

XXII.	Corps étrangers dans la vessie . . . . .	170
XXIII.	Pénétration de ligatures dans la vessie . . .	173
XXIV.	Calculs vésicaux. . . . .	177
XXV.	Litholapaxie . . . . .	185
XXVI.	Néoplasmes de la vessie . . . . .	190
XXVII.	Hémorroïdes vésicales . . . . .	201
XXVIII.	Hernies vésicales . . . . .	204
XXIX.	Cystocèle vaginale. . . . .	208
XXX.	Prolapsus vésical . . . . .	214
XXXI.	Pneumaturie . . . . .	219
XXXII.	Ruptures de la vessie . . . . .	222
XXXIII.	Lésions de la vessie au cours des opérations	227
XXXIV.	Taille hypogastrique . . . . .	232
XXXV.	Excision totale de la muqueuse vésicale. . .	241
XXXVI.	Ponction de la vessie . . . . .	242
XXXVII.	Littérature . . . . .	242

## MALADIES

DE

## L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE

## CHEZ LA FEMME

## I

## CATHÉTÉRISME

La sonde la plus pratique est en général la sonde de verre légèrement recourbée à l'extrémité vésicale et à ouverture terminale.

Le matériel de verre a l'avantage de présenter une surface extérieure extrêmement lisse, de sorte qu'une bonne sonde de verre est celle qui endommage le moins la muqueuse uréthrale.

L'ouverture terminale, dont les contours doivent naturellement être soigneusement arrondis et polis, présente deux avantages : l'espace mort entre l'œil de la sonde et l'extrémité de la sonde n'existe pas et on évite la pénétration de la muqueuse, comme cela arrive facilement lorsqu'on se sert de sondes à ouverture latérale.

Lorsqu'un pli de la muqueuse a ainsi pénétré dans un œil de sonde latéral, il peut très bien arriver que dans le mouvement de va-et-vient de l'instrument la partie de muqueuse en question soit arrachée ou tout au moins lésée.

Si la sonde doit servir non seulement à l'évacuation de la vessie, mais encore à y faire des injections, on munit l'extrémité de son pavillon d'un petit drain en caoutchouc tendre, de manière que l'on puisse y fixer un bout à seringue ou à irrigateur.

Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urèthre par exemple, on emploie des sondes élastiques anglaises, attendu que, d'une part, une certaine force est nécessaire pour exécuter le cathétérisme et que, d'autre part, on ne doit pas risquer le bris d'une sonde en verre.

La sonde est introduite par une pression égale, douce, et si l'on rencontre un obstacle, comme cela se produit parfois en cas de contraction de l'urèthre postérieur, il convient de poser le doigt sur la paroi postérieure de l'urèthre et ainsi l'on parvient à pousser la sonde légèrement en avant.

Il faut éviter les mouvements de rotation faits dans le but de pousser la sonde plus rapidement en avant, par crainte de blesser la muqueuse de l'urèthre.

Pendant l'évacuation de la vessie, on retire, vers l'orifice interne, pendant la contraction graduelle de la vessie, la sonde que l'on avait auparavant introduite profondément; pendant cette opération, il faut avoir la précaution de baisser l'extrémité extérieure de la sonde, afin de ne pas peser avec la pointe sur le trigone, très sensible, et prévenir ainsi les contractions brusques, se manifestant par des secousses imprimées à la sonde par la vessie. Ces secousses sont très douloureuses pour la malade; de plus, lorsqu'on se trouve en présence de muqueuses malades, ces secousses peuvent provoquer des lésions par le battement de la paroi de la vessie contre l'extré-

mité de la sonde. On doit en tout cas écarter immédiatement la sonde, lorsque des contractions semblables se produisent.

Il va sans dire qu'il ne faut opérer qu'au moyen d'instruments stérilisés.

La manière la plus simple de stériliser les sondes de verre consiste à les chauffer dans l'eau bouillante; on les sort du liquide dans lequel elles ont été bouillies, immédiatement avant de s'en servir.

Si l'on se sert d'un drain, il faut aussi que ce dernier soit stérilisé.

Ce procédé peut être employé facilement dans la pratique des consultations.

On conserve les sondes que l'on se propose d'employer dans un ballon cylindrique couvert, placé sur un trépied au-dessus d'une flamme à alcool ou d'un bec Bunsen et on fait bouillir l'eau qui s'y trouve avant la consultation.

Si l'on veut emporter au dehors des sondes stérilisées, on les place dans un tube de verre large, ouvert aux deux extrémités, que l'on bouche avec de la ouate et l'on stérilise le tout. On recouvre ensuite les deux extrémités du tuyau de verre, au moyen de capes stérilisées, en caoutchouc; les sondes sont alors prêtes à être transportées. On les sort par un des côtés, immédiatement avant de s'en servir.

Les sondes élastiques ne peuvent pas être bouillies souvent, car elles deviennent rugueuses et cassantes, mais comme toutes les méthodes chimiques de désinfection ont été reconnues comme peu sûres jusqu'à présent, il vaut donc toujours mieux recourir à la méthode sûre de la cuisson, malgré la perte de matériel qui en résulte.

La facilité avec laquelle il se produit des fissures sur les sondes élastiques est préjudiciable au point de vue des lésions qu'elles peuvent produire dans le canal de l'urèthre, mais il se peut aussi que des particules de la laque de la sonde tombent dans la vessie et occasionnent des dommages en s'attachant aux parois.

Le graissage des sondes, opération qui n'est pas des moins importantes, a lieu au moyen de glycérine pure qu'on laisse tomber d'une petite bouteille compte-gouttes sur la sonde.

Lorsqu'on est appelé à cathétériser la même vessie à des intervalles rapprochés, sans la faire suivre d'une instillation désinfectante, il faut éviter de laisser pénétrer des germes d'infection dans la vessie, par l'introduction de l'air renfermé dans le conduit de la sonde.

On suit ensuite les prescriptions de Schauta, en adaptant à la sonde un irrigateur rempli d'eau stérilisée et en maintenant ce dernier légèrement élevé avant l'introduction de la sonde, de manière à créer une colonne de liquide ininterrompue, s'étendant du trou de sonde jusqu'à l'irrigateur. Après l'introduction de la sonde dans l'urèthre et après avoir atteint la cavité de la vessie, on incline l'irrigateur jusqu'en dessous du niveau du bassin de la patiente, de sorte que par effet de siphon, la vessie est vidée.

On peut également obturer l'extrémité du pavillon de la sonde avec le bout du doigt avant de la sortir du liquide qui a servi à la désinfecter et on enlève le doigt seulement après que la sonde a été introduite à fond, de sorte qu'elle pénètre dans la vessie, remplie du liquide stérilisateur.

Il ne faut employer que de l'eau pure et non pas

une solution de soude pour la stérilisation des sondes, car les particules de soude excitent fortement la muqueuse uréthrale. L'épaisseur de la sonde qui doit être employée est proportionnée à la dimension de l'orifice externe. On exécute dans la règle le cathétérisme, la patiente étant placée dans le décubitus dorsal. Avant l'introduction de la sonde, on désinfecte l'urèthre et ses alentours. On écarte les lèvres par le haut avec les doigts, on essuie avec un tampon de ouate trempé dans une solution désinfectante la sécrétion adhérente à l'orifice, ainsi que ses alentours; on éponge ensuite toute la région à l'aide d'un tampon de ouate imbibé d'une solution de lysol ou de sublimé.

Si l'on est appelé à cathétériser la patiente dans son lit, on la place convenablement sur un vase plat et par ce moyen, l'accès des organes est facile et on évite les nombreuses incommodités qu'entraîne le placement d'une cuvette entre les jambes.

Les jambes de la patiente sont fortement fléchies aux articulations du bassin et des genoux, la plante des pieds reposant sur la surface du lit.

Les mains du médecin doivent être désinfectées avant le cathétérisme, comme avant toute intervention chirurgicale.

Il est clair qu'on ne peut effectuer le cathétérisme que sous le contrôle de la vue: le cathétérisme sous la couverture du lit appartient à l'époque qui a précédé l'application des moyens antiseptiques.

Il ne reste plus qu'à expliquer comment on cathétérise les patientes qui sont devenues défiantes par suite d'une opération antérieure mal exécutée ou dont l'urèthre est réellement hypéresthésique.

La partie de l'urèthre la plus sensible à la pénétra-

tion d'un corps étranger est l'orifice externe. On le rend absolument insensible en pressant dessus pendant plusieurs minutes un tampon de ouate, imbibé de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100. La résistance que l'on rencontre quelquefois dans l'urèthre postérieur, par suite de contractions réflexes peut être surmontée avec un peu de patience en poussant doucement et régulièrement la sonde : il faut se garder à cette occasion de faire des mouvements rotatifs ou d'employer la force.

Cette résistance par contraction disparaît toujours au bout de peu de temps.

Si l'on se trouve en présence d'un urèthre hyperesthétique d'un bout à l'autre, on injecte, après l'application de cocaïne à l'orifice externe au moyen d'un instillateur, 2 cm<sup>3</sup> d'une solution aqueuse d'antipyrine à 4 p. 100 dont l'effet analgésique ne se produit en tout cas positivement que cinq minutes après. Le cathétérisme est ensuite poursuivi sans autre inconvénient. L'anesthésie à la cocaïne de l'orifice externe se maintenant environ dix minutes. On doit absolument déconseiller des injections de cocaïne dans le canal uréthral.

La muqueuse de l'urèthre hyperesthétique est évidemment sujette à des lésions épithéliales et la cocaïne est souvent si rapidement résorbée par la muqueuse écorchée que les signes d'empoisonnement les plus graves apparaissent parfois d'une manière éclatante, au moment même de l'application de cette méthode.

Comme on ne peut pressentir à l'avance la réaction de la cocaïne si variable dans chaque individu et qu'on ne connaît pas non plus un antidote sûr et à effet rapide contre l'intoxication par ce médicament, il est

à conseiller de ne pas exposer ses patientes à des dangers de cette nature.

D'après Reclus et d'après mes propres expériences, l'eucaine qu'on a recommandée récemment est inférieure à la cocaïne au point de vue anesthésique et égale au point de vue des effets toxiques.

En ce qui concerne le cathétérisme en cas de rétrécissements, voir le chapitre *Rétrécissements*.