

conditions, la prostate diminue. Elle ne perd bien entendu que le supplément de volume que lui avait valu la congestion. Invariablement, toute rétention détermine une vascularisation intense de tout l'appareil urinaire; mais pour peu, ce qui parfois arrive, que la congestion de la prostate soit très prononcée, les résultats de sa diminution sous l'influence de l'évacuation de la vessie peuvent permettre, pour plus ou moins de temps, parfois pour longtemps, un retour des fonctions normales.

« Le volume d'une prostate hypertrophiée n'est pas invariable; il dépend en partie, et même assez souvent pour une grande partie, du degré de sa vascularisation. »

Cette rectification de la voie urétrale et les modifications du canal, chez les prostatiques, sont choses relativement peu connues de ceux qui n'ont pas longuement et spécialement observé. Aussi, les chirurgiens négligent-ils beaucoup trop d'utiliser, dans ce but, la sonde à demeure. Ce qui est mieux établi et accepté sans conteste, bien qu'insuffisamment apprécié dans la pratique, ce sont: les modifications qui déterminent le séjour d'un instrument à demeure dans l'urètre des rétrécis.

Ce n'est point le moment de trop insister sur des faits, que les expériences de J. Hunter et la pratique de Dupuytren ont dès longtemps appris à tous. Mais les effets obtenus sont si intéressants, que nous ne devons pas les passer sous silence, alors que nous désirons retenir l'attention des chirurgiens sur les effets modificateurs de la sonde à demeure.

Ils sont à la fois très marqués et très éphémères, chez les rétrécis. Un rétrécissement, même fort ancien et dur, réfractaire à la dilatation progressive, « est toujours ramolli et rendu perméable par le séjour d'un instrument dans le canal ». Bien souvent il nous arrive de pouvoir ainsi pratiquer la lithotritie à des malades chez lesquels on ne peut habituellement passer que des instruments de petit calibre. Tous entraînent avec peine et à frottement: après vingt-quatre, quarante-huit heures et quelquefois davantage de sonde à demeure, les instruments lithotriteurs et évacuateurs passent sans difficulté. Quelle que soit la dilatation obtenue, elle n'est malheureusement jamais durable.

La sonde à demeure exerce donc sur l'urètre une action modificatrice remarquable. Elle l'exerce: en mettant ses parois au repos, en protégeant les déchirures que leur infligent les fausses

routes, ainsi que les sections de l'urétrotomie interne, elle permet et assure leur cicatrisation régulière et les empêche de donner passage à l'urine. Elle l'exerce: en favorisant le décongestionnement de la prostate et en rectifiant la traversée de l'urètre profond qu'elle rend perméable; elle l'exerce enfin, en déterminant un ramollissement très prononcé, très utilisable, mais très temporaire des rétrécissements, alors même: qu'ils sont réfractaires à la dilatation.

II. — MANIÈRE DONT LA SONDE EST SUPPORTÉE

La sonde à demeure amène ou favorise la guérison dans bien des cas; mais n'est-elle pas trop pénible pour le malade? Voyons comment la vessie la supporte?

Effets du contact de la sonde à demeure sur la vessie. — On lui a reproché d'agir comme un corps étranger et affirmé que sa présence était, par cela même, un véritable tourment pour le patient. Cette assertion est formellement contredite par tout ce que nous apprend l'observation des corps étrangers de la vessie et ce que nous enseigne la physiologie normale et pathologique de cet organe; elle l'est encore, ainsi que nous le verrons plus loin, par les observations cliniques des malades porteurs de sonde à demeure.

Ne sait-on pas que les calculeux viennent presque tous tardivement consulter. Le volume même de la pierre prouve trop souvent que celle-ci a pu être supportée pendant fort longtemps. Nous avons beaucoup insisté sur ces faits intéressants. Dans les cas de corps étrangers introduits dans la vessie, les patients, grâce à sa complaisante complicité, cachent aisément leur faute et ne se décident à l'extraction que longtemps après l'accident.

L'étude de la physiologie normale et pathologique nous a fait depuis longtemps comprendre cette sorte de paradoxe clinique. Il est en effet démontré, par nos recherches, que la vessie est toujours fort peu sensible aux contacts et ne réagit d'une façon douloureuse que sous l'influence de sa mise en tension; cette différence entre la sensibilité au contact et la sensibilité

à la tension se retrouve à l'état pathologique. Ces faits sont acquis (Voy. t. II, p. 377 et suiv.).

Cette absence de douleur au contact de la sonde à demeure est, en effet, facile à constater non seulement pour les vessies saines, mais encore pour celles qui sont atteintes de cystites. Au lit n° 1 de la salle Laugier, se trouve actuellement (1895) une malade âgée de cinquante-six ans qui, depuis huit ans, souffre d'une cystite intense. Elle a subi en 1894 un curettage vésical et une taille hypogastrique. Ces deux opérations n'ont amené qu'une amélioration passagère, due surtout pendant la période post-opératoire au drainage vésical. Depuis que l'ouverture sus-pubienne est fermée, la douleur est revenue avec la même intensité: douleur spontanée, précédant et accompagnant les mictions, qui se répètent toutes les demi-heures; douleur à la palpation bimanuelle, et surtout douleur à la moindre tension que quelques grammes de liquide provoquent immédiatement, avec la plus violente intensité.

Cette douleur, qui a résisté à tous les moyens calmants, n'est apaisée que par la sonde à demeure. C'est la malade qui a d'elle-même employé ce moyen, le seul qui lui permette de dormir. Elle cesse, en effet, de souffrir dès que la sonde donne continuellement écoulement à l'urine; la mise en tension est évitée et le repos devient possible. Cet état de calme n'est, à aucun degré, troublé par le contact permanent de ce corps étranger, représenté par une sonde en gomme, que la malade a choisie comme plus facile à maintenir. La sensibilité au contact est cependant, chez elle, extrêmement vive.

Lorsque la sonde à demeure provoque de la douleur, c'est « son mauvais fonctionnement » et non « son contact » qui est cause de la souffrance. Une de nos malades, dernièrement soumise à un curettage vésical pour cystite, eut, dans les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération, des douleurs très vives. Nous avons essayé d'obtenir une action modificatrice en employant un très faible courant continu. La minime quantité de liquide, ainsi maintenue dans la vessie, était si bien la cause des douleurs, qu'il a suffi de renoncer à cette irrigation pour les faire disparaître immédiatement et entièrement.

D'ailleurs il est d'observation courante dans notre service que,

dans les cas de cystite douloureuse où la sonde est placée après le curettage pratiqué par l'urètre, la douleur, lorsqu'elle revient, ne réapparaît que lorsqu'on enlève la sonde.

Effets de l'immobilité et de la position du malade. — Quand la sonde à demeure est par elle-même l'occasion d'un état de gêne ou de douleur, ce n'est que pendant les premières heures de son application. C'est de l'immobilité qu'il faut garder, et de la position sur le dos, dont le malade se plaint; ces ennuis lui font déclarer que l'instrument ne saurait être supporté. Il est habituel de voir l'accoutumance bientôt s'établir et toute plainte cesser.

Il vient d'entrer au n° 29 de la salle Velpeau un prostatique atteint pour la première fois de rétention aiguë. Des difficultés de cathétérisme déterminèrent la mise d'une sonde à demeure. Le malade parut la très mal supporter et l'enleva à deux ou trois reprises, elle fut replacée. Il en prit son parti et la sonde fut si bien tolérée que, lorsque nous jugeâmes possible de revenir au cathétérisme intermittent, le malade demanda à conserver vingt-quatre heures de plus, l'instrument dont la présence lui avait paru tout d'abord intolérable. Il put ensuite se sonder lui-même et a déjà quitté l'hôpital. Remarquons que ce résultat a été acquis, dans ce cas, comme il arrive d'ordinaire, sans l'emploi d'aucun narcotique.

La révolte des premières heures est, en somme, beaucoup plus le fait du malade que la conséquence des réactions de l'urètre ou de la vessie. Il ne faut pas oublier ces difficultés du premier moment, elles sont très réelles. C'est ainsi que, parmi les malades qui conservent un mauvais souvenir de la sonde, nous voyons plutôt des lithotritiés, qui l'ont en général vingt-quatre ou quarante-huit heures, que des taillés chez qui l'emploi en a été nécessaire pendant plusieurs jours.

D'une façon générale, les malades s'habituent très vite à la sonde, et son séjour peut être prolongé autant qu'il le faut. Les observations suivantes, que nous prenons parmi beaucoup d'autres, en témoignent. Après des incisions périnéales pour abcès urinaire, la sonde a pu être laissée pendant vingt, vingt-quatre et trente et un jours. Chez le malade cystostomisé dont nous avons déjà parlé, elle resta vingt-six jours de suite. Un ma-

lade, atteint d'un rétrécissement traumatique dû à une fracture du pubis, ayant nécessité une urétrotomie externe avec cathétérisme rétrograde, vient de la conserver du 6 mars au 19 avril. Nous l'avons interrogé à plusieurs reprises, et toujours il a répondu d'une façon absolument nette qu'il ne souffrait nullement. Nous devons ajouter que ce malade, sans en avoir l'autorisation, quittait son lit et se promenait avec sa sonde.

Le port de la sonde à demeure oblige à garder le lit et jusqu'à un certain point l'immobilité; c'est là son principal inconvénient.

Il résulte donc de l'étude de tous ces faits : « que la sonde ne détermine pas par elle-même d'état douloureux. » C'est « à son mauvais fonctionnement » seul qu'il faut attribuer les douleurs, parfois vives, dont on accuse à tort l'instrument. On peut, d'une façon générale, affirmer : lorsqu'un malade porteur de sonde à demeure a des envies d'uriner ou quand il souffre, que sa sonde fonctionne mal. *Le plus souvent elle est trop enfoncée, elle est parfois obturée.* Qu'on l'attire en avant, qu'on la débouche ou qu'on la change et tout rentre dans l'ordre.

La règle est qu'un malade qui a la sonde à demeure « ne doit éprouver ni besoin d'uriner ni douleurs »; les faits établissent que cette règle n'offre que fort peu d'exceptions et nous donnent les raisons de ces exceptions. Leur enseignement est positif. Il vous empêchera, si vous en tenez compte, de mal à propos conclure à l'impossibilité d'une tolérance qu'il est possible d'obtenir, quand on s'y conforme.

III. — PLACEMENT, FIXATION ET ENTRETIEN DE LA SONDE A DEMEURE

De ce que nous venons d'exposer, il ressort que la première condition que doit remplir toute sonde à demeure est « d'amener une évacuation régulière et complète de la vessie ». Cela n'est pas moins nécessaire au point de vue de la façon dont elle sera supportée qu'au point de vue des effets thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre, ainsi que de la réalisation de l'antisepsie. Il importe donc d'insister sur toutes les précautions qui permettront d'atteindre ce résultat.

Comment la sonde à demeure doit-elle être placée et fixée, comment doit-elle être entretenue pour bien fonctionner ?

Nous allons, pour le savoir, examiner : de quelles sondes il convient de faire usage, — comment on les met au point, — comment on les fixe, — et comment on doit les entretenir.

Choix de la sonde. — Ce n'est point à la sonde la plus souple, la moins capable de réaliser un contact que l'on suppose devoir être douloureux, mais à celle dont « la construction et la nature permettent de faire un drainage efficace », qu'il convient, en principe, d'avoir recours. C'est pourquoi la sonde en caoutchouc vulcanisé, dont on connaît le petit calibre intérieur et l'œil unique, est insuffisante et ne saurait avoir les préférences qui lui sont trop souvent accordées; elle ne les justifie pas.

Les seules sondes dont on doit user sont : « les sondes béquilles en gomme, les sondes cylindriques, les sondes à bout coupé *à deux yeux* et les sondes du D^r de Pezzer ». La sonde, forme bougie, si elle était employée par force majeure, ne devrait l'être que temporairement.

Les sondes béquilles doivent être souples, avec des parois minces et lisses, présenter deux yeux largement ouverts et un grand calibre intérieur. Elles ont cet avantage particulier, que l'un des yeux est placé sur la portion recourbée, et n'est pas au contact de la paroi vésicale. C'est donc l'instrument de choix. Comme toutes les sondes en gomme, elles sont faciles à maintenir en bonne position, enfin leur consistance est assez ferme pour qu'une région prostatique irrégulière puisse se modeler sur elles sans les aplatir. Vous n'avez pas seulement à choisir des sondes ayant des yeux largement ouverts, il faut aussi vous assurer qu'ils sont bien placés.

En parlant des sondes béquilles (p. 278, *fig.* 79), nous vous avons dit que l'un des deux yeux était placé sur le bec, et l'autre sur la tige; il faut que l'œil de la tige soit immédiatement avant la coudure. S'il en est éloigné, la partie oculaire de la sonde qui doit être enfoncée dans la vessie y pénétrera trop profondément, et vous savez que l'une des conditions qui empêchent le bon fonctionnement des sondes à demeure est leur trop grand enfoncement dans la vessie. C'est pourquoi la sonde bougie est généralement d'un usage défectueux, tandis