

Il consacre à l'étude du cathétérisme curviligne et à l'emploi d'une nouvelle sonde dans le cathétérisme évacuateur, toutes les ressources d'une érudition et d'une expérience exceptionnelles. Comme tous les chirurgiens très habiles, Gély avait conscience des difficultés que peut offrir la pratique de l'art et s'en préoccupait grandement. Plus que personne, il aurait eu le droit de se fier à la dextérité remarquable de sa main ; mais il savait combien il importe que la main la plus habile, soit aidée par un bon instrument et conduite par un cerveau instruit et attentif.

Après avoir démontré que, si les auteurs sont d'accord pour indiquer la possibilité de nombreuses entraves à la marche de la sonde, ils diffèrent complètement lorsqu'ils veulent indiquer la nature et la situation des obstacles et donner : les moyens de les vaincre. Gély cherche la raison de cette insuffisance de l'art. Il se demande si elle n'est pas simplement la conséquence d'un défaut d'harmonie entre la forme de la sonde et celle du canal. C'est à établir cette concordance que tendent tous ses efforts.

Nous n'avons pas besoin de vous rappeler que l'harmonie entre la forme du canal et celle de l'instrument n'est pas la condition nécessaire du cathétérisme. Le canal, fort heureusement, se prête aux exigences de la pratique ; « il se laisse faire » et reçoit des instruments de formes très variées. On ne peut donc pas s'étonner que l'on ne soit pas toujours préoccupé de se conformer absolument aux données de l'anatomie, lorsqu'il s'est agi de créer des instruments, et que la courbure des sondes, en particulier, varie de telle sorte que l'on ait pu accuser le caprice des chirurgiens d'avoir favorisé cette sorte d'anarchie.

En réagissant contre cet état de choses, Gély se garde bien de déclarer, qu'en dehors de l'harmonie du canal et de la sonde, il n'y ait pas de salut pour le malade. Mais il établit très péremptoirement que, dans les conditions pathologiques créées par les déformations de la prostate, il ne peut plus être indifférent de rien livrer au hasard, ni même de se confier à la seule habileté de la main.

Sans doute l'urètre se prête à ce que l'on peut appeler la *déformation chirurgicale* ; il la subit, de bonne grâce, quand il se porte bien. Mais cette déformation ne saurait s'accom-

plir sans tiraillements ni sans pressions. Et s'il est possible, s'il est nécessaire d'imposer aux organes ces tiraillements et ces pressions, pour aboutir à un but thérapeutique, qui a le plus souvent pour objectif une manœuvre intravésicale, l'on doit se demander s'il est légitime de soumettre à ces épreuves un urètre déformé, alors qu'aux difficultés créées par les déformations, se joint l'état de souffrance et l'éréthisme, qui accompagnent la rétention d'urine ? La contraction exagérée des muscles du plancher périnéal, de l'appareil musculaire de l'urètre, la congestion intense de la prostate, changent singulièrement les conditions dans lesquelles le chirurgien est appelé à agir. Si l'on peut imposer sans trop de difficultés et d'inconvénients la « déformation chirurgicale » à un urètre pathologiquement modifié, « lorsque l'on agit en plein calme vésical », il n'en est certainement plus de même, lorsque le malade est en lutte contre une rétention aiguë.

C'est pour ces raisons, que la pratique démontre avec tant d'évidence la supériorité d'instruments flexibles qui s'accommodent aux inflexions du canal, ou dont la forme s'harmonise avec la sienne. Ils ne lui demandent « que le passage », sans exiger des modifications destinées à assurer leur cheminement. Malgré leur souplesse et quelquefois même à cause de leur souplesse, les instruments non métalliques qui ne sont pas munis de mandrin, sont arrêtés, et le praticien se trouve en présence de toutes les difficultés et de tous les dangers du cathétérisme évacuateur. Lorsque l'on cherche à résoudre de semblables problèmes de pratique, on ne saurait trop s'entourer de tout ce qui peut efficacement venir en aide. Or, la question de la courbure des instruments rigides, que ce soit des mandrins ou des sondes, se présente alors en première ligne. La « concordance », aussi parfaite que possible entre l'urètre et eux, est la condition nécessaire. Une sonde de forme bien appropriée permettra à la main d'un chirurgien habile, de manœuvrer de façon à pénétrer dans la vessie, sans avoir violenté ni blessé le canal qu'il faut si délicatement parcourir.

Gély a conclu d'une étude anatomique et clinique approfondie, que la partie postérieure de la courbe urétrale se rapportant à une circonférence de 12 centimètres de diamètre, tandis que la partie antérieure moins concave, appartient à un plus

grand cercle. Il a fait voir que l'on pouvait, sans inconvénient, négliger la forme spéciale de la première partie de la courbure qui est la plus souple et la plus mobile et prendre, pour base de la disposition à donner à la sonde, la courbe habituelle de la partie profonde et fixe de l'urètre. Il arrive donc à admettre : *que la sonde évacuatrice devra présenter un arc emprunté à un cercle de 12 centimètres de diamètre.* Mais pour que cet arc ait une suffisante longueur, pour occuper à la fois les deux parties de la courbure et avoir en même temps une partie de son extrémité engagée dans la vessie : *il devra représenter assez exactement le tiers du cercle.* C'est d'après ces données qu'il fit construire sa sonde.

Cette sonde, que Gély qualifie de nouvelle, existait déjà, et c'est lui-même qui nous l'apprend en décrivant la sonde d'Amusat : « dite des vieillards ». Elle se rapproche sensiblement du 1/3 d'un cercle de 12 centimètres de diamètre ; celle du chirurgien de Nantes représente exactement ces dimensions et cette forme. Mais si Gély indique et reconnaît lui-même qu'il a été devancé, puisque la pratique avait révélé les avantages de cette courbure, il lui reste un grand et incontestable mérite. Il nous a révélé les conditions qui assurent la bonne construction des sondes et qui permettent de triompher méthodiquement des difficultés du cathétérisme évacuateur, grâce aux grandes courbures.

Au point de vue de la manœuvre, la réforme proposée par Gély ne permet pas seulement « la réalisation du mécanisme de deux arcs de même forme, glissant facilement l'un sur l'autre », elle assure la possibilité de conduire l'instrument le long de la paroi supérieure. A notre avis, c'est l'un de ses précieux avantages.

Vous ne l'avez pas oublié, la paroi supérieure représente et conserve la forme normale de l'urètre. Gély n'a pu manquer, dans sa consciencieuse étude, d'opposer la forme irrégulière et changeante de la paroi inférieure, à la forme régulière et immuable de la paroi opposée<sup>1</sup>. Mais il s'est préoccupé de déterminer l'axe du canal et il l'a mesuré en se plaçant à égale distance des deux parois. Cependant, le

<sup>1</sup> Voy. t. II, fig. 36, p. 304.

canal n'a pas de cavité ou du moins il n'a qu'une cavité virtuelle qui se forme sous la pression de la colonne urinaire ou sous celle de l'instrument. L'instrument a toujours besoin d'être appuyé. Il ne voyage pas dans le vide, mais au contact des parois ; selon qu'il prend son point d'appui plus fortement sur l'une ou sur l'autre, il est conduit par celle avec laquelle il est le plus intimement au contact. C'est la paroi supérieure de l'instrument qui glisse le long de la paroi supérieure du canal dans le cathétérisme curviligne. L'axe de courbure de cette paroi, doit par conséquent déterminer l'axe de courbure de l'instrument, pour qu'une concordance exacte s'établisse entre les deux arcs de même forme, qui glissent l'un sur l'autre.

Lorsque le canal se déforme sous l'influence des progrès de l'âge, vous savez que *la paroi inférieure seule* se modifie. A la terminaison de l'urètre antérieur, c'est le cul-de-sac du bulbe qui se creuse ; à la terminaison de la région prostatique, c'est ce que l'on peut aussi appeler le cul-de-sac de la prostate ; c'est, encore le coude accentué dû au développement du lobe moyen. A toutes ces modifications de forme, de longueur, de largeur, la paroi supérieure demeure indifférente. Elle peut, sans hyperbole, être comparée à un pont jeté sur les obstacles semés le long de la paroi inférieure.

Posséder « l'instrument » et connaître la « manœuvre », qui permettent de marcher d'un pas égal et sûr, le long de cette voie conductrice, constitue un avantage aussi favorable au malade qu'au chirurgien.

Il ne faut pas croire, en effet, qu'il dépend absolument de l'habileté de la main, de toujours bien suivre la paroi supérieure. Sans doute, la direction imprimée est pour beaucoup dans le succès, de cette manœuvre opératoire. Mais sans un instrument de forme appropriée, toute l'habileté du chirurgien pourra être mise en œuvre en pure perte, ou n'aboutir au succès, qu'en froissant ou même en blessant la paroi inférieure du canal. Elle courra grand risque d'être complètement en défaut avec ces instruments prétendus courbes, dans lesquels « l'extrémité de la sonde ne concorde pas avec l'axe de courbure de son talon ». Regardez : elle forme une ligne plus ou moins droite à l'extrémité de la courbe.

Ces instruments défectueux vous seront couramment offerts sous forme de sondes ou de mandrins. Le plus grand arbitraire règne dans leur fabrication, faute de règles précises. Elles sont pourtant formulées, et Chopart voulait déjà, par exemple : « que la courbure, née insensiblement de la partie droite de la sonde, s'étendit jusqu'au bec inclusivement ». Il faut, en effet, *que la courbure soit égale et régulière dans toute son étendue*, que toutes ses parties « soient incurvées au même degré ». C'est à cette condition, que vous pourrez avec sécurité et avec succès, diriger votre instrument au contact de la paroi supérieure et l'y maintenir. S'il fallait déroger à cette règle, ce serait « en exagérant la courbure de l'extrémité », pour la relever en la portant un peu plus en haut.

Les instruments de Gély nous ont souvent permis de pénétrer dans la vessie, dans les cas de grande déformation de la région prostatique de l'urètre. Nous devons cependant reconnaître, que c'est plutôt en nous tenant « en deçà », qu'en allant « au-delà » de la courbure mesurée par l'arc de cercle de 12 centimètres de diamètre. Gély a cependant proposé pour les grands canaux une sonde dont la courbe répondait à une circonférence de 13 centimètres de diamètre. Il réserve, pour les moyens canaux, des courbes de 11 et 12 centimètres de diamètre, il permet, pour les petits canaux, de ne se servir que de 10 centimètres.

Gély, en mesurant l'axe du canal et non l'axe de la paroi supérieure a, par cela même, un peu exagéré ce qu'il croit être la courbe normale de la portion fixe de l'urètre ; aussi a-t-il été amené, par la pratique, à diminuer son rayon de courbure. Il croit, il est vrai, que la courbure doit être proportionnée au développement des organes génitaux et trouve une relation entre ce développement et la taille des malades. Il est certain qu'en pratique vous trouverez des différences sensibles sur la longueur de l'urètre, mais vous savez qu'elles portent exclusivement — au moins pour les différences pathologiques qui doivent surtout nous occuper — sur la paroi inférieure. Vous n'avez donc pas à en tenir un compte rigoureux, pour la confection d'instruments qui, en s'adaptant « à la paroi supérieure », suivent le chemin « le plus court » pour arriver à la vessie.

Dans les cas difficiles, alors que vous aurez échoué avec les sondes coudées et bicoudées, nous vous engageons à recourir à une courbure de Gély, ou du moins à ses moyennes courbures. Dans les cas où, sans être difficile, le cathétérisme évacuateur s'accomplit cependant mieux avec une sonde métallique ou un mandrin qu'avec une sonde flexible, « la courbe qui répond à une circonférence de 10 centimètres de diamètre est certainement suffisante », à la condition que la courbe soit régulière et égale au tiers de la circonférence.

Pour la fabrication des sondes, « *la longueur* de la courbe a la même importance que *sa profondeur* ». En réclamant ces conditions et en exigeant que la courbe soit régulière dans toute son étendue, vous aurez de bons instruments.

Sur les deux préparations anatomiques que nous avons prises pour type (t. II, p. 302), vous avez vu que, malgré la différence très considérable des diamètres de la courbure, leur longueur est égale au tiers de la circonférence où elles sont inscrites. Si la courbe de votre instrument « n'a pas une longueur suffisante » pour que le dégagement à travers le col se fasse de lui-même, vous serez obligés à une manœuvre d'abaissement et de propulsion combinés, pendant laquelle vous pouvez abandonner la paroi conductrice pour heurter la paroi inférieure et y être arrêtés.

C'est ce qui pourra, par exemple, vous arriver avec un instrument dont l'introduction est, en général, régulière et facile. La sonde courbe à évacuation, dont on a fait longtemps usage pour la lithotritie, a une courbure dont le diamètre répond à une circonférence de 53 millimètres de rayon. Cela vous donne donc un diamètre de 10 à 11 centimètres et réalise un très bon degré de courbure. Mais la longueur de cette courbe ne mesure que « le quart de la circonférence ». Il y a à cela des avantages, au point de vue de l'évacuation mais, par contre, des difficultés d'introduction quand la prostate est volumineuse.

Les bougies métalliques dites « Béniqué », du nom de leur auteur, ont 46 millimètres de rayon dans leur courbe, soit un diamètre d'un peu plus de 9 centimètres. La longueur de cette courbure dépasse notablement le quart de la circonférence, sans en atteindre le tiers. Vous savez que ces instru-

ments parcourent avec une admirable facilité la plupart des canaux chez les hommes d'âge moyen ; malgré que leur courbure soit peu profonde, ils vous permettront, grâce à sa longueur, de franchir des obstacles prostatiques. Ils ne vous mettront cependant pas à l'abri d'échecs lorsque l'hypertrophie est très prononcée.

A plus forte raison, devrez-vous vous tenir en méfiance contre la sonde de trousse, lorsque vous avez affaire à une rétention d'urine chez un prostatique. Afin, sans doute, de pouvoir être commodément placée dans le portefeuille, cette sonde n'a que 8 centimètres de diamètre dans sa courbure, et cette courbure ne mesure même pas le quart de la circonférence dans laquelle elle est inscrite. Aussi a-t-elle, à juste titre, la réputation d'être un mauvais instrument. Sa défectuosité tient, à notre avis, plus encore au manque de longueur de sa courbure, qu'à son peu de profondeur. Avec une prostate volumineuse, on est exposé à un échec ou à faire fausse route.

C'est, en effet, à propos de la rétention d'urine des vieillards que les questions d'instrument ont une importance capitale. A propos de la courbe des sondes métalliques, nous pouvons conclure en disant, « qu'il faut une courbure moyenne répondant à une circonférence de 10 à 11 centimètres de diamètre, dont la longueur égale le tiers de cette circonférence ». Nous répétons encore une fois, « que la courbe des instruments doit être régulière jusqu'à leur extrémité. Si une dérogation à cette règle pouvait être admise, ce serait, nous l'avons dit, pour que le bec de la sonde fût un peu relevé ; dans aucun cas il n'y a avantage à l'abaisser.

Nous vous avons longuement entretenus de la question de la courbure des instruments métalliques, et cependant nous vous avons avertis qu'en somme, ce n'était pas aux instruments rigides, que vous auriez le plus souvent recours pour mener à bien le cathétérisme évacuateur. Mais il suffit que ces cas, peu nombreux, représentent les cas les plus difficiles et partant les cas dangereux, pour que notre insistance soit pleinement justifiée. C'est afin de ne pas scinder, ce qui a trait à ce point capital de pratique chirurgicale, que nous allons parler de suite des instruments bicoudés et indiquer ce que l'on peut obtenir du mandrin coudé.

*Instruments bicoudés.* — Les instruments rigides à grande courbure ne sont pas, en effet, les seuls moyens dont vous puissiez faire usage en présence des grandes difficultés du cathétérisme évacuateur. Les instruments bicoudés vous fourniront d'excellentes ressources ; vous le comprendrez d'autant mieux que vous n'avez pas oublié que le canal déformé par l'hypertrophie de la prostate, est le plus souvent *un canal coudé*. Les sondes bicoudées de Mercier (*fig. 80*) passeront avec facilité, là où vous aurez échoué avec la sonde coudée simple, ou avec d'autres instruments. Mais cette sonde, telle que vous la livrent les fabricants, est une sonde souple dans toute sa tige, c'est-à-dire dans la longue partie qui est en avant des coudures. Il vous est, par cela même, difficile de la diriger ; elle ne peut, tant s'en faut, toujours suffire. Aussi, sommes-nous arrivé, depuis quelques années, à construire nous-même des sondes bicoudées. Vous nous en voyez journellement faire usage dans les cathétérismes qui présentent de moyennes ou de grandes difficultés.

Nous prenons une sonde coudée ordinaire et nous introduisons un mandrin également coudé. Ces mandrins sont de forme exactement semblable à celle de la sonde coudée sur laquelle ils sont calqués. Nous nous gardons cependant de profiter de cette concordance pour enfoncer le mandrin jusqu'à l'extrémité de la sonde. Nous l'arrêtons « à quelques centimètres de la première coudure ». La sonde présente dès lors une double coudure, elle est bicoudée. La première coudure est celle que le fabricant lui avait donnée, la seconde est celle que l'on crée extemporanément, en faisant pénétrer le mandrin et en l'arrêtant à quelque distance de la coudure fixe. L'extrémité de l'instrument garde donc une certaine souplesse, mais il conserve surtout « une mobilité » dont le chirurgien peut disposer à son gré. C'est dans ce dispositif, que gît surtout l'avantage de cet instrument de fabrication chirurgicale.

Vous savez tous que l'on a proposé, pour parer aux difficultés du cathétérisme évacuateur dans certains cas difficiles, de retirer le mandrin de quelques centimètres, tout en continuant à pousser la sonde ; l'on parvient ainsi, quelquefois, à surmonter l'obstacle. Ce procédé est attribué à Hey ; Dupuytren en faisait usage et tous les chirurgiens y recourent. Il n'a été

mis en œuvre qu'avec le mandrin courbe, qui seul jusqu'à présent est utilisé pour le cathétérisme évacuateur.

Si vous regardez ce qui se passe lorsque vous retirez un mandrin courbe, vous voyez que l'extrémité de la sonde se relève et se courbe. La courbure est donc modifiée, et, l'extrémité de la sonde, en se portant en haut, tend à gagner la paroi supérieure; bientôt elle s'y appliquera étroitement pour s'y arc-bouter. Un phénomène analogue se produit lorsque vous retirez le mandrin coudé introduit dans la sonde coudée.

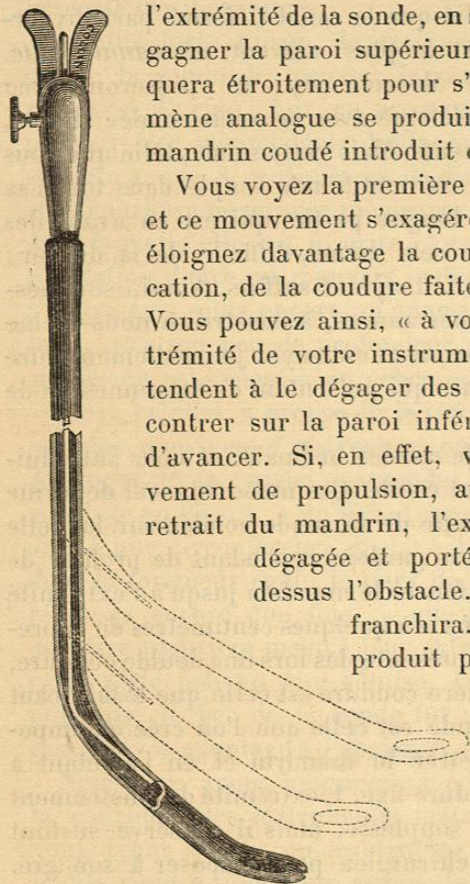


FIG. 81.

Sonde bicoudée à extrémité souple et mobile.

La sonde est armée du mandrin à pavillon mobile. Ce mandrin fait exactement corps avec la sonde, mais est facilement mobilisable. Les positions nouvelles que prend la sonde, lorsque l'opérateur attire le mandrin, sont représentées par des lignes pointées.

qu'il traverse la première portion de l'urètre, il permet aussi d'éviter le cul-de-sac du bulbe et rend souvent de grands ser-

vices, dans les cas où l'obstacle se trouve dans cette région périlleuse. La manœuvre du retrait partiel n'est pas alors utilisable. Nous reviendrons bientôt sur le maniement de cet utile instrument, en parlant de l'emploi des sondes souples munies de mandrins.

**Choix d'un instrument d'évacuation.** — Nous connaissons maintenant l'ensemble des moyens dont nous pouvons disposer pour le cathétérisme évacuateur. Il faut les mettre en œuvre.

Une question préalable se pose et vous avez le droit de nous demander comment : vous ferez votre choix ? Ce n'est certainement pas au hasard qu'il vous faudra prendre une sonde droite, une sonde courbe ou une sonde coudée, une sonde molle ou une sonde rigide et que vous déciderez de recourir, à une courbure plus ou moins grande, à une coudure plus ou moins accusée, à un bec plus ou moins long. Le succès du cathétérisme dépend, en effet, pour une grande partie, du choix judicieux de la sonde. Il est heureusement très facile de vous répondre. Nous pourrions même dire, qu'à plusieurs reprises, nous avons déjà résolu la question dans ces entretiens, notamment en vous parlant de la rétention d'urine. Nous n'hésitons cependant pas à nous répéter, l'importance du sujet le commande.

Pour choisir en toute connaissance de cause, l'instrument évacuateur qui conviendra au cas particulier qui se présente : vous examinerez le canal avec l'explorateur olivaire. Un cathétérisme « explorateur » précédera donc le cathétérisme évacuateur. Qu'il s'agisse d'un malade qui va être sondé pour la première fois, qui est sondé ou qui se sonde depuis plusieurs années, soumettez-vous à cette règle. Elle ne souffre pas de dérogation. Il faut en effet reconnaître avec exactitude le siège de l'obstacle, déterminer sa nature et son degré; en un mot, faire le diagnostic avant d'entreprendre le traitement.

Vous examinerez, avec un soin égal, les deux portions de l'urètre. Vous pouvez, en effet, trouver des obstacles dans le canal antérieur. Vous savez qu'un certain nombre de vieillards sont porteurs de rétrécissements qui ont passé plus ou moins inaperçus jusqu'au jour où apparaissent les troubles de la miction d'origine prostatique. Quelque lointains que puissent être les

souvenirs, il faut vous informer des antécédents du canal, ou du moins vous réserver de poser ces questions ; l'âge des malades vous oblige à user de discrétion dans l'interrogatoire, mais un incident d'exploration peut rendre ces renseignements nécessaires.

Il se peut, en effet, que votre boule exploratrice soit arrêtée, ne puisse pas pénétrer dans la région membraneuse. Trois causes peuvent expliquer cet arrêt. Un rétrécissement, un spasme, ou la laxité du cul-de-sac du bulbe dans lequel votre instrument se coiffa presque infailliblement, si vous ne le conduisez pas avec la plus grande légèreté de main. Il est, dès lors, nécessaire de savoir s'il n'y a pas eu de blennorrhagie ou de traumatisme. Une réponse négative sur ces deux points vous permet d'écarter une des trois hypothèses, celle du rétrécissement, et ne plus avoir en vue que les autres.

Le plus habituellement, chez les vieillards, vous ne rencontrez pas d'obstacle dans l'urètre antérieur, votre boule arrive à l'ouverture de l'urètre postérieur, la franchit aisément et bientôt s'engage dans la prostate. Elle y est quelquefois arrêtée assez vite pour qu'un chirurgien, peu familiarisé avec les sensations que fournit le parcours du canal, puisse croire qu'il est beaucoup moins profondément engagé et que, par conséquent, ce n'est pas une hypertrophie prostatique, mais un rétrécissement qui lui fait obstacle.

Nous vous disions, il y a un instant, que les vieillards peuvent être en possession d'un rétrécissement qu'ils ignorent. Mais nous devons ajouter que, bien souvent, on les gratifie de rétrécissements qu'ils n'ont pas. On les accuse volontiers toutes les fois que l'instrument s'arrête et ne peut pas passer. Nous venons de vous parler de l'arrêt qui peut se produire à la fin de l'urètre spongieux et vous connaissez les moyens d'en reconnaître la nature (p. 111 et suiv.) Il est beaucoup plus simple encore de savoir si l'on a affaire à la prostate. Il suffit d'introduire le doigt dans le rectum. S'il s'agissait d'un rétrécissement, l'obstacle serait situé dans l'urètre antérieur ; vous ne pourriez pas sentir votre instrument par le toucher rectal, qui ne permet d'explorer que l'urètre profond. Il suffit donc que vous reconnaissiez la boule exploratrice à travers la paroi rectale pour trancher la question, vous y parvenez très faci-

lement en lui imprimant quelques mouvements de va-et-vient. Et ce n'est pas simplement à la constatation d'un obstacle que se réduit l'exploration de la région prostatique du canal. Vous savez, car nous l'avons récemment exposé (p. 131 et suiv.), que vous pouvez vous rendre compte de ses dimensions en longueur et en largeur.

Le choix de l'instrument évacuateur dépend donc entièrement du résultat de l'exploration. Cela résulte avec évidence des quelques exemples que nous rappelons, et tout ce qui nous reste à dire en témoignera de même.

*Conditions déterminantes du choix de la sonde.* — Elles doivent être examinées en détail, et, comme l'évacuation est surtout indiquée chez les prostatiques et rend à cette catégorie de malades les plus grands services, nous nous occuperons tout d'abord des conditions qui déterminent le choix d'un instrument apte à traverser l'urètre postérieur dans de bonnes conditions.

1° *Chez les prostatiques.* — a. « Si vous avez facilement passé dans toutes les parties du canal alors même que vous avez constaté l'allongement de la portion prostatique », vous pouvez presque indifféremment faire usage de toutes les variétés de sondes souples. Cette complète facilité de pénétration doit vous engager à donner la préférence à la plus souple de toutes, à la sonde en caoutchouc vulcanisé.

b. « Lorsque vous constatez que le passage est libre dans l'urètre antérieur, mais que l'urètre postérieur est modifié, bien que cependant facilement perméable », vous pouvez encore recourir à la sonde de caoutchouc, mais les sondes en gomme vous offriront plus de garanties. Les formes droites sont alors utilisables. Elles ont les préférences des malades et vous pouvez leur accorder les vôtres ; si vous employez la sonde béquille, vous aurez encore plus de sécurité, mais vous choisirez un instrument à très faible coudure.

c. « Si vous rencontrez un obstacle latéral dans la région prostatique et que votre boule exploratrice le contourne », vous aurez recours à la sonde béquille. Les instruments droits en gomme sont contre-indiqués ; mais la sonde en caoutchouc peut passer dans de bonnes conditions, et vous ne sauriez en négliger l'emploi. Avec la sonde béquille, vous êtes assurés