandent l'emploi de sondes ouvertes aux deux bouts, et munies d'un mandrin d'argent ou de baleine les remplissant exactement.

Avant d'enlever la sonde, on introduit alors le mandrin jusque dans la vessie, puis on retire la sonde en laissant en place le mandrin qui permet de la replacer facilement après qu'elle a été nettoyée.

Dans les cas où, chez la femme, le diagnostic présente de très grandes difficultés, G. SIMON a conseillé et introduit dans la pratique l'exploration directe de la vessie avec le doigt. La malade étant chloroformée, il dilate l'urètre au moyen de petits spéculums en caoutchouc durci, d'un diamètre de 3/4 à 2 centimètres, qu'il introduit successivement dans le court espace de 5 à 7 minutes ; grâce à cette dilatation, on peut alors explorer avec le doigt l'intérieur de la vessie. Bien souvent on peut, même sans dilatation préalable, introduire le doigt s'il n'est pas trop gros ; en général, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des incisions de la muqueuse urétrale. Dans des circonstances analogues, quelques chirurgiens (RIEDEL entre autres) ont proposé de pénétrer également avec le doigt dans la vessie **chez l'homme**, après avoir pratiqué la taille médiane. H. THOMPSON a même érigé en méthode ce moyen d'exploration, et l'a surtout appliqué au diagnostic des tumeurs de la vessie. Ce chirurgien a déjà publié un grand nombre d'observations relatives à cette méthode d'exploration (voir § 239).

2. Maladies de l'urètre.

a. Lésions traumatiques de l'urètre.

§ 213. — L'urètre peut être le siège de **contusions** et de **déchirures**, de **plaies par instruments tranchants, piquants et contondants**. Les contusions et les déchirures intéressent le plus souvent la portion membraneuse, et sont produites par des chutes sur des corps pointus ou à arêtes vives ; c'est pourquoi on observe souvent en même temps des fractures du pubis. La violence traumatique peut aussi agir de dedans en dehors sur l'urètre, c'est ainsi que ce dernier peut être blessé par des calculs qui ont été entraînés avec l'urine, ou par des corps étrangers de toute espèce introduits par le méat ; sous ce rapport, nous devons mentionner particulièrement l'introduction violente, par une main maladroite, d'instruments chirurgicaux, tels que sondes ordinaires, sondes exploratrices, lithotriteurs. Les lésions de cette catégorie sont, en général, désignées sous le nom de **fausses routes**. Elles s'observent le plus souvent dans les cas de rétrécissement ou de courbure anormale de l'urètre, due principalement à l'hypertrophie de la prostate ; la blessure se produit alors en avant du point qui a subi l'altération pathologique. Tantôt il s'agit de déchirures superficielles de la muqueuse, tantôt de trajets plus ou moins longs qui conduisent dans le tissu conjonctif, les corps caverneux, la prostate ou le rectum, ou dont l'orifice de sortie est dans l'urètre lui-même ou dans la vessie. Souvent il existe à la fois plusieurs fausses routes. — Les **plaies par instruments piquants** se produisent le plus souvent accidentellement, à la suite d'une chute sur un objet pointu ; quant aux **plaies par instruments tranchants**, elles sont faites soit dans un but de mutilation, soit dans un but opératoire ; dans ce dernier cas, l'instrument divise l'urètre de dehors en dedans, ou *vice versa*, et le plus souvent dans une direction longitudinale, rarement dans une direction transversale. Les **plaies par armes à feu** sont rares et s'accompagnent ordinairement d'autres lésions importantes.

§ 214. — Les **symptômes** qui succèdent aux lésions traumatiques de l'urètre, consistent en hémorragies plus ou moins abondantes ; l'écoulement sanguin est surtout considérable lorsque la lésion intéresse les corps caverneux ou le périnée, et que les vaisseaux blessés communiquent avec l'urètre. La **miction** peut être absolument impossible, ou difficile, incomplète, accompagnée de douleurs, ou bien elle est sous ce rapport tout à fait normale. L'**urine** est mélangée de sang et contient des caillots. Sa rétention peut être due à des caillots, à l'oblitération du canal par des parties molles déchirées, ou au gonflement résultant de l'infiltration sanguine dans les tissus voisins, ou enfin à des fragments osseux dé-