

qui a pénétré le canal et subi un arrêt, pour conclure que l'obstacle siège à tant de centimètres, vous recherchez par le palper le relief de la boule olivaire. Vous déterminez ainsi la région où s'est fait cet arrêt. Dans l'urètre normal, c'est à la partie la plus reculée de la région périnéo-bulbaire, à peu de distance en avant de l'anus, que vous reconnaissez ce relief. Dans l'urètre rétréci, c'est également en des points très précis que vous constaterez le siège des obstacles. Lorsque la boule exploratrice aura pénétré dans la portion membraneuse, ce n'est plus par le palper, mais par le toucher rectal, que vous pourrez la suivre jusque dans la vessie.

D'une main on tient l'instrument explorateur, de l'autre on palpe les diverses régions de l'urètre où l'on suppose que s'est produit l'arrêt de la boule : portion pénienne, portion scrotale, portion périnéo-bulbaire, portion membraneuse et prostatique. On la reconnaît directement. Quelques mouvements de va-et-vient facilitent sa rencontre.

La boule exploratrice permet aussi de juger des dimensions du méat. Il est facile, quand on explore avec soin, de voir que c'est au-delà du méat, à quelques millimètres que se trouve l'étranglement congénital. On y constate un anneau complet à bords souples et très minces.

EXPLORATION DE LA VESSIE NORMALE

Elle ne peut régulièrement et complètement se faire que par l'intermédiaire d'un instrument métallique à petite courbure. Les manœuvres qui permettent de conduire dans le réservoir urinaire un instrument de cette forme sont celles : du « cathétérisme avec les instruments coudés ».

Cathétérisme avec les instruments coudés métalliques. — Les manœuvres que nous allons décrire servent à l'introduction des explorateurs de la vessie et à celle des brise-pierres. Ces deux espèces d'instruments offrent, en effet, la même courbure. Il est inutile d'insister sur l'importance des règles de ce genre de cathétérisme ; avant de les exposer, disons quelques mots des explorateurs métalliques.

Explorateurs métalliques. — Ils peuvent être en argent, en acier ou en maillechort. Nous vous conseillons de ne pas vous servir de ce métal qui est cassant et à l'apparente solidité duquel il est dangereux de se fier. L'argent réunit toutes les qualités nécessaires à la construction d'un bon explorateur ; l'acier peut également être utilisé, c'est avec ce métal que sont construits les brisepierres. L'argent se nettoie aisément, l'acier doit être nickelé pour que son entretien soit facile. Les instruments explorateurs peuvent être creux ou pleins. Les instruments creux permettent d'évacuer la vessie ou d'y pratiquer des injections, mais ce sont de très mauvais évacuateurs, à travers lesquels l'urine s'écoule lentement. Lorsque vous croirez devoir faire une injection ou une évacuation, employez pour cela une sonde ordinaire et ne vous servez de l'instrument explorateur que pour l'exploration. L'instrument plein est donc préférable. Il a d'ailleurs le grand avantage de pouvoir, plus facilement que la sonde, être tenu dans un état absolu de propreté ; il n'expose pas le canal au frottement de l'œil des instruments creux.

La forme de l'instrument est chose fort importante. La portion courbe doit être courte et brusque ; c'est bien plutôt une *coudure* qu'une courbure. Cette forme d'instrument, que nous devons à Mercier, a rendu au diagnostic des affections vésicales les plus grands services. On ne saurait trop hautement le reconnaître. Il n'est cependant pas nécessaire que la coudure soit aussi brusque que dans l'instrument de ce chirurgien, son modèle dépasse à peine l'angle droit. Un peu plus d'inclinaison du bec ne nuit pas à l'exploration et favorise l'introduction. D'autres conditions accessoires, mais cependant importantes, permettent à l'explorateur coudé de remplir toutes les conditions nécessaires à un bon examen de la vessie.

La tige doit être moins volumineuse que l'extrémité. Il est, en effet, désirable que l'urètre ne la serre pas et qu'elle y soit assez à l'aise, pour que le chirurgien ne sente pas les parois du canal. Les contacts doivent être exclusivement perçus, par l'extrémité de l'instrument qui touche la vessie. Il est utile que cette extrémité soit renflée, parfaitement mousse et franchement arrondie ou mieux aplatie et un peu large. L'extrémité terminale représente la partie sentante de l'instrument. Il est bon que la pulpe de ce doigt artificiel offre une surface

assez étendue ; cela lui permet à la fois de mieux recueillir les sensations et de ne pas être offensive dans son contact. Il ne nous a cependant pas paru nécessaire d'élargir cette extrémité au-delà d'un diamètre moyen, tel que celui que représentent

les n^{os} 17 à 21 de la filière Charrière, ce qui équivaut environ à 6 et 7 millimètres de diamètre. Avec une extrémité de ce calibre et une tige de 4 à 5 millimètres de diamètre, on possède un bon instrument d'exploration. Il faut, en effet, que l'extrémité de l'instrument puisse aisément être promenée sur tous les reliefs de la surface vésicale ; qu'elle puisse, au besoin, être introduite entre eux. Ce n'est pas, avec « de gros doigts » que l'on pratique le mieux le toucher. Ainsi, un bec court renflé et parfaitement mousse, incliné à angle un peu obtus, une tige de moindre diamètre : telles sont les qualités que doit offrir un bon explorateur de la vessie, dans son corps et à son extrémité.



FIG. 53
Explorateur
de F. Guyon.

Il ne nous reste plus qu'à vous parler de la poignée. Ici, encore, il faut que la construction de l'instrument soit subordonnée à ses usages. Il est nécessaire que la main soit le plus complètement, et le plus largement possible, en rapport avec l'explorateur, qu'elle puisse aisément et rapidement le faire tourner sur son axe, afin de porter le bec dans toutes les directions. La poignée cylindrique, que nous devons à sir H. Thompson, offre à cet égard des avantages incontestables. Aussi, avons-nous dès longtemps adopté la sonde exploratrice de ce chirurgien. Je l'avais modifiée en plaçant l'œil sur la concavité, dans le sinus de la courbure, ou mieux en le supprimant, puis en faisant disparaître la petite tubulure de la poignée destinée à recevoir un bouchon métallique ; je l'avais remplacée par un robinet adapté, immédiatement en avant du manche, du côté correspondant à la concavité du bec de la paroi inférieure à l'origine de la tige. Il n'était pas indifférent que cette partie en relief ait une position parfaitement déterminée, car il faut un point de repère pour

indiquer exactement la direction de l'extrémité cachée dans les organes.

J'ai cessé de me servir de cet instrument depuis que j'ai fait construire, par M. Collin, les explorateurs pleins que vous me voyez constamment employer. Il en existe plusieurs modèles de dimensions inégales, mais de formes absolument identiques. Ils portent les n^{os} 1, 2, 3 et 4. Le n^o 1 est un explorateur pour enfants, le n^o 2 sert aux adultes ; le n^o 3 est celui que vous utiliserez le plus habituellement. Il convient à la plupart des sujets et peut même passer à travers un urètre prostatique, modifié par l'hypertrophie de la glande qui l'entoure. Cependant, sa portion coudée peut alors être trop courte. Aussi est-il nécessaire d'avoir à sa disposition une extrémité plus longue. C'est ce que réalise le n^o 4. Celui-ci mesure 34 millimètres de bec, tandis que le n^o 3 n'en a que 26 ; le n^o 2, seulement 20 ; et le n^o 1, 15.

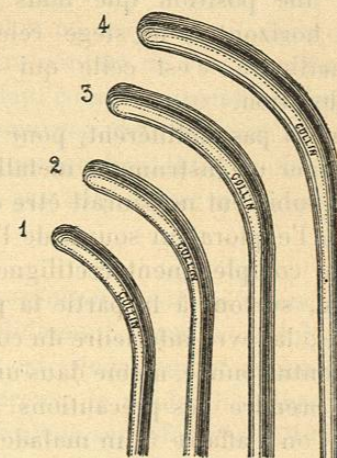


FIG. 54.
Becs des explorateurs, grandeur naturelle.

Le n^o 4 nous a toujours permis de facilement faire les plus longues traversées prostatiques et de bien explorer un bas-fond. C'est un instrument dont nous hésitons d'autant moins à recommander l'emploi, que nous avons eu bien souvent des échecs ou des difficultés, avec des explorateurs à becs plus courts. C'est le n^o 4 qui est représenté dans la figure 53. Ce qui caractérise ces explorateurs, c'est la forme du bec. Très régulièrement aplati, il s'élargit jusqu'à son extrémité et se termine par un petit renflement. Il présenterait seulement deux faces et deux bords, si ceux-ci n'étaient assez larges pour figurer deux petites faces. Bords et faces se réunissent par des angles très mous qui donnent à l'ensemble du bec à la fois des points de contact étendus et une grande douceur de toucher (fig. 54). Ce bec rappelle la forme de ceux des lithotriteurs. Le manche est cylindrique et creux, ce qui aug-

mente la résonance ; l'ensemble de l'instrument, notablement plus lourd que la sonde exploratrice de Thompson modifiée. La pesanteur favorise la pénétration, elle habitue la main au poids encore plus élevé du brise-pierres. Deux points de repère placés sur la face dorsale du manche permettent de toujours savoir quelle est la direction du bec.

Position du malade et du chirurgien. — Précautions préalables. — Le malade doit être couché sur le dos et placé dans une position que nous allons déterminer. Le décubitus horizontal, le siège relevé et les épaules basses, est la meilleure ; c'est celle qui assure les bons résultats de l'exploration.

Il n'est pas indifférent, pour les organes d'introduire et de promener un instrument métallique dans la vessie. L'épreuve qu'ils subissent ne saurait être comparée à celle de l'introduction de l'explorateur souple de l'urètre. Le canal, redressé par la tige complètement rectiligne de l'instrument, est toujours froissé, surtout à la partie la plus reculée de sa paroi inférieure ; la lèvre inférieure du col vésical est abaissée, elle peut être contusionnée, même dans une manœuvre bien faite. Il faut donc prendre des précautions. Si l'on prévoit des difficultés ou si l'on a affaire à un malade âgé ou fatigué, il est prudent de conseiller le repos et même le repos au lit pendant quelques heures, après cette opération. En ajoutant à cela l'antisepsie et la bonne exécution des manœuvres, vous réunirez les meilleures garanties contre les accidents consécutifs au cathétérisme. Le séjour au lit, dans une température égale et douce, des boissons abondantes et tièdes compléteront, s'il y a lieu, vos précautions. Ces prescriptions sont bien supérieures au grand bain, si souvent conseillé, et, en réalité, si manifestement contre-indiqué. Elles préservent plus sûrement des réactions, que ne peuvent le faire les sédatifs du système nerveux, tels que le bromure de potassium, ou les antipyrétiques, tels que le sulfate de quinine, dont l'emploi peut cependant être indiqué.

Le chirurgien est plus sûrement maître du malade couché, mais nous n'excluons pas de la pratique le cathétérisme pratiqué sur le malade debout. C'est dans cette position que l'on se sonde le plus aisément soi-même ; le chirurgien peut,

dans certaines conditions que nous déterminerons en parlant du cathétérisme thérapeutique, trouver avantage à placer son patient dans la situation verticale. Lorsqu'il s'agit de l'exploration vésicale et même de l'exploration urétrale, la situation debout a des inconvénients et aucun avantage. Pour explorer, une position fixe et bien déterminée est, avant tout, nécessaire. Quel que soit le point d'appui du siège dans le cathétérisme debout, un simple mouvement du tronc suffira pour modifier les conditions dans lesquelles la vessie se présente à l'instrument.

L'on se fait étrangement illusion en croyant que, dans cette position, la pierre se présente au contact de l'instrument. Ce n'est pas sur la pesanteur qu'il faut compter quand on explore un calculeux, mais sur des manœuvres méthodiques ; elles ne sont possibles que dans la position couchée. Il faut vous habituer à « aller au calcul » et ne pas trop croire qu'on peut le faire venir à soi.

Construction, placement et assujettissement du coussin. — Le bassin doit être relevé et solidement appuyé ; il doit être bien d'aplomb. Le défaut du lit est généralement sa mollesse et la dépression centrale, qu'y creuse le poids du corps. Le coussin qui va servir à relever le siège sera donc parfaitement dur. Il faut, cependant, qu'il soit extemporanément construit. Si les chirurgiens les plus habitués à la pratique de la lithotritie n'ont pas adopté les appareils mécaniques destinés à soulever le siège, à plus forte raison ne pourrez-vous songer à semblable impédiment, pour faire un cathétérisme explorateur.

On se sert le plus habituellement de l'un des oreillers du malade. On fait ainsi un très bon coussin, mais à la condition de le rouler et de le faire attacher très solidement par le milieu, avec une serviette pliée en cravate et non de le replier simplement. On arrive encore à confectionner un coussin résistant avec une couverture. Le coussin ne doit pas être trop large, il ne faut pas non plus qu'il soit trop épais. A moins d'indications particulières que nous révélera l'étude de l'exploration dans certains cas pathologiques, il suffit que le siège soit élevé de 15 à 20 centimètres au-dessus du plan du lit.

Passer le coussin, le placer convenablement sous le siège, est

un art qu'il ne faut pas dédaigner. On invite le malade à se rapprocher le plus possible du bord droit du lit et à se coucher parallèlement à ce bord, bien à plat. Tout le corps, les épaules comprises, doit, en effet, reposer sur le matelas; la tête seule est soutenue par le traversin ou par un oreiller, à la condition de ne pas l'engager sous les épaules. Lorsque le malade est ainsi placé, *et alors seulement*, on lui fait soulever le siège. Il faut qu'il plie franchement les jarrets, de façon à pouvoir prendre directement point d'appui sur les talons; on refoule la chemise sous les lombes, on place une main à plat sous le sacrum et l'on passe le coussin sous les fesses, de manière à ce qu'il les déborde légèrement en avant. Le coussin est à sa place, mais il faut encore, pour que tout soit bien préparé, qu'il soit assujéti dans la position horizontale et que les jambes soient mises en position. C'est le premier soin à prendre après avoir mis le coussin. En général, le malade croit devoir allonger fortement les jambes. Il se raidit et fait la planche. Cette attitude a le grave inconvénient de neutraliser la position oblique de haut en bas et d'avant en arrière, que vous voulez donner au bassin. Celui-ci, en effet, est entraîné par les jambes ainsi placées et devient presque oblique en sens inverse. Vous commanderez au malade de fléchir modérément les genoux, puis de les écarter, en les laissant complètement retomber en dehors. Les pieds reposent, dès lors, sur leur face externe tout entière. Ils donnent aux membres un bon point d'appui, qui leur permet de s'abandonner sans effort. Pour mieux assurer leur facile équilibre, vous placez le talon droit dans la concavité de la plante du pied gauche.

Vous assujétirez le coussin de la façon la plus simple et la plus sûre, en le calant avec des livres. Point n'est besoin de volumes d'une dimension extraordinaire. Les assistants s'empressent, en général, de vous offrir des dictionnaires. Les livres de lecture ordinaires sont parfaitement suffisants. C'est, en général, sous l'extrémité du coussin qui répond au centre du lit, qu'il convient de les introduire. Si vous avez affaire à un malade d'un grand poids, à un périnée épais, à une grosse prostate, vous passez sous le coussin un registre, un atlas cartonné ou une planchette. Vous n'avez plus qu'une précaution à prendre; vous empêchez le malade de s'accrocher avec les

mains au bord du matelas ou de s'arc-bouter, plus encore de saisir le dossier de son lit. Il faut qu'il ne puisse se livrer à aucun effort; il ne faut pas, comme vous nous l'entendez souvent dire, qu'il fasse de la gymnastique.

Voilà bien des détails; mais en semblable matière, il ne faut pas les craindre; il le faut d'autant moins que vous ne procéderez pas autrement lorsque vous pratiquerez la lithotritie.

Injection préalable dans la vessie. — Ce préliminaire de l'exploration a une réelle importance; on en a cependant discuté l'utilité. Nous allons dire pourquoi il convient d'y recourir et indiquer comment on doit la pratiquer. Il ne s'agit que de garnir la vessie puisqu'elle est aseptique à l'état normal, et non d'en faire le nettoyage. Déjà nous avons eu à nous expliquer sur ce dernier point, en parlant de l'antisepsie du cathétérisme explorateur (p. 53); nous n'y revenons pas.

Il est exact que l'introduction préalable d'un liquide dans la vessie n'est point indispensable pour faire une exploration ni même pour pratiquer la lithotritie. Il arrive fréquemment que le malade urine quand la vessie est douloureuse; une bonne anesthésie ne s'oppose pas toujours à l'échappement répété du liquide entre la sonde et le canal. Nous nous sommes souvent assuré, après une très complète séance de broiement, que la vessie renfermait à peine 50 grammes d'urine. Néanmoins, lorsque l'on dit que l'on opère dans une vessie à sec, on se trompe presque toujours. Il faut, d'autre part, peu de temps à un homme impressionné pour fabriquer une notable quantité d'urine; aussi, bien que les malades aient la singulière habitude de s'empresser de se présenter à leur vase dès qu'ils entendent la sonnette du chirurgien, ou de prendre ce qu'ils appellent « leurs précautions » avant d'entrer dans son cabinet, ils ne lui offrent pas pour cela une vessie absolument vide. On comprend donc qu'il soit possible de se passer d'injection préalable pour explorer la vessie; il est légitime d'en profiter pour examiner dans ces conditions « les sujets non infectés ».

Néanmoins, alors même que la vessie n'est point infectée, il y a à cette pratique deux inconvénients possibles. Vous trouverez trop d'urine ou vous n'en trouverez pas assez. Pour les résultats de l'exploration, lorsqu'il s'agit, par

exemple, de rechercher un petit corps étranger, nous accordons facilement qu'il vaut mieux ne pas en avoir assez qu'en avoir trop. Mais, au point de vue de la protection de la vessie, de l'observance rigoureuse des règles qui prescrivent de lui adoucir les contacts, de même que pour la plus grande facilité des manœuvres, il vaut certainement mieux avoir une quantité moyenne de liquide. Et comme une injection pratiquée convenablement dans les conditions voulues n'offre aucun inconvénient, l'on doit, à notre avis, conclure en faveur de l'injection préalable. Nous faisons, bien entendu, la part des contre-indications fournies par les vessies très douloureuses; nous y reviendrons en parlant du cathétérisme explorateur chez les sujets malades.

Vous voyez que nous acceptons l'injection en principe, sans nous laisser toucher par cette objection mise en avant par quelques chirurgiens: que l'injection préalable est une manœuvre de plus. Sans doute, il faut une manœuvre de plus pour garnir la vessie, car, nous vous l'avons déjà fait prévoir en vous parlant de la construction des explorateurs: « l'injection constitue un temps particulier qu'il faut franchement séparer de l'exploration ». Tout mélange d'actes opératoires est mauvais, celui-là comme tout autre. Mais cette manœuvre spéciale, qui obligera l'urètre à recevoir pendant quelques instants une sonde molle, ne saurait être mise en parallèle, avec les inconvénients possibles d'une action intravésicale poursuivie dans des conditions défectueuses. Votre expérience vous amènerait sans doute à y suppléer, il vaut mieux les écarter.

Nous vous parlerons plus tard de la façon dont vous devez introduire les sondes molles; nous allons actuellement nous préoccuper uniquement de la manière de faire l'injection qui servira d'auxiliaire à l'exploration.

Le choix du liquide n'est pas indifférent, pas plus que celui de l'instrument injecteur. L'eau simple est utilisable, elle doit avoir été dûment stérilisée par une ébullition prolongée, être tiède, de température douce; un peu fraîche ou un peu chaude, elle pourrait exciter les contractions vésicales. Il n'est pas indispensable que cette eau soit rendue antiseptique. Cependant, nous donnons la préférence à la solution d'acide borique à 4 pour 100, préparée avec de l'eau bouillie. La muqueuse

vésicale ne réagit en aucune façon contre ce contact; il n'en est pas de même pour d'autres antiseptiques et, en particulier, pour l'acide phénique. Or, il faut à tout prix éviter « d'exciter la vessie ». C'est la condition qui domine la pratique de l'injection préparatoire aux opérations.

Vous nous questionnez souvent sur la quantité de liquide qu'il convient d'introduire. Nous vous répondrions volontiers: « Ce n'est pas à nous qu'il faut adresser semblable demande, c'est à la vessie. » C'est elle, en effet, c'est elle seule, qu'il faut interroger et très attentivement écouter.

Dans la vessie normale, vous pourrez atteindre la quantité maximum sans que la vessie se contracte; vous introduirez donc aisément de 100 à 125 grammes de liquide, quantité largement suffisante, qu'il ne faut pas dépasser. Mais dans certaines vessies « susceptibles, quoique saines » et à coup sûr dans la vessie malade, vous serez souvent avertis, chemin faisant, qu'il est temps de s'arrêter. « Il faut savoir comprendre cet avertissement; c'est la vessie qui vous le donnera. » Tenez-en compte, car il ne faut pas éveiller chez votre malade une envie de pisser un peu forte. Sans cela, même avec beaucoup de liquide, vous allez partout rencontrer la vessie. Elle se défendra, vous résistera, se laissera incomplètement toucher, refusera de se livrer à votre instrument et de lui révéler ses secrets.

Le *modus faciendi* de l'injection met sûrement à l'abri de semblable échec. Si vous prenez soin de vous servir « d'une seringue à anneaux dont le piston glisse sans aucun effort », si vous laissez à la canule toute sa largeur en n'y vissant pas le petit bout, si vous suivez très attentivement la marche du piston, vous serez toujours avertis à temps. Quand la vessie commence à se contracter, le piston, qui tout à l'heure descendait pour ainsi dire de lui-même, oppose une petite résistance qui peu à peu s'accroît. Soyez sûrs, dès lors, que la vessie se contracte. Le malade n'en a pas conscience; il n'a pu encore vous avertir qu'il a besoin d'uriner, que déjà vous savez que la sensation de ce besoin va se manifester. Vous avez senti avant lui le besoin de pisser. De même, l'accoucheur peut annoncer la douleur non encore perçue par la parturiente, en sentant, sous sa main, durcir le globe utérin. Dans l'utérus, comme dans la vessie, comme dans l'intestin, « la contraction commence et la

douleur suit ». Si vous continuez à pousser, la résistance augmentera, et, si vous l'empêchez de rétrograder, le piston sera refoulé en arrière ; le malade en effet pisse dans la seringue.

Il est donc facile de fixer, même dans les vessies sensibles ou susceptibles, quelle est la quantité de liquide nécessaire à l'exploration ou à l'opération de la lithotritie : « c'est celle que la vessie veut bien accepter sans souffrir et se plaindre, c'est-à-dire sans se contracter. » Ne perdez pas de vue les notions physiologiques fournies par l'étude de la sensibilité et de la contractilité vésicales ; *servez-vous de la seringue comme d'un manomètre*, vous introduirez la juste mesure. Peu importe qu'il y ait quelque 10 grammes de plus ou de moins ; ce qui est nécessaire, c'est que le chirurgien puisse entrer dans un réservoir « au repos. »

C'est pour cette raison que nous ne vous conseillons pas d'engager vos malades à se retenir d'uriner en vous attendant, laissez-les libres. Ils pourraient sans doute arriver à vous offrir une vessie garnie d'urine ; mais cette vessie qui aura subi une contrainte sera de méchante humeur et vous le fera bien voir. Contentez-vous, « au cas où l'état aseptique de la vessie vous permettrait d'explorer dans l'urine », de vous informer, depuis quand s'est opérée la dernière miction. Si vous avez affaire à une vessie capable de se vider, vous pouvez là-dessus baser une appréciation et approximativement savoir si vous n'avez ni trop, ni trop peu, de liquide à votre disposition.

Ce que nous venons de vous dire des conditions dans lesquelles l'injection doit être pratiquée, a suffi pour vous faire comprendre que : « c'est le chirurgien lui-même qui doit faire l'injection ». Souvent, un confrère bien intentionné vous offrira de pousser la seringue. Répondez par un refus à cette offre obligeante.

C'est de la main droite que vous conduirez doucement, lentement et graduellement le piston, tandis que de la gauche vous soutenez la sonde. Au moment où vous devez terminer l'injection, vous retirez à la fois la seringue et la sonde sans les désunir. Cela suffit le plus souvent pour faire cesser une envie d'uriner commençante. Avant l'injection, vous aviez, bien entendu, laissé écouler par la sonde l'urine contenue dans la vessie et pris soin de ne pas la laisser se contracter sur la

sonde, comme il arrive parfois quand on la met trop à sec. Dès que vous aviez, en observant le jet d'urine, constaté qu'il allait s'arrêter, vous aviez, sans désemparer, introduit à frottement la canule de votre seringue dans la sonde et commencé à doucement pousser le piston.

Pour opérer l'injection vous avez dû nécessairement vous placer *à la droite* du malade. C'est, en effet, la position que nécessite toute manœuvre intravésicale.

Tant qu'il ne s'agit que d'introduire une sonde à travers l'urètre, « sans manœuvrer dans la vessie », vous pouvez vous placer à gauche, et cette position est, en général, conseillée pour le cathétérisme évacuateur. Mais, toutes les fois que vous avez à accomplir un acte chirurgical qui vous oblige à agir dans la vessie, il faut invariablement vous mettre à droite. Avant de passer le coussin, nous avons, d'ailleurs, eu la précaution de faire allonger le malade le long du bord droit de son lit. Pour introduire la sonde exploratrice, le chirurgien sera donc à la droite du malade ; il se tiendra debout, et le lit devra n'être pas assez bas pour qu'il soit obligé de se trop courber. C'est encore un avantage qu'offre le lit sur le sofa et qui doit lui faire donner la préférence.

La verge est saisie de la main gauche entre le médius et l'annulaire ; l'index et le pouce écartent les lèvres du méat et le présentent à l'instrument. Son extrémité y est alors insinuée. Elle a été, au préalable, enduite d'une préparation qui assure son glissement facile. Cet enduit, quel qu'il soit, ne sera pas trop largement employé ; il est, en effet, très important, malgré l'habileté acquise, d'avoir les doigts secs et surtout de ne pas les avoir glissants. L'instrument doit être très délicatement tenu, il ne faut pas que, pour rester en main, il soit soumis à une pression. Quand la main est humide, à plus forte raison grasse, elle ne peut retenir l'instrument qu'en le serrant, et le chirurgien perd par cela même de sa précision.

Manœuvres de l'instrument pendant la traversée de l'urètre. — Position de l'instrument lorsqu'il va commencer à pénétrer dans l'urètre. — Temps du cathétérisme. — Nous avons, depuis longues années, l'habitude de présenter l'instrument de telle sorte que la concavité de sa courbure regarde la face