fibres musculaires du petit oblique, découvrir le carré lombaire.

En ce moment on se trouvera sur la collection et, avec la sonde cannelée ou le doigt, on ouvrira l'abcès.

Après avoir ouvert l'abcès, il faut le laver et le drainer, en réunissant le reste de l'incision cutanée.

L'exploration digitale du foyer renseignera sur la cause initiale de l'abcès et de la connaissance de la cause résulteront parfois des indications opératoires nouvelles (néphrotomie, néphrolithotomie, néphrectomie).

VESSIE

EXTROPHIE DE LA VESSIE

Caractérisée par un vice de conformation, qui se présente sous la forme d'une tumeur sus-pubienne, tumeur rouge, portant deux orifices qui laissent échapper continuellement l'urine (uretères). La verge est fendue sur le dos (épispadias), atrophiée, rudimentaire. Compatible avec l'existence, l'extrophie de la vessie ne constitue pas moins une infirmité repoussante.

Trois grandes méthodes opératoires ont été proposées :

1° La méthode de dérivation du cours de l'urine ;

2° La méthode de suture de deux marges de la vessie ;

3° La méthode autoplastique.

1° *Méthode de dérivation du cours de l'urine.* — *Dans l'intestin* (procédé de Simon, Lloyd, etc.), abouchement des uretères à la paroi abdominale (Sonnerburg), c'est-à-dire à la face supérieure de la verge rudimentaire ;

2° *Suture de deux marges de la vessie.* — On peut affronter simplement les bords de la vessie (Gerdy). — On peut suturer les bords après avoir disséqué et renversé la partie supérieure de la vessie (procédé de Segond). — Enfin, dans un autre procédé, on suture les bords de la vessie après rapprochement des pubis (Trendelenburg) par le procédé lent ou rapide (arthrotomie sacro-iliaque) ;

3° *Méthode autoplastique.* — Dans cette méthode, nous trouvons des procédés qui s'adressent principalement à l'extrophie (Roux, Thiersch, Wood) et des procédés qui s'adressent à l'extrophie et à l'épispodias (Le Fort). Le Fort a utilisé surtout le prépuce et, dans la figure que j'ai donnée

(Congrès de chirurgie 1889), j'ai utilisé les grandes lèvres pour faire la réparation.

Appréciation des méthodes. — Pousson a recueilli 95 observations; la mortalité était de 8. Dans un second mémoire, sur 52 nouvelles opérations, la mortalité est de 4. La méthode de suture des marges de la vessie, après rapprochement du pubis, donne, à elle seule, ces quatre décès. Cette méthode est donc la plus dangereuse. Pousson préfère la méthode autoplastique. Kirmisson, au contraire, pense que la suture directe des bords de la vessie est l'opération de choix.

En réalité, toutes ces méthodes sont impuissantes à restaurer le sphincter, et l'incontinence d'urine persiste malgré la réparation de la difformité.

Aussi croyons-nous que l'abouchement de la vessie dans rectum sera de plus en plus employée.

TRAUMATISMES DE LA VESSIE

On étudie les *plaies* et les *ruptures* de la vessie séparément.

Dans les deux cas, la solution de continuité est *extra* ou *intra-péritonéale*, et cette distinction a une importance capitale.

Les plaies intra-péritonéales, abandonnées à elles-mêmes, sont presque infailliblement mortelles. Les plaies extra-péritonéales guérissent assez souvent. Quant aux ruptures de la vessie, la mortalité est de 58 0/0 après l'intervention (Tuffier).

Indications. — Dans tous les cas, il faut : 1° arrêter l'hémorrhagie; 2° désinfecter la plaie; 3° assurer le libre écoulement de l'urine et prévenir l'infiltration ou la péritonite.

Pour remplir toutes ces indications, l'*intervention hâtive* est presque toujours indiquée. En débridant le trajet, on trouvera les vaisseaux divisés et on arrêtera l'hémorrhagie.

On mettra ainsi à découvert la vessie. Si la plaie est facile à suturer, accessible, on fera la suture; si la plaie est inaccessible, on mettra la vessie au repos en établissant une fistule cutanée avec drainage.

Ces interventions seront de rigueur dans les plaies intra-péritonéales.

A l'heure actuelle, on ne compte plus les sutures de la vessie faites pendant une opération abdominale.

Les statistiques de Rivington, Ullmann, etc., démontrent l'efficacité de la laparotomie précoce dans les ruptures de la vessie. L'abdomen sera fermé ou drainé à la Mickulitz. La sonde à demeure sera placée dans la vessie.

On ne fera pas d'intervention, à moins d'hémorrhagie grave, qu'après avoir soigné le choc opératoire.

Enfin, dans une période ultérieure, on peut avoir à intervenir pour les accidents consécutifs d'une plaie ou d'une rupture de la vessie (calculs, fistules, etc.).

TUMEURS DE LA VESSIE

Les tumeurs de la vessie ne sont pas rares, surtout entre cinquante et soixante ans, et, dans l'enfance, avant onze ans. L'*hématurie*, avec ses caractères de spontanéité survenant sans cause connue et cessant de même, est le signe le plus important, celui qui met sur la voie Ainsi que nous l'avons observé, l'hématurie est rare chez l'enfant. La palpation bimannuelle, le cathétérisme, l'endoscopie et l'opération exploratrice complètent le diagnostic.

La marche de ces tumeurs est lente; mais la terminaison est toujours fatale.

Indications opératoires. — Faire cesser les hématuries et les douleurs, tel est le but de la plupart des *opérations palliatives*. Enlever la *totalité du néoplasme*, tel est le but de l'*opération radicale*. Cette opération est nettement indiquée quand le néoplasme est unique, nettement pédiculé. Elle est contre-indiquée quand la tumeur est diffuse. D'autres contre-indications sont relatives à l'état général.

La seule opération palliative qui met la vessie au repos et

calme les *hémorrhagies* et les *douleurs* est la taille sus-pubienne.

La même taille sus-pubienne permet, avec la position inversée de Trendelenburg, de bien explorer la vessie et d'enlever la tumeur, si l'ablation est possible.

Cette ablation sera faite par *arrachement*, *écrasement*, *curettage* ou *cautérisation*. Toutes les fois que cela est possible, l'ablation au bistouri avec suture des bords est préférable (Clado).

On a pratiqué aussi la *cystectomie partielle* (Helferich, Guyon) ou totale (Tuffier).

CYSTITES

Les cystites sont symptomatiques d'une autre affection (hypertrophie de la prostate, calcul de la vessie, rétrécissement, néoplasme). Dans ces cas, le seul traitement est l'indication causale. Traiter le rétrécissement, modifier la congestion de la prostate, enlever le calcul, tel est le meilleur moyen de guérir du même coup la cystite.

Les cystites blennorrhagiques ou à colibacille comportent un traitement différent.

Elles sont *aiguës* ou *chroniques*.

A *l'état aigu*, la cystite ne supporte qu'un minimum d'intervention, un traitement médical aussi peu offensif que possible.

Prescrivez le repos, surveillez le régime, défendez le café, le thé, les boissons fermentées et alcooliques ; soumettez le malade au régime lacté et aux alcalins, prescrivez le santal, la térébenthine ; calmez aussi la douleur par l'application de compresses chaudes sur l'hypogastre, par les lavements laudanisés ou chloralés (4 grammes) et surtout par les suppositoires, avec 3 centigrammes de belladone et 2 centigrammes d'extrait thébaïque. Sous l'influence de ce traitement, l'état aigu disparaît. La cystite guérit ou s'améliore et ne reste plus qu'en état subaigu ou chronique.

C'est contre cet *état chronique* que nous pouvons utiliser deux moyens, les *lavages* et les *instillations*.

Les lavages de la vessie sont surtout indiqués, quand la vessie contient de l'urine purulente.

Pour faire le lavage de la vessie, il faut une *sonde* et une *seringue*.

La sonde peut être à double courant. On a construit des sondes en gomme à double courant (Vergne et Chenu, Reliquet et Collin). Mais la simple sonde en gomme rouge de Nélaton est très suffisante.

Il faut avoir soin de faire bouillir préalablement la sonde et d'éviter de la plonger dans une solution d'acide phénique ou de sublimé, faute qui est souvent commise et qui détermine une forte irritation du canal.

La *seringue* doit pouvoir être bouillie.

Il existe actuellement plusieurs modèles de seringues stérilisables. Celles de Guyon, de Debove, celle de Gentile en métal, sont à recommander. Si on n'a pas à sa disposition une seringue convenable, un simple bock, terminé par un tube de verre effilé, peut servir.

Les liquides qu'on injecte dans la vessie varient. Mais on se sert d'habitude de l'acide borique et du nitrate d'argent. Ce sont les deux substances qu'on peut employer avec confiance.

La solution boriquée est ainsi formulée :

Acide borique.....	50
Eau distillée.....	1.000
Borate de soude à 18 degrés.....	5

Le nitrate d'argent en injections doit être, en solution, 1 gramme pour 1.000 grammes d'eau.

On peut, par la suite, et quand le malade est habitué, élever la solution à 2 pour 1.000. Chez les femmes, on arrive à faire supporter des solutions encore plus fortes (1 pour 300).

L'injection dans la vessie doit se faire par doses successives. Après avoir poussé un peu de liquide, il faut le laisser ressortir, et recommencer. Il faut s'arrêter dès que le piston

de la seringue éprouve de la résistance. Il ne faut pas lutter avec la vessie et ne pas chercher à la distendre au maximum.

De même il ne faut pas chercher à la vider.

Les injections sont douloureuses. Aussi on a cherché à pallier la douleur en injectant d'abord une solution d'antipyrine à 4 0/0 (Pousson, Vigneron). On commence donc par une injection de 50 grammes de cette solution. Au bout de dix minutes, on fait l'injection au nitrate et, après évacuation de ce dernier, on recommence une injection d'antipyrine, qu'on laisse dix à quinze minutes.

La cocaïne doit être évitée. Elle a donné lieu à des accidents.

Les **instillations** trouvent leur indication dans les cystites du col, subaiguës ou chroniques. Elles ont été préconisées par Guyon et sont actuellement dans le domaine public.

Instruments. — 1° Un instillateur-sonde en gomme, construit sur le modèle de l'explorateur à boule olivaire, percé d'un orifice; 2° une seringue de Guyon.

La seringue de Pravaz pourrait remplir le même but.

Manuel opératoire. — On commence par charger la seringue; la canule est fixée à l'instillateur au moyen de son pas de vis, puis ajustée à la seringue. On amorce, on tourne le piston jusqu'à ce que le liquide apparaisse à l'extrémité de la boule olivaire. Chaque tour de piston doit donner une goutte de liquide.

On prend une sonde à boule de 13 à 14, de manière à pouvoir sentir la portion membraneuse de l'urèthre.

Après avoir pris les précautions d'usage, on pousse la sonde jusqu'à la région membraneuse, on traverse cette région, et, arrivé au niveau du canal postérieur, on dépose une certaine quantité de gouttes (10, 15, 20), en allant progressivement.

Le titre de la solution la plus employée est de 1/50 de nitrate d'argent; on peut l'élever progressivement à 1/30, 1/20, etc.

Plus la solution est forte, moins il faut déposer de gouttes. D'ailleurs, il faut se laisser guider par la réaction inflammatoire, la douleur, etc.

On a fait des instillations avec le *sulfate de zinc*, de *cuivre*, le *sublimé*, le *bi-iodure*, le *gaïacol* (cystites douloureuses, solution au 1/100 carbonate de gaïacol).

On ne doit jamais faire une instillation par jour. Il faut laisser reposer un jour le malade et, si la réaction est vive, prescrire un bain.

Une précaution indispensable est de faire uriner le malade avant de pratiquer l'instillation.

Dans la variété grave de cystites, où tous ces traitements ont échoué, on peut avoir recours à un procédé très simple, qui a donné parfois des résultats merveilleux.

Je veux parler de la *sonde à demeure*. Il est très simple de placer dans la vessie une sonde en gomme, préalablement désinfectée, et de mettre ainsi l'organe au repos.

Par la sonde on peut faire des lavages et des instillations.

On possède actuellement la sonde de Pezzer qui, par sa conformation, reste facilement fixée dans la vessie.

Quand tous les autres traitements ont échoué, il y a lieu de penser à une intervention, qui sera, en général, la *cystotomie* vaginale chez la femme; la *cystotomie sus-pubienne* chez l'homme (Guyon et Hartmann); la taille périnéale, associée avec la dilatation du canal prostatique, peut donner des résultats remarquables.

Une mention spéciale doit être faite ici de la *cystite tuberculeuse*. Le diagnostic est parfois difficile, et le traitement par les instillations de nitrate d'argent permet souvent de décider la question au point de vue pratique; le nitrate d'argent, avons-nous dit, améliore toujours la cystite blennorrhagique; il est impuissant et souvent nuisible dans la *cystite tuberculeuse*.

Dans le traitement de la cystite tuberculeuse, il faut donc abandonner le nitrate d'argent et pratiquer des instillations avec le *sublimé* (Guyon).

On ne fera pas de lavages ; les vessies tuberculeuses sont intolérantes. Mais on se contentera des instillations au sublimé. Le titre de la solution sera graduellement augmenté. On commencera par une solution à 1 pour 1.000, et peu à peu on arrivera à la dose de 1 pour 4.000 ou 3.000. On abandonnera dans la vessie de 1 à 3 grammes de solution, selon la puissance du titre.

On a préconisé aussi le formol, l'acide lactique, le gaïacol, le pansement permanent à l'aide d'une injection de vaseline iodoformée à 1/20 (Bazy) et même l'air stérilisé.

Ce traitement local, auquel on peut ajouter, chez la femme, le drainage par la sonde à demeure, donne des améliorations, surtout s'il est secondé par un traitement général bien compris : aération, suralimentation et repos.

Dans les cas très graves, la médecine opératoire est susceptible d'apporter quelque soulagement par une cystotomie, sans avoir la prétention d'accomplir une guérison radicale.

CALCULS DE LA VESSIE

Le traitement des calculs de la vessie paraît actuellement très simple. Le diagnostic, une fois bien posé — et il ne le sera qu'à l'aide de l'exploration de la vessie par le cathéter ou par la vue (cystostocopie ou radiographie) — il ne reste que deux opérations en présence : la lithotritie ou la taille.

En France, sous l'influence de l'enseignement de Guyon, on admet que la lithotritie est la méthode de choix et que la taille est une méthode de nécessité. Parmi les tailles, on ne discute plus la valeur comparative des différentes tailles; on admet que la taille hypogastrique est la méthode de choix et que les autres tailles (vaginale, périnéale) ne trouvent que des indications rares et bien déterminées. Ces indications, nous pouvons, d'ailleurs, les énoncer immédiatement. Chez la femme il sera préférable d'avoir recours à la taille vaginale, quand la vessie est infectée et que le sujet est âgé.

Chez l'enfant, on peut avoir recours à la taille périnéale, bien que la taille sus-pubienne soit, en général, préférée. La taille périnéale ne trouve sa véritable indication que dans les calculs situés près du col.

Ainsi la question se limite : la lithotritie d'abord, la taille hypogastrique ensuite, voilà les deux grandes méthodes thérapeutiques des calculs rénaux.

La lithotritie est toujours à préférer ; mais, pour qu'elle soit exécutable et inoffensive, il faut que le calcul puisse se broyer, il faut que l'instrument puisse entrer dans la vessie, il faut aussi que la vessie ne soit pas trop malade.

Les contre-indications de la lithotritie se tirent donc du volume et de la *résistance du calcul*, de l'état de la *vessie* et de l'*urèthre*, de l'*état général*.

Les calculs de plus de 5 centimètres de diamètre, les calculs très durs, contre-indiquent la lithotrotie. De même une vessie irritable ou très infectée, un urèthre non dilatable, un mauvais état général, sont des conditions défavorables. Dans tous ces cas, il y a lieu de préférer la taille.

On peut considérer aussi les indications, suivant qu'il s'agit d'un enfant, d'un adulte ou d'une femme.

Chez l'enfant, il est préférable d'avoir recours à la taille. Je préfère la taille hypogastrique avec suture totale de la vessie, qui réussit souvent.

Chez l'adulte, la lithotritie est à préférer, sous la réserve des contre-indications déjà mentionnées. Chez la femme, la dilatation de l'urèthre à l'aide des doigts ou des bougies d'Hégar sous l'anesthésie, permet l'extraction d'assez gros calculs. La lithotritie combinée à la dilatation peut donner d'excellents résultats. Enfin la taille, dans certains cas, est une méthode facile et inoffensive, surtout la taille vaginale avec suture immédiate de la vessie et de la fistule vaginale.

En résumé : la taille hypogastrique est la méthode de choix, quand il s'agit d'un enfant.

La lithotritie est la méthode de choix chez l'adulte.

La lithotrotie combinée avec la dilatation de l'urèthre est la méthode de choix chez la femme.

On a peut-être trop étendu les indications de la lithotritie

chez l'adulte. Il est possible qu'on revienne un peu plus à la taille hypogastrique, qui, avec la position de Trendelenburg et la suture de la vessie, peut donner des guérisons en l'espace d'une dizaine de jours. Mais, dans l'appréciation de la valeur de ces opérations, il entre pour beaucoup un facteur sur lequel on n'insiste pas suffisamment : je veux parler de l'habitude du chirurgien à pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations. Rien de plus inoffensif qu'une lithotritie faite par quelqu'un d'expérimenté. Rien de plus dangereux que la même opération pratiquée par un médecin peu habitué à cette opération.

Technique opératoire de la taille hypogastrique. — Pour pratiquer la taille hypogastrique, aucun instrument spécial n'est utile. Nous n'avons jamais mis de ballon de Petersen, et souvent nous avons opéré avec la vessie vide. La seule précaution vraiment utile est d'élever le bassin et d'opérer autant que possible dans la position réclinée. Incision médiane de la peau depuis la symphyse jusqu'à 7 à 8 centimètres sur l'abdomen. On découvre la ligne blanche et on la disséque de manière à écarter les muscles droits et à tomber dans la cavité de Retzius; la vessie, si elle est distentue, apparaît tout de suite, sinon il faut la chercher. En enlevant avec deux pinces la couche graisseuse prévésicale, on met à nu la paroi antérieure de la vessie et la réflexion du péritoine. Immédiatement au-dessous de la réflexion du péritoine, on peut saisir la vessie avec un crochet pointu et l'inciser sur la ligne médiane jusqu'au pubis. Le doigt accroche alors la lèvre de la plaie vésicale et pénètre dans la vessie, reconnaît le calcul et sert de conducteur à une pince qui le saisit.

La réunion immédiate doit être tentée chez l'enfant ou chez l'adulte, quand la vessie n'est pas trop malade. On réunit les parois de la vessie à l'aide de points séparés de catgut en faisant deux ou trois plans. Si on a des doutes sur la solidité de la suture, on peut laisser un drainage. Quand l'urine est purulente, on emploie le drainage avec les tubes-siphons Guyon-Périer.

La **lithotritie** se pratique actuellement *à séances prolongées* et sous le chloroforme. C'est à Guyon qu'on doit tous les perfectionnements actuels de la méthode de Bigelow. Après avoir lavé la vessie et injecté 150 à 200 grammes d'eau boriquée, on fait le *broiement* et l'*évacuation* des calculs. Le broiement se fait avec le lithotriteur, qui va au centre de la vessie, saisit la pierre et la brise par des prises successives. L'*évacuation* s'opère d'abord par des lavages et ensuite par l'aspiration.

CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE

Les corps étrangers de la vessie pénètrent à travers une perforation de la paroi (ancienne ou récente), ou à travers l'urèthre. Dans la première catégorie se placent les corps étrangers qui pénètrent à travers une plaie de la vessie par armes à feu (débris de vêtements, esquilles). L'ulcération lente de la vessie a permis souvent l'introduction dans cet organe, du pus, des kystes hydatiques, etc.

Enfin, les corps étrangers ayant pénétré à travers l'urèthre se divisent en deux catégories : ceux qui s'introduisent dans la vessie par accident dans le cours d'une manœuvre chirurgicale (sonde, bougie, instruments brisés); ceux que le malade introduit dans la vessie dans un but inavouable ou par accident, comme chez l'enfant.

Récemment j'ai extrait par la taille une épingle à cheveux introduite, on ne sait comment, dans la vessie d'une petite fille de trois ans.

Il existe deux périodes dans l'évolution symptomatique, ainsi que dans le pronostic des corps étrangers, de la vessie : une période de tolérance pendant laquelle la vessie n'est pas infectée; une période d'infection.

Il résulte de cette notion que les manœuvres exploratrices, faites en vue de reconnaître la présence du corps étranger, doivent être conduites avec prudence et antisepsie.

Le simple cathétérisme avec une sonde métallique peut donner des notions suffisantes sur l'existence du corps étranger.

Le cystoscopie est conseillée. Mais je crois encore préférable d'avoir recours à la *radiographie*, surtout chez l'enfant. A l'aide de la radiographie, on peut faire le diagnostic de la présence, de la forme et de la position du corps étranger, et cela sans avoir touché à l'urèthre et à la vessie, sans risquer d'infecter les organes, d'irriter les parois ou de les contusionner.

Dans mon cas, j'ai pu ainsi voir facilement l'épingle.

Le diagnostic posé, reste le traitement. Si le corps étranger n'est pas incrusté, s'il n'a pas déterminé autour de lui la production d'un calcul vésical, on peut chercher à l'extraire par les voies naturelles.

On se comportera toujours ainsi pour une bougie cassée ou une sonde qui est restée dans la vessie. Le lithotriteur à mors plats est l'instrument de choix. Il suffit de saisir un bout du corps étranger. Mais il faut s'armer de patience et ne pas vouloir quand même extraire rapidement le corps étranger.

Colin a construit un *instrument redresseur* pour saisir les corps étrangers durs et métalliques.

A l'aide d'une disposition spéciale, le corps étranger saisi dans les mors de l'instrument se redresse et peut facilement être retiré.

Il existe aussi un crochet de Colin, destiné à saisir une épingle par la boucle. Guyon a fait construire une olive-crochet. Mais il ne faut pas hésiter, selon moi, à étendre les indications de la *cystotomie*, toutes les fois que l'extraction par les voies naturelles paraît devoir être difficile. A l'heure actuelle, la taille hypogastrique est une opération bien réglée, facile et inoffensive. C'est à cette taille qu'il faut avoir recours, sauf pour les cas où l'extraction par les voies naturelles est facile, soit à cause de la forme du corps étranger (sonde, bougie), soit à cause de la disposition anatomique des parties (urèthre de la femme facile à dilater.)

Pour les corps étrangers de l'enfant, je conseille la taille dans presque tous les cas.

PONCTION DE LA VESSIE

La ponction est une opération d'urgence, destinée à vider la vessie quand le cathétérisme, par les voies naturelles, est impossible ou dangereux.

Il s'agit d'une opération que tout le monde doit pouvoir faire. Elle est inoffensive, sûrement plus inoffensive qu'un cathétérisme mal fait. En pratique, on la fait surtout chez les prostatiques, quand il existe des fausses routes et que le cathétérisme a échoué.

La même éventualité peut arriver chez les rétrécis.

Enfin, dans les ruptures graves de l'urèthre, il est bon, quand on n'est pas outillé pour entreprendre une autre opération, de parer aux premiers accidents par la ponction.

Théoriquement, la ponction de la vessie se fait sur la face antérieure de la vessie, entre le pubis et le cul-de-sac du péritoine. Mais, si le péritoine était lésé, cela n'aurait pas de conséquences graves, pourvu que la ponction soit aseptique.

C'est à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain qu'on pratiquera cette petite opération.

On commencera par prendre l'aiguille n° 2, qu'on flambera dans l'alcool et qu'on refroidira à l'aide de l'eau phéniquée.

On essaiera ensuite l'appareil pour voir s'il fonctionne bien. Cela fait, ajustez l'aiguille à l'appareil, faites le vide et confiez le tout à l'aide, qui sera familiarisé avec le fonctionnement de l'instrument.

L'aide sera placé à gauche du malade, devant l'opérateur.

L'opérateur se place à droite, palpe et percute la vessie, rase la région, la lave à l'eau savonneuse, à l'alcool et au sublimé, la recouvre d'un linge bouilli.

La main gauche détermine le point où l'aiguille doit pénétrer : sur la *ligne médiane*, à 1 *ou* 2 *centimètres* de la symphyse. L'ongle reste en faction sur ce point, pendant que de

la main droite on enfonce doucement l'aiguille de haut en bas et d'avant en arrière, en ayant soin de ne pas la casser contre la symphyse.

Dès que l'aiguille a pénétré dans la vessie, on la sentira libre. Pour cela, il faut enfoncer de 4, 5, 6 centimètres.

L'urine coule, d'ailleurs, si on progresse avec l'aiguille adaptée à l'appareil dans lequel on a fait le vide.

La vessie doit être vidée doucement, afin d'éviter les congestions et les hémorrhagies. Une petite quantité d'urine doit rester dans la vessie.

La ponction de la vessie, faite suivant les règles de l'antisepsie, avec une aiguille flambée, la peau désinfectée et les mains propres, est une opération absolument inoffensive, qui peut se répéter plusieurs fois sans inconvénient.

Si la ponction de la vessie est souvent délaissée pour une opération plus chirurgicale et plus durable, telle la cystotomie dans l'hypertrophie de la prostate, ou l'incision du périnée dans la rupture de l'urèthre; elle ne reste pas moins comme une ressource précieuse dans les cas urgents.

URÈTHRE

CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE. — STÉRILISATION DES SONDES

Les *cathéters*, les *sondes* ou les *bougies* sont des instruments mous, demi-mous ou rigides, destinés à parcourir tout le canal de l'urèthre pour pénétrer dans la vessie.

Le médecin doit posséder une sonde rigide courbe pour homme et une sonde de femme. Il doit posséder surtout des sondes molles, dites de Nélaton, en caoutchouc vulcanisé. Avec ces deux modèles, il répondra à tous les besoins du cathétérisme évacuateur.

Mais, pour pratiquer une bonne exploration de l'urèthre, on doit posséder un jeu de *bougies à boule* graduées à la filière française.

Enfin, pour pratiquer la dilatation de l'urèthre, il est nécessaire d'avoir à sa disposition des bougies de tout calibre.

La première condition, pour n'être pas nuisible dans le cathétérisme, est de *stériliser* l'instrument.

Les sondes métalliques sont faciles à stériliser. Il suffit de les flamber ou de les bouillir dans une solution de carbonate de soude.

Pour stériliser les sondes en caoutchouc, celles qui sont le plus communément employées, il faut avoir recours à l'ébullition de la sonde dans une solution de carbonate de soude. On refroidit la sonde en passant dans sa cavité une solution de nitrate d'argent à 1/1.000. Mais il faut savoir que le procédé de l'ébullition est infidèle. Il est plus commode d'avoir à sa disposition des sondes stérilisées d'avance.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.