

LA NÉO-MICTION
DES
CYSTOSTOMISÉS

SON MÉCANISME — SA RÉGLEMENTATION

ET

LOCOMOTION DES CYSTOPATHES

Avec Figures intercalées dans le texte

PAR

P. DIDAY

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1893



LA NÉO-MICTION
DES
CYSTOSTOMISÉS

Biblioteka Główna WUM

Br.1338



000027071



www.dlibra.wum.edu.pl

LA NÉO-MICTION
DES
CYSTOSTOMISÉS

SON MÉCANISME — SA RÉGLEMENTATION

ET

LOCOMOTION DES CYSTOPATHES

Avec Figures intercalées dans le texte

PAR

P. DIDAY

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1893



**Biblioteka Główna
WUM**



LA NÉO-MICTION

DES

CYSTOSTOMISÉS

SON MÉCANISME — SA RÉGLEMENTATION

N'ayant jusqu'à ces derniers temps été acceptée par les malades qu'à une période où les accidents de rétention complète et d'empoisonnement urinaire imminent ou réalisé créent un péril sérieux et prochain, la cystostomie (1) ne devait guère avoir aux yeux des chirurgiens que la valeur d'une ressource extrême.

L'opération de A. Poncet a pourtant mieux, beaucoup mieux que cela à offrir aux malheureuses victimes du prostatisme sénile. En les dotant d'une vessie susceptible d'être aisément vidée, elle met fin à l'état anti-physiologique auquel ils étaient réduits (semi-réplétion vésicale permanente); état non seulement pénible, mais dangereux, soit parce qu'il aboutit presque fatalement à la pyélo-néphrite infectieuse, soit parce qu'il provoque dans les grands actes nutritifs des perturbations d'autant plus redoutables que le médecin qui souvent en méconnaît le point de départ, doit en méconnaître le seul traitement curatif.

(1) En principe, l'opération dont il est ici question devrait être appelée cystostomie sus-pubienne, ou *épicystostomie*, ainsi que M. Poncet le propose. Mais, en fait, c'est à la fois se conformer à la réalité et satisfaire à la brièveté que de désigner sous le nom générique de *cystostomie* la seule des cystostomies qui se pratique communément.

Mais quelque évident, quelque libérateur sur l'heure même, quelque rassurant pour l'avenir que soit cet avantage, comme il faut l'acheter par *une opération*, on comprend que la plupart de nos malades ajournent et ajournent encore, s'en tenant, soit à d'aussi insuffisantes que fréquentes urinations, soit à des cathétérismes qu'il est bien rare de pouvoir réitérer assez pour conjurer le péril, exécuter assez correctement pour ne pas l'aggraver.

C'est donc un service à rendre, surtout aux prostatiques qu'ont déjà effleurés les affres de la *deuxième période*, — et c'est un devoir pour celui qui peut le rendre — de leur montrer par son propre exemple ce qu'est cette opération; quels en sont les bienfaits durables; comment, au prix fort peu onéreux de quelques simples précautions, opéré moi-même, il y a un an, *sur le seuil de l'urgence*, je me trouvai immédiatement affranchi des incessants ténesmes, de l'intolérable dysurie, et aujourd'hui rendu au fonctionnement presque intégral de la vie sociale telle qu'un homme de mon âge doit la concevoir et peut se flatter d'en jouir.

Étant ainsi expliqué ce qu'il y a à la fois d'impersonnel et de personnel dans les motifs qui me poussent à faire de la propagande, si dans le cours de ce travail c'est moi-même que je dois d'un bout à l'autre mettre en scène, qu'on ne m'applique point la sévère sentence: « Le *moi* est haïssable. » Qu'on se garde surtout de me supposer la moindre prétention à la moindre part de l'honneur de la découverte. Il appartient tout entier à celui qui, le premier, a exécuté l'opération sur des indications préalablement posées, d'après un plan méthodiquement réglé. A quel titre pourrais-je figurer dans son historique comme créateur, alors que, loin de là, je m'en proclame chaque jour la très heureuse créature ?

Et d'abord, quant à l'avantage pour moi le plus sensible que j'ai retiré de l'opération, quant à la possibilité de retenir l'urine, comme il constitue l'une des perspectives les plus capables de décider les sujets auxquels on propose l'opération, je ne me contenterai pas de l'affirmer, je tiens à en établir la réalité; ce que je puis faire sur preuves par induction et sur preuves testimoniales.

Et d'abord, dans le premier mois qui suivit l'opération, doutant que je pusse jamais recouvrer la *continence*, — c'est dans ces termes que, depuis m'en ont félicité certains narquois de journalistes, — je me mis en rapport avec M. Galante pour m'informer des conditions dans lesquelles il pourrait me livrer un *appareil-réservoir*, destiné à être porté à demeure. Il me traça, dans sa réponse, les indications à lui fournir pour que la cuvette s'adaptât exactement aux dimensions de la région à protéger et se mit à ma disposition avec l'obligeance la plus parfaite.

Or, durant notre correspondance, la continence m'étant venue, ma commande à M. Galante en resta là. Et comme je n'eusse pu souhaiter de constructeur à la fois plus empressé et plus habile, son attestation, au besoin, prouverait que jamais je n'ai senti la nécessité d'user d'un appareil de cette sorte.

Maintenant, parmi tous ceux que je pouvais invoquer, deux témoignages directs qui valent autant par le nombre que par les noms :

Le 9 avril 1892, à la veille de sa réélection, notre aimé collègue le docteur Gailleton, maire de Lyon, tint une assemblée à laquelle étaient conviés ses opposants. La lutte, on s'en souvient, était alors ardente, et l'honorable orateur tenait à ne laisser debout aucune des objections produites. — La séance dura trois heures et demie, pendant lesquelles

six cents personnes ont pu me voir assis, sans désemparer, bien au premier rang des auditeurs.

Le 15 mai 1892, invité selon l'usage patriarcal de nos hôpitaux, à participer au dîner de la Saint-Pothin à l'Antiquaille, j'ai siégé avec encore plus de plaisir et non moins de constance pendant autres trois heures et demie (y compris le café et le quart d'heure obligatoire de bienséance), devant un personnel de près de deux cents convives; mes collègues de temps en temps, se poussant le coude d'un air qui signifiait clairement : « Eh bien ! eh bien ! Il ne se lève pas ! Il ne s'est pas levé ! » — Je rendis même, au sortir, sans l'avoir utilisée, à M. l'Économe, la clef du *petit cabinet*, que, en prévision de tout cas, il m'avait obligeamment forcé d'accepter.

Pour bénéficier pleinement de l'opération, pour, urologiquement parlant, ressembler à tout le monde, qu'a à souhaiter le cystostomisé ? Trois choses principales :

1° N'avoir des envies d'uriner ni trop fréquentes, ni trop pressantes ;

2° Posséder un moyen d'y satisfaire aisément, promptement et sans irriter les organes ;

3° Pouvoir, à chaque fois, évacuer complètement la vessie.

Il va de soi que, dans un appareil dont toutes les parties sont enchaînées par une étroite solidarité physiologique, la réponse pratique à ce triple questionnaire ne peut se scinder aussi nettement que l'énoncé même du postulat. Parmi les ressources thérapeutiques dont nous disposons, il en est telle qui remplit plus d'une indication, comme d'autre part, il est telle des indications qui fait utilement appel à plus d'une de nos ressources. Sans nous piquer d'une inutile rigueur dans la distribution des matières, bornons-nous donc d'abord à tracer la technique des trois manœuvres sur la

correcte exécution desquelles se fonde l'intégrité de la fonction recouvrée, savoir :

Le maintien du méat hypogastrique.

L'évacuation de l'urine par le cathétérisme du nouvel urèthre.

Le lavage de la vessie.

Et *subsidiativement* : Part à faire, dans l'urination, à l'ancien urèthre.

1^o MAINTIEN DU MÉAT HYPOGASTRIQUE.

Doté pour une fonction essentielle d'un nouvel appareil organique, le cystostomisé attache d'autant plus de prix à le conserver que, au début, tout semble lui indiquer que cet appareil va périssant ; danger à ses yeux d'autant plus grave que rien alors n'est là pour suppléer le service que cet appareil lui rend.

En effet, d'une part, l'orifice du nouveau canal, c'est-à-dire le méat hypogastrique, obéissant à la loi commune de tout acte cicatriciel, va se rétrécissant de jour en jour ; et, d'autre part, durant l'effort d'expulsion que suscitent les besoins d'uriner, pas une goutte d'urine, à cette époque, ne sort par l'urèthre naturel.

J'ai passé par cette phase d'alarmes, et j'ai combattu les causes qui m'en rendaient les symptômes menaçants. Par le séjour plus ou moins prolongé, jusqu'à deux heures, de tiges de laminaria ; par l'emploi de l'ingénieux instrument dilatateur de Langlebert (bougie de baleine, poussée à travers une sonde fendue) ; par l'introduction bi-quotidienne de cônes d'ivoire, j'ai lutté contre le rétrécissement progressif de l'orifice externe. D'autre part, j'ai tâché de rappeler l'évacuation par les voies naturelles, en pressant avec un petit

ballon de caoutchouc sur l'orifice hypogastrique pendant que je faisais un effort expulsif d'urination. Vaines tentatives ; mais par contre aussi vaines alarmes ! Tout, à son heure, est rentré dans l'ordre. Dès la fin du second mois, un peu d'urine a recommencé à couler par l'urèthre naturel, m'assurant ainsi un moyen supplémentaire d'évacuation pour le cas où la voie artificielle viendrait à se fermer. Et d'autre part, vers la fin du cinquième mois, le travail cicatriciel ayant, à ce ce qu'il paraît, terminé son œuvre de resserrement, l'*orifice* créé par l'opération a cessé de se rétrécir, et sans autre secours que la dilatation produite par les fréquents cathétérismes indispensables, son calibre se maintient, de sorte que depuis sept mois, je passe avec la même facilité la sonde par le canal artificiel. Tout au plus, pour aller plus vite, commencé-je quelquefois par introduire à deux centimètres de profondeur le plus simple et le plus inoffensif des dilateurs, le petit cône d'ivoire (v. Fig. 1) préalablement huilé.

Instruments.— Celui qui me suffit et que l'expérience m'a fait préférer, est la sonde usuelle, dite de gomme élastique, n° 15, n'ayant qu'un œil largement ouvert et placé le plus près possible de l'extrémité vésicale de l'instrument. — La sonde en caoutchouc percée par bout est d'un emploi non moins avantageux, quoique l'introduction en soit un peu plus lente.

J'avais d'abord employé la petite sonde de femme ; cet instrument étant métallique se fait lui-même sa voie, s'introduit par conséquent plus vite à travers l'orifice étroit. Puis sa courbure étant à peu près celle du nouveau canal, il le parcourt sans effort dans toute sa longueur. Mais un inconvénient qu'on n'a pu détruire me l'a fait abandonner. Le contour de ses deux yeux latéraux est toujours plus ou moins tranchant. Et quelque perfectionnement qu'on y ait apporté,

je ne suis jamais parvenu à introduire et surtout à retirer l'une de ces sondes sans faire saigner les bords du méat hypogastrique.

Cependant l'instrument métallique étant seul capable de réaliser la rapide évacuation de la vessie — elle s'opère ainsi (cathétérisme compris) en moins de quinze secondes, — j'ai demandé à un autre système instrumental le moyen de pourvoir à cette indication : et je dois à l'ingéniosité de M. Souel le moyen de la remplir sans inconvénient. Son invention, dont la Figure 1 donne l'idée exacte, consiste en une sonde d'argent droite, cylindrique, quoique légèrement effilée à son extrémité vésicale, simplement ouverte par bout, sans œil latéral. Un mandrin en argent, à bout olivaire, introduit dans la sonde et sortant par son extrémité vésicale donne à cette extrémité la forme en pointe mousse, dont elle a besoin pour entrer sans difficulté dans le canal qu'elle doit parcourir.

Pour que l'urine sorte, il faut retirer le mandrin, ce qui se fait aisément. Mais cette mobilité du mandrin sur la sonde, condition nécessaire pour l'évacuation, serait, au contraire, une condition gênante pour l'introduction de l'instrument. En effet, dans ce premier temps de la manœuvre, c'est sur la tête du mandrin qu'il faut presser pour faire cheminer tout le système. Or, si l'on cesse un instant d'y appuyer le doigt, le mandrin tend à sortir ; et alors ne sortit-il que de deux millimètres, ce serait le contour tranchant de l'ouverture de la seconde qui se présenterait pour traverser le canal.

Il importe donc que durant le temps d'introduction, le mandrin soit fixé dans la sonde, ne fasse qu'un avec elle. M. Souel y a non moins ingénieusement pourvu au moyen d'un ajustage dit *à baïonnette*, adapté à l'extrémité externe de la sonde, ajustage dans l'échancrure duquel, par un mouvement de rotation imprimé au mandrin, on fixe solidement

celui-ci dans la sonde (v. Fig. 1) L'instrument étant ainsi armé, on l'enfonce à quatre ou cinq centimètres ; alors on dégage le mandrin de son échancrure, on le retire et l'urine coule à flot : manœuvre, on le voit, beaucoup moins longue que les détails qui étaient nécessaires pour la comprendre.

Manuel opératoire. — L'extrémité de la soude de gomme élastique ayant été plongée dans l'huile phéniquée, vous la présentez dans le pertuis qu'entourent et parfois dissimulent des bourgeons charnus qui le bordent. Mais dès que son bout a pénétré de trois millimètres, voici un excellent moyen de réussir à lui faire franchir cette porte de diamètre si étroit et de contour si résistant. Appuyez fortement de haut en bas, avec le pouce gauche sur la partie de l'instrument restée en dehors, à l'endroit où cette partie affleure le méat. Quelle qu'elle fût jusque là, toute résistance a cédé comme par enchantement. Dès lors, pour continuer à avancer, poussez la sonde ; vous n'avez plus d'obstacle à craindre.

Attention cependant ! « plus d'obstacle pendant un centimètre et demi environ. » Mais pour bien comprendre ce qui vous attend là, jetez les yeux sur la Figure 1. Vous y verrez :

Que le nouveau canal (le mien du moins) a près de cinq centimètres de longueur ;

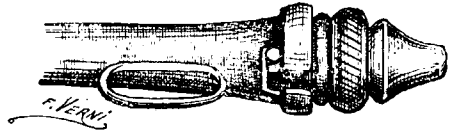
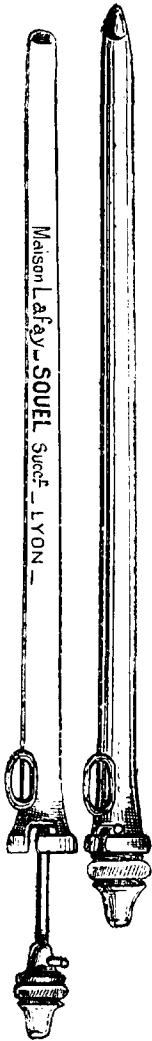
Qu'il peut utilement pour le patient être divisé en trois parties, savoir :

1° A B. Méat cicatriciel de 0,005 de longueur ;

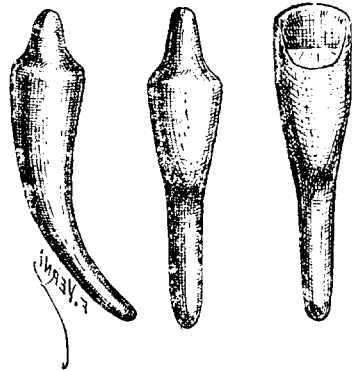
2° A la suite, une partie Ac de 0,015 de longueur, se dirigeant presque horizontalement d'avant en arrière ;

3° Enfin, une partie cD, de 0,38 environ, se dirigeant obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, pour se terminer dans la vessie.

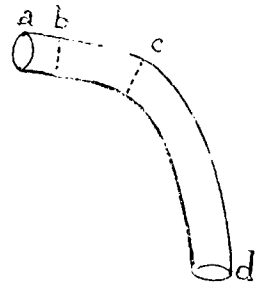
Or, la deuxième partie se continue avec la troisième, au point c, par une courbure à rayon assez court, par une sorte d'angle adouci.



Extrémité externe de la sonde, avec ses dimensions agrandies.



Divers cônes d'ivoire dilateurs.



Nouvel urèthre avec ses deux orifices et ses courbures.

Avec une pareille conformation, si la sonde étant parvenue à ce point, vous continuez à la pousser horizontalement d'avant en arrière, qu'arrivera-t-il ? Son bec butera contre l'angle, et il faudra pousser avec une certaine force pour qu'elle s'infléchisse *par cela même qu'elle a été arrêtée par un obstacle*, et entre dans la troisième partie du canal : pression exercée, donc douleur produite et, à la longue, point du nouveau canal devenu irritable.

L'accident ayant sa gravité, il importe d'y pourvoir. Rien de plus simple. La sonde étant parvenue au dit angle, saisissez-la à trois centimètres du méat. Alors, en lui imprimant un mouvement de rotation analogue à celui qui, dans le cathétérisme normal, lui fait franchir la courbure sous-pubienne, vous l'engagez sans peine, sans heurt, sans frottement dans la troisième partie du canal artificiel, et n'avez plus alors qu'à *pousser là où ça entre* pour qu'elle arrive dans la vessie.

Elle y est entrée, l'urine coule. Mais ici se présente une question, la plus importante peut-être de celles que je me suis donné mission de traiter. Et je me félicite vraiment d'avoir retardé jusqu'à cette heure la présente publication, afin de mieux pouvoir mettre en garde mes futurs collègues en cystostomie contre une cause d'erreur, et partant de douleur, qui les attend, et que je dois signaler avec les développements que la question comporte.

2° De L'ÉVACUATION DE L'URINE PAR LE CATHÉTÉRISME DU NOUVEL URÈTHRE.

Je parle ici uniquement de ceux et pour ceux que l'opération a mis en état de garder leur urine — bienheureux dont le nombre ne peut aller qu'en augmentant, grâce aux recherches assidues et aux ingénieuses tentatives que multi-

plient dans ce but le promoteur de la cystostomie ainsi que ses dignes émules.

Donc comment, aux mieux de ses intérêts actuels et futurs, le cystostomisé doit-il employer sa nouvelle voie d'évacuation urinaire ?

Je le dis avec insistance, parce qu'il m'a été donné de pouvoir le dire avec confiance. Créé extemporanément, le canal artificiel a toute la résistance de tissus qui n'ont pas servi. Il possède la robustesse d'un organe de récente formation. Il est, oserai-je dire, tout ce qu'a de jeune dans son organisme l'individu placé dans ces conditions. Aussi, sans prétendre qu'on le doive jamais brusquer, dès le troisième mois, que vous le fassiez traverser par une sonde molle ou, en cas de besoin d'uriner très pressant, par une sonde rigide, que vous hâtiez ou non l'introduction du cathéter, ni vive douleur, ni saignement, ni, à plus forte raison, rupture de ce canal n'est à appréhender.

Mais ce tout jeune déversoir aboutit à un trop vieux réservoir, à une vessie que l'âge et les infirmités commandent de ménager; car c'est de l'irritabilité de cet organe que proviendront les douleurs, épreintes, ténesmes, élancements, sensibilité à la pression, à la marche, aux cahotements de la voiture, etc., qui assombrissent les futurs derniers mois, ou les enviabiles dernières années de l'opéré. Et comme il est désormais irrévocablement condamné à la sonde, il faut s'arranger de manière à manier cet instrument de façon à ce que, une fois introduit dans la vessie, il l'irrite le moins possible. Or, c'est sur ce point qu'il est le plus naturel au malade de se faire une illusion pernicieuse, sur ce point par conséquent que j'ai le plus sérieux devoir de lui donner un éclaircissement salutaire.

En principe, en principe strict, pour que l'emploi de la

sonde soit inoffensif, il faut qu'elle ne soit pas enfoncée jusqu'à toucher la paroi vésicale. — Et fort heureusement, en fait, il n'est point nécessaire, pour qu'elle évacue toute l'urine, de la faire pénétrer jusqu'à cette profondeur.

Le second de ces énoncés suppose que la vessie se contracte, se contracte assez, se contracte dans le sens voulu pour pousser l'urine par la sonde.

Où la vessie du cystostomisé se contracte-t-elle ainsi ?

M. Poncet a eu raison de signaler ce fait, savoir : que par suite de l'opération « la vessie étant fixée désormais sur une certaine longueur à la paroi abdominale... sa paroi antérieure, immobilisée, ne doit jouer qu'un faible rôle dans la poussée de l'urine; que c'est surtout la paroi postérieure, le sommet de la vessie qui interviennent ».

Que les choses se passent de cette façon, l'anatomie l'établit et l'expérience le confirme. Mais qu'elles se passent ainsi indéfiniment, c'est question à examiner. Les deux parois vésicale et abdominale resteront à jamais adhérentes; oui, assurément. Mais l'adhésion de la vessie implique-t-elle son immobilisation définitive ?

Non. Ce n'est pas l'abdominale qui fixe la vésicale, c'est la vésicale qui peu à peu s'est annexé l'abdominale : usurpation qui est trop dans l'intérêt de la fonction pour n'entrer pas dans les vues de la nature. Un exemple en démontre à la fois la nécessité et la réalité. Alors que, après l'évacuation d'un empyème, la paroi thoracique, paroi osseuse, cède elle-même et se rétracte, pour se prêter au jeu de l'appareil respiratoire, comment admettre qu'une mince couche musculo-membraneuse opposera plus de résistance?... Aussi voit-on peu à peu se dessiner autour du méat hypogastrique une dépression circulaire, qui par ses forme et dimension rappelle le creux ombilical; phénomène dénotant que, dans

ce *mariage forcé* de deux parois qui avaient été créées pour remplir séparément leur office, si l'une des deux a pris le dessus, a entraîné l'autre, c'est celle dont à la fois le rôle est le plus essentiel et l'action la plus soutenue, c'est la vésicale.

Mais quels qu'en soient le mécanisme et les agents, cette contraction de la vessie peut-elle se vérifier? peut-elle se mesurer? Plusieurs circonstances de mon observation personnelle m'en ont démontré l'existence ainsi que la puissance et même le degré de cette puissance :

1° Du troisième au quatrième mois, à partir du jour de l'opération, j'avais déjà recouvré la faculté de retenir mon urine; mais le méat hypogastrique étant encore assez large, j'urinais par cette voie, à volonté, sans avoir besoin du cathétérisme. Eh bien à cette période, je voyais l'urine sortir *par un jet en arcade*. Et cette projection en arcade se maintenait avec la même force, alors que je restais assis, la paroi abdominale étant par conséquent relâchée; alors même que je m'appliquais à ne pas contracter cette paroi.

2° Depuis que, maintenant, j'use du cathétérisme, un mouvement naturel, la sonde une fois introduite, me porte à en abaisser le pavillon, afin que l'urine tombe dans le vase. De sorte qu'on pourrait croire que l'urine s'écoule par le seul effet des lois de la pesanteur. Mais elle sort de même, avec la même force, lorsque, au lieu d'abaisser le pavillon, je l'élève, quoique, dans cette situation, l'urine pour sortir ait besoin de contrevenir à ces mêmes lois.

3° Veut-on maintenant une preuve du pouvoir de cette force expulsive dévolue à la contractilité vésicale? Le 9 juin 1892, étant resté trois heures et demie sans uriner, partant sous le coup d'un assez pressant besoin, j'introduis la sonde d'argent à mandrin boutonné, décrite ci-dessus. (On sait

que, avec ce mécanisme, pour que l'urine sorte, il faut, après avoir fait pénétrer la sonde, en retirer le mandrin). C'est ce que j'allais faire lorsque j'aperçois, sur ma table, un livre. Craignant qu'il ne soit éclaboussé, machinalement je lâche le mandrin et étends la main pour écarter le livre. Mais à cet instant un bruit me frappa : c'est le mandrin qui, n'étant plus tenu, avait été chassé par l'urine et était allé tomber par terre, à 60 centimètres de distance. — Certes, entièrement préoccupé à ce moment du soin de déplacer le livre, je ne pouvais songer à contracter mes parois abdominales. La forte propulsion de ce corps métallique, du poids de 4 grammes, ne peut donc être attribuée qu'à la contraction de la vessie.

4^o Voici une dernière preuve par voie d'expérimentation :

Extrait de mon journal.

Le 14 août 1892, les ténesmes dus à ma cystite ayant notablement augmenté sous l'influence de l'atroce chaleur qui régnait depuis quinze jours, je voulus essayer l'effet d'un lavage vésical fait avec l'infusion de feuilles de jusquiame.

Je n'avais cependant pas eu à me louer de ce médicament lors de l'invasion de mes accidents urinaires en décembre 1891. A ce moment, pris d'envies fréquentes d'uriner qui ne donnaient lieu qu'à des évacuations incomplètes, j'avais cru calmer ce qui me tourmentait le plus, c'est-à-dire calmer le spasme, en buvant, à doses réfractées, une infusion de 4 grammes de feuilles de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante.

C'était on ne peut plus mal raisonner, et l'évènement me le prouva cruellement sur l'heure. Le demi-narcotisme ainsi obtenu suspendit la contractilité des parois de la vessie : et presque aussitôt la dysurie fut transformée en une rétention

complète d'urine. De là l'obligation des cathétérismes uréthraux ; de là, au bout de huit jours, l'indication impérieuse de la cystostomie.

« Mais, me disais-je en août 1892, les choses ont depuis lors changé du tout au tout. Je possède maintenant un moyen prompt, commode d'évacuer l'urine. Si, en même temps qu'il calme mes ténésmes, le narcotisme abolit la contractilité vésicale, que m'importe ? Par le cathétérisme du court et si praticable *canal hypogastrique*, je mettrai toujours immédiatement fin à la rétention d'urine. »

Était-ce mieux raisonné qu'en décembre 1891 ?... Nous allons voir. Le 14 août donc, à sept heures du soir, je me fis un lavage de la vessie avec une infusion de 2 grammes de feuilles de jusquiame dans 300 grammes d'eau bouillante (infusion que, après l'avoir passée à travers un linge très fin, on avait de nouveau fait bouillir). Or voici ce qu'il m'advint.

A neuf heures, pris d'une forte envie d'uriner, je veux, comme j'en avais alors l'habitude, apaiser ce besoin, en évacuant par l'*urèthre* normal, quelques cuillerées d'urine. Je me présente, je pousse... pas une goutte ne vient.

Et je souris. « C'était prévu, me dis-je, attendons et laissons accumuler un peu plus d'urine. »

A neuf heures et demie, l'envie d'uriner reparaît plus forte. Même tentative d'évacuation par la voie naturelle... avec même insuccès.

Et de sourire encore, comme un général sûr de son corps de réserve. « En avant la sonde ! » me dis-je. Mais la sonde, poussée par le canal hypogastrique, à la profondeur ordinaire, ne laisse couler, et sans projection, qu'à peine trois cuillerées d'urine. A ce coup, souris-je encore ? Oui, car si le patient a sourcillé, le théoricien se console, subitement

éclairé; éclairé par son mécompte. Car cet échec devait être prévu, prévu par moi surtout, qui connaissais, qui avais si nettement signalé le mécanisme physiologique de l'évacuation de l'urine dans le cathétérisme hypogastrique. En effet, s'il est vrai, comme je l'avais dit, que dans ce cas l'urine, loin d'être chassée selon les lois de la pesanteur, est chassée par la contraction des parois vésicales, *elle ne devait point sortir*, alors que la contractilité vésicale était momentanément paralysée par un agent médicamenteux.

Et c'est ce qui avait eu lieu. Mon imprévoyance m'humilia bien un peu; elle me valut même le tourment de quelques mauvaises heures, jusqu'à ce que, vers 3 heures du matin, le narcotisme ayant cessé, le cours de l'urine se rétablit peu à peu. Mais, quoique peu disposé à la recommencer, je ne sortis pas moins de l'épreuve, très satisfait d'en avoir tiré une nouvelle démonstration, démonstration expérimentale du pouvoir contractile de la vessie de nouvelle formation, telle que la cystostomie a constitué cet organe.

De cette longue démonstration, quelle est la conclusion à tirer, le bénéfice à attendre? Rien moins que la constitution rationnelle d'une technique spéciale, d'un art bien précieux pour le cystostomisé: l'art tant de *vider*, que de *laver* sa vessie complètement, sans s'exposer à l'irriter par le contact de sa paroi avec la sonde qui sert soit à évacuer, soit à laver.

Parlons d'abord du *cathétérisme proprement dit*. — Un préjugé règne, en effet, à cet égard; préjugé dont moi-même d'abord j'éprouvai, dans la personne de ma vessie, la fâcheuse influence.

Par ce motif plausible, mais spécieux, qu'il s'agit d'un réservoir plein, dont l'ouverture est située en haut, on se figure qu'il ne sera complètement évacué que par l'un ou l'autre des trois procédés suivants :

Ou en faisant pénétrer l'instrument évacuateur jusqu'au fond du réservoir ;

Ou en aspirant le liquide par cet instrument ;

Ou en faisant placer le malade en pronation sur les coudes et les genoux, de façon à rendre déclive l'ouverture de la vessie.

Conseillées par des auteurs qui, méconnaissant la contractilité de la vessie, ne comptaient pour l'évacuer que « sur la pression exercée sur elle par les anses intestinales », ces trois manœuvres pèchent : la dernière par son effet absolument illusoire ; les deux premières, en outre, par l'irritation que produit à la vessie la sonde, soit qu'on la pousse à fond contre la paroi (première manœuvre), soit que cette paroi attirée par l'acte aspirateur vienne s'appliquer contre le bec de la sonde (deuxième manœuvre).

Qu'on en croie celui qui a ressenti la torture de cette dernière sorte de tentative. — M. Poncet nous avait cependant mis en garde contre ces dangereuses inconséquences en écrivant : « La vessie du cystostomisé doit être considérée comme un *noli me tangere*. »

Eh bien ! voici justement que donnant à la pensée du maître son complément logique et pratique, je viens enseigner d'après mon expérience le moyen de la vider *sans y toucher*. Ainsi :

La sonde étant huilée, je l'introduis aussi vite que possible jusqu'à trois centimètres environ (je rappelle que mon urèthre artificiel en a près de cinq).

Arrivé là, je procède avec plus de lenteur ; et dès que je vois l'urine couler, non pas goutte à goutte, ni en bavant, mais par un jet bien formé, continu, net et vif, je m'arrête, je fixe l'instrument entre deux doigts au degré de profondeur qu'il avait atteint au moment où le jet a commencé.

Mais bientôt le jet faiblit. Attention ! Il y a alors quelque chose à éviter et quelque chose à faire. (Et justement le préjugé conseillerait de faire ce qu'il faut éviter, et réciproquement). Ainsi :

Bon à éviter : de pousser la sonde. — *Bon à faire* : de la retirer au contraire, et la retirer assez promptement pour que la vessie, en finissant de se contracter, ne vienne pas se heurter contre son bec.

« Mais, se dit le malade, pourquoi donc ne pas chercher à *obtenir les dernières gouttes*, en poussant un peu la sonde ? » Vous le voulez, mon ami ? Eh bien ! donnez-vous satisfaction. Poussez, enfoncez l'instrument à deux, trois ou quatre centimètres de plus ; et vous obtiendrez, — ce que plus d'une fois j'obtins moi-même au début : une vive et persistante douleur résultant du choc ainsi exercé sur la vessie ; mais *pas une goutte d'urine de plus*.

Voulez-vous mieux encore ? Une initiation plus efficace ? Voulez-vous le moyen d'éviter non seulement tout choc, mais toute rencontre de la surface vésicale et de la sonde ? C'est un secret que je réserve aux dilettanti de ce cathétérisme, parce qu'eux seuls comprenant les délicates nuances que son exécution comporte, sauront le mettre convenablement en pratique. Pour retirer la sonde, n'attendez pas que le jet d'urine *ait cessé*. Un moment avant, c'est-à-dire au moment où il *va cesser*, si vous vous observez attentivement, vous percevrez dans la région vésicale une sensation distincte, quoique faible, de *resserrement*. J'appelle cette sensation *prémonitoire*. Obéissez effectivement à l'avertissement, et dès lors, retirez la sonde.

Mais, que vous la retiriez tôt ou tard, dès que le jet d'urine faiblit ou qu'il a cessé, ayez soin de donner à la partie de la sonde qui est restée dehors une courbure à convexité

regardant en haut : ceci, afin d'éviter pendant que vous la retirez l'introduction de l'air dans la vessie ; accident sans sérieuse importance, mais engendrant des gargouillements prolongés assez incommodes.

3° LAVAGE DE LA VESSIE.

Le meilleur ou le pire des agents, selon le soin mis à son exécution. Faute re le surveiller de près, en effet, qu'il soit médicamenteux ou simplement détersif, c'est-à-dire à l'eau boriquée, au nitrate d'argent, au sublimé, à l'antipyrine, etc., ou seulement à l'eau bouillie, le lavage, toujours si nécessaire à certaines vessies de ma connaissance, fera toujours plus de mal que de bien, laissant à sa suite une douleur obtuse qui peut, dans quelques cas, se prolonger pendant plus d'une heure.

Or, on pêche contre la vessie de deux façons : 1° en heurtant sa paroi par la sonde mal conduite ; 2° en distendant sa cavité par le liquide mal distribue : d'où deux ordres distincts de préceptes également importants.

1° *Maniement de la sonde.* — Pas de rencontre brusque de l'instrument avec la surface de la vessie. La technique opératoire, propre à éviter cet écueil, repose sur le même principe que celui du cathétérisme, mais l'exécution en est plus difficile, tout au moins demande une surveillance plus soutenue. En effet si, comme il convient, vous pratiquez le lavage non avec une seringue, mais au moyen d'un entonnoir de verre, adapté par un long tube de caoutchouc à la sonde ; entonnoir qui successivement élevé, puis abaissé, sert d'abord à introduire dans la vessie, puis à en

retirer le liquide que vous y avez versé, il faut, durant cette double manœuvre, veiller alternativement :

1° A ce que, pendant le premier temps, durant la propulsion du liquide de lavage, le bec de la sonde *n'aille pas heurter* la paroi de la vessie (et la heurter, remarquons-le, en un point de sa surface qui, à peu de chose près, serait toujours le même ;

2° A ce que, lors de l'expulsion de ce liquide, la paroi vésicale, qui se contracte, *ne vienne pas se heurter* contre le bec de la sonde.

De ces deux inconvénients le premier est aisément prévenu par la précaution suivante : Je répète que le liquide à introduire est versé dans un entonnoir de verre auquel s'adapte un tube de caoutchouc, tube dans l'autre extrémité duquel s'emmanche le pavillon de la sonde. Eh bien ! Il faut que ce tube ait une longueur telle que l'entonnoir puisse être élevé assez haut pour donner au liquide qu'il contient le poids, c'est-à-dire la force de le faire pénétrer dans la vessie *quoique le bec de la sonde ne soit plus dans ce réservoir*. — En d'autres termes, et pour bien régler les temps successifs : introduisez la sonde dans la vessie. — Par là videz-la à peu près (1) de l'urine qu'elle contenait. — Puis, retirez la sonde de près de deux centimètres, de façon à ce que son œil ne soit plus dans la vessie, déplacement que vous reconnaissez à ce que l'urine a cessé de remonter dans l'entonnoir que vous teniez abaissé. — Alors seulement remplissez du liquide de lavage l'entonnoir. Et en l'élevant suffisamment (à près d'un mètre de hauteur), vous aurez la satisfaction de voir et de sentir ce liquide passer en entier dans la vessie, quoique le bec de la sonde soit resté dans

(1) Il faut en laisser une petite quantité afin d'amorcer le siphon.

l'urèthre artificiel, par conséquent hors de la vessie, donc hors d'état d'en heurter, voire d'en effleurer la surface.

Passons au deuxième temps, à l'évacuation du liquide introduit.— Dans ce but, on abaisse l'entonnoir. Mais cela ne suffit pas. Si vous vous bornez à ce mouvement, pas une goutte ne ressortira. Pourquoi ? Parce que, même en l'aidant de la contraction des parois abdominales, la force expulsive de la vessie est inférieure à la force qu'on déployait tout à l'heure en élevant l'entonnoir. Vous aviez bien pu faire parvenir le liquide dans la vessie par la sonde *restée dans l'urèthre artificiel*. Mais pour parvenir à l'en extraire, il faut pousser de nouveau la sonde jusque dans la vessie.

« Eh bien ! quoi de plus aisé ? dira-t-on. Je l'y pousse, et tout se passe comme dans le cathétérisme. » Pas tout à fait, prenez-y garde. Quand j'évacue au moyen de la sonde, je puis observer le jet d'urine, sa force de projection initiale, puis son ralentissement terminal. Je sens aussi, en même temps, un soulagement progressif. Je suis donc en mesure de saisir le moment où ce jet va cesser ; moment où il importe de retirer un peu la sonde pour épargner à la paroi vésicale de venir se choquer contre son bec.

Dans le lavage, cet utile avertissement n'est donné que de façon indirecte. Vous avez élevé l'entonnoir pour faire entrer le liquide, n'est-ce pas ? Pour le faire sortir, vous abaissez alors l'entonnoir, et le liquide aussitôt y remonte. C'est bien un mécanisme analogue à celui de la sortie de l'urine dans le cathétérisme. Mais avec quelle différence ! Ne voyant pas le jet, vous ne pouvez prévoir aussi nettement, d'après sa diminution de force, le moment où il va cesser, et quant à la sensation de soulagement... Oh, pour cet indice, je vous défends absolument d'y compter. Car vous n'éprouveriez distinctement cette sensation de détente que si

vous veniez d'éprouver péniblement celle de plénitude. Or, à l'exemple et sur le conseil formel du professeur Guyon, qui en a fait une règle inéluctable, je répète ici, à mon tour, de toute l'autorité que me donne l'expérience :

Dans le lavage, avant tout, évitez de distendre la vessie, même au plus faible degré.

Tout bien considéré, je ne vois, pour discerner le moment où le liquide injecté est sur le point d'être complètement évacué, je ne vois, dis-je, que deux moyens, lesquels, notons-le, sont utilisables simultanément :

Guetter l'instant où, quoique la sonde ait été maintenue immobile, le liquide ne remonte plus qu'avec une lenteur manifeste.

Calculer d'après ce que la vessie a reçu, ce qu'elle a rendu. Si un plein entonnoir de liquide a été introduit, il est probable, — sauf ce que la vessie pouvait déjà contenir d'urine, — que lorsque l'entonnoir est presque plein du liquide de retour, la vessie sera bientôt vide, et qu'il est temps de retirer un peu la sonde.

Bien que ces indices ne donnent qu'une réponse approximative, avec un peu de tact et beaucoup d'habitude celui qui les recueille en tirera assez bon parti pour, dans la plupart des cas, réaliser la parfaite précision de la manœuvre, et par conséquent la parfaite sécurité à l'égard du choc de la vessie contre le bec de la sonde.

2° Distribution du liquide. — Je vise, sous ce titre, deux imperfections dans la manœuvre du lavage, imperfections qui aboutissent à la pernicieuse distension de la vessie. Elles consistent à *pousser le liquide trop fort ; à introduire trop de liquide.* Ces deux causes, on le voit, peuvent se suppléer, mais elles peuvent aussi s'ajouter.

La première est des plus faciles à éviter. Pour que le liquide ne pénètre pas trop vite, pour qu'il coule peu à peu au lieu d'affluer d'un seul coup, il suffit de n'élever l'entonnoir que graduellement et de ne jamais l'élever au-delà d'une certaine hauteur.

Le second inconvénient est plus sérieux ; de plus, il est insidieux. Aussi dois-je dire comment j'ai été amené, en le subissant, à en comprendre le mécanisme.

Cinq ou six fois, *vers la fin d'un lavage*, conduit, me semblait-il, selon toutes les règles, il m'était arrivé de sentir tout à coup une atroce douleur de vessie avec une envie d'uriner tellement impérieuse que, pour la satisfaire, j'arrachais plutôt que je ne retirais la sonde et, me précipitant hors du lit, me soulageais par le canal naturel. Tout ceci, bien entendu, n'allait pas sans une souffrance consécutive des plus pénibles.

A quelle omission devais-je cet accroc ? cette distension de la vessie ? car on ne pouvait s'y tromper, il ne s'agissait pas d'autre chose. Un peu de réflexion me le révéla.

Remontons au principe. L'art dispose, pour introduire le liquide, d'une force supérieure à celle dont la vessie dispose pour l'expulser. Par conséquent, après chaque manœuvre liée d'introduction puis d'expulsion, il doit rester dans la vessie un stock de liquide. Ainsi, pour moi qui reçois 60 grammes d'eau boriquée, il en reste, après l'expulsion dont ma vessie est capable, il en reste, supposons-le, 6 grammes.

Six grammes, c'est peu sans doute, mais si, si je répète la manœuvre trois fois de suite, c'est avec 18 grammes retenus dans la vessie que je vais procéder à la quatrième tournée, lorsqu'il en faut autant pour que le liquide ressorte clair.

Or, dans ces conditions, si pour cette quatrième tournée, je verse à nouveau un plein entonnoir de 60 grammes,

c'est, en somme, bien près de 80 grammes que ma pauvre vessie aura à supporter. Qu'arrivera-t-il donc ? Ce qui doit arriver, qu'elle ne les supportera pas.

De là une règle aussi justifiée que facile à suivre. A chacun des temps successifs dont se compose un lavage, remplissez de moins en moins l'entonnoir.

Auto-lavage. — Pardon pour ce nouvel hybride. Mais allez donc demander de la correction à un homme dont toutes les fonctions ne se font plus que contrairement à la règle !

Le lavage soulage toujours, ne fût-il qu'à l'eau bouillie— et même dans quelques cas — de préférence, celui qui n'est qu'à l'eau bouillie. Ce n'est donc pas trop d'en faire deux ou trois fois par jour ; aussi, en sentirez-vous parfois l'urgent besoin à une heure qui n'est pas commode pour votre entourage. J'ai dit comment je suis secondé sous ce rapport. L'empressement dévoué de ces braves gens et de ce brave cœur a toujours devancé mes moindres exigences. Que de fois, devant ce que par discrétion je voulais leur cacher, que de fois n'ont-ils pas, et mieux qu'au Monomotapa,

Découvert mes besoins au fond... de ma vessie ?

Mais leurs forces physiques ayant une limite, souvent, ne fût-ce que dans mon intérêt, j'avais songé à me passer de ces aides bienveillants, à m'appliquer le populaire précepte de notre Croix-Rousse : « Nettoie-toi toi-même. » Mais plus j'y réfléchissais, plus je faisais en moi-même une répétition des divers temps de la manœuvre, et plus je m'achoppais à cette conclusion fatale que, pour l'exécuter à moi tout seul, il me faudrait trois mains ; comptons : celle qui tient la sonde près du méat sus pubien ; celle qui prend l'entonnoir et l'élève ou l'abaisse ; celle qui y verse le liquide.

J'en étais là, et n'espérais guère en sortir, lorsque un soir,

voyant près de moi une lourde carafe au long goulot : « Tiens ! voilà mon affaire », me dis-je. Et, de fait, voici comment j'emploie cet aide duquel jamais je n'aurai à redouter lassitude ou refus de service.

On sait que l'entonnoir à lavage a son bec emmanché dans un long tube de caoutchouc, tube dans l'autre extrémité duquel entre à frottement le pavillon de la sonde. Eh bien ! étant couché au bord de mon lit, et la carafe placée à ma portée sur ma table, j'y introduis par son bec l'entonnoir muni de son tube. Y plongeant à dix ou douze centimètres, par son poids seul, l'entonnoir se trouve fixé là, sans que j'aie besoin de l'y tenir assujetti. Par conséquent, l'une de mes deux mains étant chargée du maniement de la sonde, l'autre suffit à verser le liquide dans l'entonnoir ; puis, l'ayant soulevé du goulot où il était enclavé, à l'élever et l'abaisser alternativement pour exécuter les temps successifs du lavage, tels que je les ai décrits ci-dessus.— Recommandé surtout à mes pauvres collègues en cystostomie, qui sont dénués des soins de la famille.

Tels sont, pour l'opéré, les moyens d'uriner artificiellement. Mais est-il condamné à n'uriner qu'artificiellement ? Au bout de six semaines ou deux mois, nous l'avons dit, la miction se fait de nouveau par l'urèthre normal. Or, cette récupération ne manque jamais d'ouvrir au patient un espoir, et par conséquent au médecin une question qui nous semble devoir être posée en ces termes :

4° DANS QUELLES PROPORTIONS LE CYSTOSTOMISÉ, DEVENU LIBRE D'UTILISER L'UN ET L'AUTRE, DOIT-IL SE SERVIR DE SON URÈTHRE NATUREL ET DE SON URÈTHRE ARTIFICIEL ?

Sur la question de *commodo et incommodo*, voyons d'abord ce que chacun des deux peut donner, et à quel prix il le donne.

Par l'ancien urèthre, la miction est immédiate, mais elle reste incomplète. On est instantanément soulagé, mais l'évacuation n'ayant été que partielle, le besoin ne tarde pas à se faire sentir de nouveau. De plus, l'appareil qui a fonctionné était dès longtemps malade, puisque sa maladie a seule nécessité l'opération ; donc chaque fois qu'on le fera entrer en exercice, on l'exposera lui et son importante annexe à un progrès de la dégénérescence dont ils sont atteints. On le reconnaît, d'ailleurs, à la souffrance que cette expulsion provoque et laisse après elle, surtout si, à ce moment, le patient a le tort de *pousser*. — Enfin il peut résulter de là un retour de l'incontinence.

Par le nouvel urèthre, bien que le cathétérisme qui le met en fonctions ait à compter avec quelques tâtonnements, impose une certaine lenteur et ne s'exécute pas absolument sans douleur, si l'on n'est pas soulagé à l'instant, on l'est plus complètement ; pour beaucoup plus longtemps.

Or, si l'on s'en tient à cette comparaison des deux procédés quant à leurs avantages et inconvénients immédiats, la conclusion paraît facile à tirer ; et beaucoup de lecteurs, ainsi que je le fis d'abord moi-même, la formuleront en ces termes : User de l'*ancien* urèthre à titre d'expédient lorsqu'on est pris d'un besoin pressant, dans une situation où l'on est hors d'état de se sonder ; mais préférer le

nouveau en tant qu'agent d'un service régulier. — L'expérience m'a apporté quelques enseignements qui, d'une part, appuient ce précepte des considérations fondées non seulement sur la commodité, mais sur la sécurité qu'il donne; qui, d'autre part, commandent à ce même précepte une exception en vue d'une circonstance toute particulière et assez grave pour mériter qu'on en tienne compte.

Motifs d'ériger en méthode générale d'évacuation le cathétérisme du nouveau canal.

Ils sont ainsi consignés et justifiés dans la relation de l'une des phases [de mon existence post-cystostomienne.

Extrait de mon journal :

Le 20 juillet 1892, j'avais, depuis une semaine, subi peu à peu et progressivement, dans mon état local et général, les changements défavorables suivants :

1° Sensibilité de la région vésicale, soit au toucher, soit en marchant (ce qui me faisait préférer l'attitude assise).

2° Sortie, à la fin de chaque urination, d'une petite masse assez compacte, de muco-pus grisâtre, tombant au fond du vase, parfois y adhérant ;

3° Couleur plus foncée et odeur spécifique plus prononcée de l'urine ;

4° Douleur plus vive produite, tant par le passage de la sonde dans le nouveau canal, que par le contact ou le frottement accidentel de son bout contre la paroi vésicale ;

5° Douleur plus vive ressentie pour peu que le liquide du lavage fût introduit en trop grande quantité ou trop brusquement de façon à distendre la vessie ;

6° Douleur de la vessie succédant aux lavages les plus

modérés (qui, dans la nuit du 18 au 19 juillet, se prolongea quatre heures);

7° Retour, tous les soirs en me couchant, d'un accès de sorte de surexcitation nerveuse, avec sensation de chaleur générale et contractions spasmodiques, surtout vers les jointures tibiotarsiennes; accès m'agitant et m'empêchant pendant plus d'une heure de m'endormir (état dont j'avais, d'ailleurs, souffert déjà à diverses reprises avant l'opération).

8° Découragement, diminution d'appétit, travail intellectuel plus pénible et de rendement moindre;

Après plusieurs tentatives infructueuses faites pour connaître et combattre la cause de cette détérioration manifeste de mon état jusque là si satisfaisant, un souvenir me frappa.

Depuis une dizaine de jours, j'avais de plus en plus cédé à la tentation de me soulager au moyen d'évacuations partielles par l'urèthre normal; j'éloignais ainsi les cathétérismes (toujours assujettissants) du nouveau canal. Et il m'était par là arrivé de n'en faire, dans la journée, que deux ou trois.

Mais, chacune de ces urinations, si faciles, n'évacuait au plus qu'un tiers de l'urine contenue dans la vessie. Aussi ce réservoir demeurait-il toujours avec un stock d'urine en permanence (d'urine stagnante, partant apte à fournir aux pullulations microbiennes), et les choses étaient-elles ainsi devenues l'opposé de ce que veut la nature qui assure à la vessie fonctionnant normalement une vacuité et par là un repos complet d'un certain laps de temps. Par ma prétendue simplification, c'était donc moi qui avait créé les complications locales et générales mentionnées ci-dessus ..

La plus facile des contre-épreuves donna immédiatement la plus rigoureuse et plus prompte démonstration de la justesse de cet aperçu. Pendant toute la journée du 20 au 21 juillet, durant vingt-quatre heures, je m'astreignis à n'uriner que

par le cathétérisme du nouveau canal, cessant même les lavages... et dès lors, je me trouve débarrassé de *toutes mes misères*, ayant surtout récupéré le sommeil calme sans l'agitation qui l'empêchait de s'établir et souvent le troublait établi.

Indication de discontinuer le cathétérisme du nouvel urèthre. — Cette indication, je l'ai dit, est exceptionnelle. Elle n'est motivée que par l'imminence et surtout par la survenance de l'hémorrhagie vésicale. Voici, pour ma part, en quelle circonstance elle m'apparut, non seulement rationnelle, mais pressante.

Tout cystostomisé pour lésion de la prostate a une cystite en permanence avec redoublements d'intensité variant selon les fatigues, le régime, et je ne sais quel inopportun reste de susceptibilité génésique,... mais surtout selon la température ambiante. C'est dire que jamais ma cystite n'atteignit degré pareil à celui que nous valut la quinzaine extra-cannulaire du commencement d'août, et surtout le 18 août qui marqua l'apogée de cette fatale période.

Donc cette nuit-là, mes urines glaireuses, rares, très foncées me préoccupaient plus que jamais. Après les avoir laissé couler, comme par regorgement, par l'ancien urèthre et par le méat hypogastrique, je procédai bien pour acquit de conscience au cathétérisme du nouvel urèthre ; mais ce cathétérisme en amenait une si faible quantité que, depuis vingt-quatre heures, j'y avais renoncé.

Les choses allaient donc ainsi, et plutôt pis que mieux, lorsque dans cette nuit la plus chaude de la saison, souffrant de plus en plus, j'espérai trouver du soulagement dans la reprise du cathétérisme. Et voici ce qui en résulta.

Pris du besoin d'uriner, je pousse par l'urèthre naturel, je laisse échapper par l'ouverture hypogastrique : par ces

deux voies il est tombé dans mon vase une petite quantité d'urine d'un jaune foncé. Pris de scrupule alors, comme je viens de le dire, je veux évacuer ce que je pense qu'il reste d'urine. J'introduis donc la sonde par le canal artificiel, mais sitôt, ayant pénétré à la profondeur ordinaire, qu'en sort-il? Trois cuillerées d'urine franchement sanguinolente.

Désappointé autant qu'effrayé, mais croyant à quelque cause fortuite, une heure et demie après, sentant un nouveau besoin, je réitère l'épreuve de la même manière et avec le même résultat.

Que s'était-il passé?... Ma vessie surirritée était dans les conditions les plus propres à fournir une exhalation sanguine. Tant que je ne l'avais vidée qu'en partie, une cause physique nécessaire à la production du phénomène pathologique faisait encore défaut. En faisant *le vide dans la vessie* par le cathétérisme direct, j'avais créé cette cause, et l'exhalation sanguine survint, ainsi qu'elle se fait dans toutes les cavités brusquement débarrassées du liquide qu'elles contenaient.

Éclairé par la double expérience, je renonçai pour cette fois, pour cette circonstance bien spécifiée, au cathétérisme. Je me contentai de laisser ma vessie ne se vider qu'en partie par l'émission spontanée du trop plein de son contenu. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus. Et dès le lendemain (19 août) l'abaissement du thermomètre ramenant ma sécrétion urinaire à ses conditions normales, je pus sans inconvénient reprendre mes cathétérismes habituels.

J'ai raconté avec quelque détail ce fait (qui pour moi est resté sans conséquences fâcheuses) parce qu'il pourra servir et d'avertissement et d'indication aux sujets dont la mu-

queuse vésicale est plus que la mienne prédisposée aux hémorrhagies.

APPENDICE.

Locomotion des cystopathes.

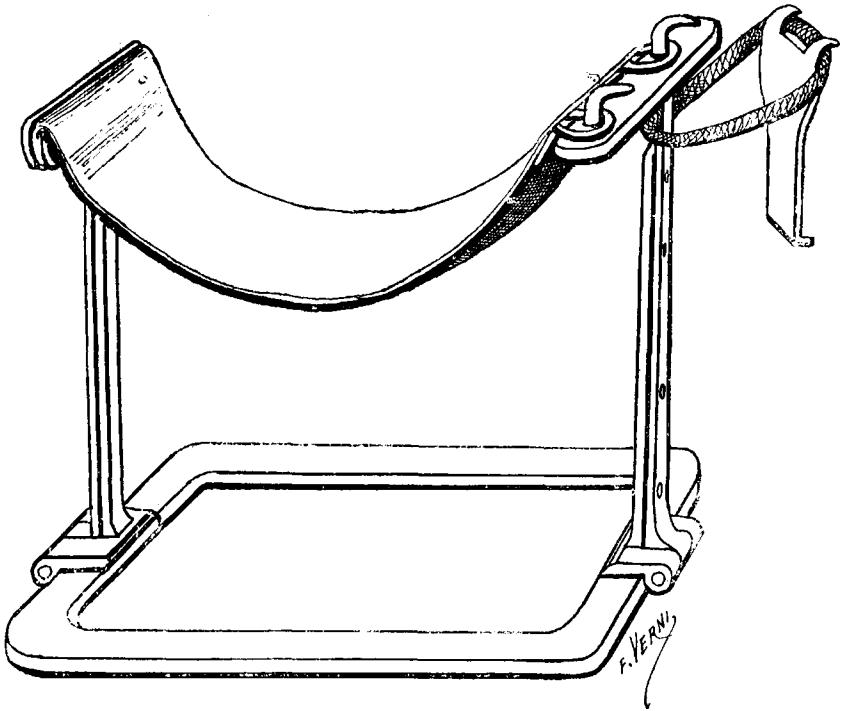
Au bout de deux ou trois mois, le cystostomisé marche sans douleur. Mais il n'en est pas toujours de même du transport en voiture. Vers la fin de mars, lorsque la température le permettant, je voulus faire ma première sortie en voiture, le cahotement du coupé roulant sur le pavé me causa une telle souffrance dans la région vésicale que je dus m'abstenir de renouveler l'épreuve.

En tramway, ainsi qu'en chemin de fer, l'ébranlement était atténué. Néanmoins, à chaque intervalle entre deux rails, c'est-à-dire à tout instant, un ressaut très sensible se reproduisait à mes dépens. Et pour en éviter l'effet, j'étais forcé de maintenir le siège à distance des coussins, en me suspendant par les coudes, par les mains aux portières, aux rebords de l'embrasure des vasistas, enfin en gardant la station debout ou l'attitude presque assise, mais le corps ne portant que sur mes deux mains.

Ces expédients fatigants ne suffisant d'ailleurs qu'à des courses de peu d'étendue, — et le cystostomisé n'étant point, pensais-je, seul malade pour qui les secousses de la voiture fussent pénibles, — je m'enquis à Lyon, à Paris, des moyens en usage pour parer à cette incommodité... Or, ces moyens n'existaient pas. Il fallait donc les créer. Et voici le mécanisme que j'imaginai, mécanisme qui, très intelligemment exécuté

par M. Cettier, ébéniste, puis par M. Butin, serrurier, pourvoit depuis huit mois, avec tout le succès désirable, à mon aisance d'habitué des trains de banlieue.

FIGURE II.



Un cadre en fer, carré, de 0,40 de diamètre (un peu moins de l'espace occupé par un voyageur), à bords de 0,02 de largeur ;

Du milieu de deux des côtés *opposés* de ce cadre partent deux tiges ou montants en fer de 0,38 de longueur ; montants qui peuvent se replier pour rendre plus commode le transport de l'appareil, mais qui, lorsque l'appareil fonctionne, doivent être maintenus dans la position verticale, but qu'on réalise ,

1° Afin qu'ils ne puissent s'incliner l'un vers l'autre, par le mode de leur articulation avec les bords du cadre ;

2° Afin qu'ils ne puissent non plus s'écarter trop l'un de l'autre, au moyen de la bande de tissu de caoutchouc (de 0,12 de largeur) sur laquelle va s'asseoir le voyageur dont le poids empêche les extrémités supérieures des deux montants de diverger. (Fig. II).

Ceci expliqué, la mise en jeu de l'appareil se présente aisément. Une fois en wagon, après avoir choisi un coin, je place mon cadre à plat sur le coussin, je relève les deux montants, je coiffe leurs sommets des bouts de la bande de caoutchouc, sur laquelle je m'assieds, et me voici en route, doucement ballotté, mon derrière, — s'il faut l'appeler de son nom, — restant, dans les plus fortes secousses, à 7 ou 8 centimètres de la banquette.

Je n'ai pas tout dit, cependant. Ce n'est pas sans motifs que je guignais un coin. Si les diverses pièces de mon appareil sont fixées les unes par rapport aux autres, l'appareil lui-même restait mobile et par conséquent pouvait se déplacer quelque peu lors de certains cahots. Voici comment j'ai remédié à cet inconvénient :

Je relève la glace de la croisée de mon coin et dans l'embrasure qui reste vide, j'introduis une rigide plaque de fer de 0,18 de longueur et 0,08 de largeur, plaque dont l'extrémité supérieure, qui émerge de l'embrasure, se termine en haut par deux crochets à concavité tournée vers le dehors. Je passe dans ces crochets un anneau fait avec du *ressort de caoutchouc*, lequel anneau, d'autre part, avait été passé autour de celui des *montants* qui est contigu à la croisée du wagon.

Par l'effet de cette connexion, qu'un coup d'œil sur les Figures II, III et IV fera immédiatement saisir, — l'appareil

FIGURE III.

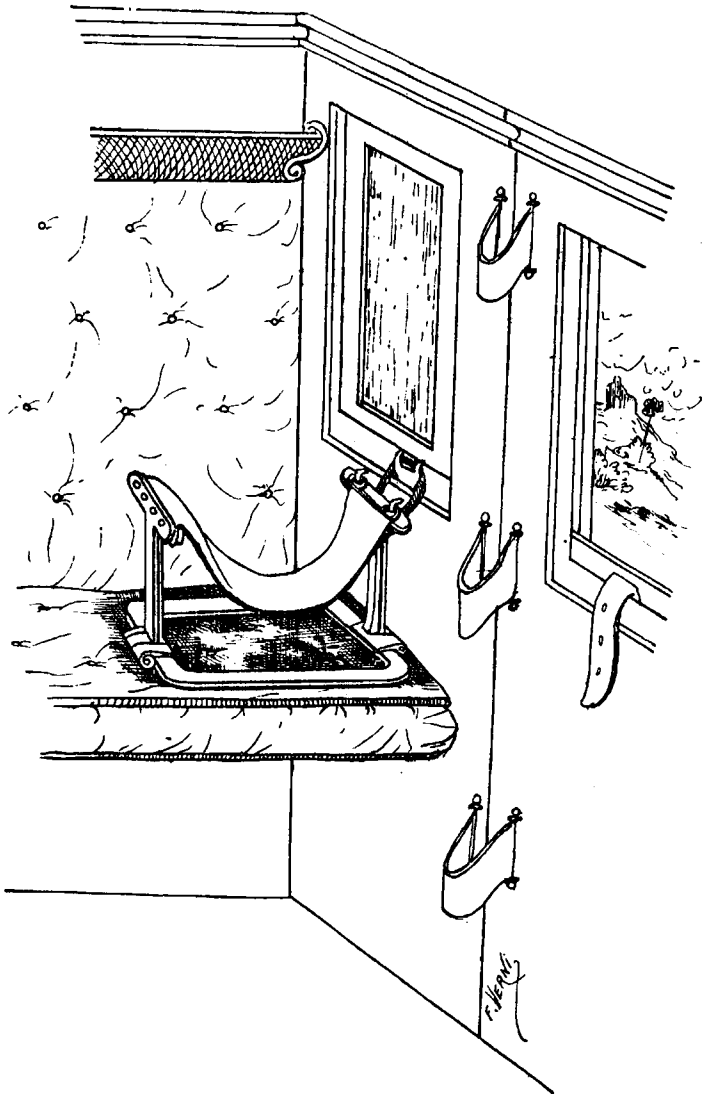
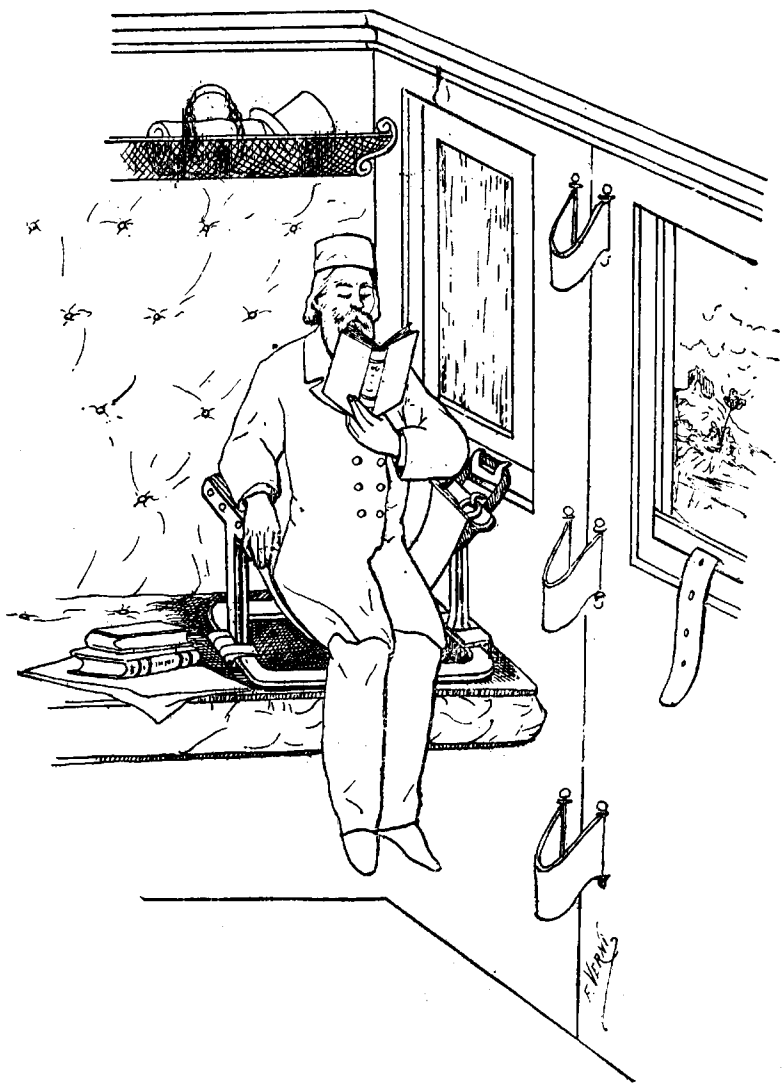


FIGURE IV.



est fixé au degré qui convient, c'est-à-dire non de façon absolument invariable, mais par un lien élastique qui, *rompant* pour ainsi dire la secousse qui résulte d'un cahot, lui en enlève la brusquerie, l'instantanéité d'où naîtraient des ébranlements douloureux. — D'ailleurs, ce n'est pas une cause que j'aie à plaider ici. Il suffit d'avoir successivement essayé l'effet de l'appareil avec ou sans l'anneau de caoutchouc pour constater le supplément de soulagement que donne au voyageur l'emploi de ce petit *appareil fixateur*.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de cette étude, je me crois en mesure d'apprécier, d'après mon expérience d'une année aujourd'hui révolue, quelle place doit être faite à la cystostomie pratiquée contre le prostatisme sénile.

De toutes les opérations destinées à créer ou à rétablir une ouverture artificielle aux réservoirs ou conduits naturels, soit au dehors, soit entre eux, celle-ci est assurément celle qui, sous le rapport du résultat, comporte le pronostic le plus favorable.

D'abord, on n'est pas, comme dans la gastrostomie ou la cholécystostomie, en face d'un sérieux danger pour la nutrition. Il ne s'agit ici que d'évacuer un liquide absolument excrémentitiel.

Puis la lésion, qui met obstacle à son évacuation naturelle, est une dystrophie rebelle à tout traitement, il est vrai, et même fatalement progressive. Mais, double condition avantageuse : d'abord l'opération ne peut qu'arrêter ce progrès ; puis cette dystrophie n'est point de nature à dégénérer, à se généraliser, ainsi que cela a lieu pour les opérations similaires pratiquées contre des affections du tube digestif.

Rien n'empêche par conséquent, on le voit, l'opération de produire son plein effet curatif, de le produire immédiatement, de le maintenir de façon durable.

De par la théorie comme de par le fait démontrée efficace, l'opération peut donc se présenter avec confiance. Mais elle ne constitue pas seulement le meilleur remède : elle est l'unique. Et ce n'est pas même assez dire. Ce qui doit être bien entendu et ne saurait être trop répété, c'est que pour les prostatiques *parvenus à une certaine période*, il n'y a pas à opter entre deux partis. Celui-là s'impose ; sans lui, point de salut. Doutez-vous de ma parole ? Faites l'expérience : telle que je la conseille, vous le pouvez impunément.

Dans une grande ville quelconque, à Paris, par exemple, où la conviction que je veux propager est loin d'être faite (1), suivez dans ceux des services hospitaliers où l'on n'a pas adopté la cystostomie, suivez les malheureux prostatiques qui en sont au point où j'étais moi-même. Traités par la méthode qui a l'approbation des maîtres (ponctions capillaires bi-quotidiennes, sonde à demeure, lavages vésicaux, médications internes contre les accidents infectieux), après quelques semaines d'une lutte inégale, ils meurent, c'est la règle ; mais le médecin traitant peut se rendre la justice qu'ils sont morts *dans les règles*.

Une nouvelle lumière a surgi dont je m'honore de porter

(1) Je tiens de bonne source que l'un des plus haut placés chefs de service hospitaliers parisiens désapprouva sur l'heure l'opération qui venait de m'être faite ; et, chose plus surprenante, que malgré l'évènement, il n'a pas désarmé et persiste dans son opposition. J'aimerais à rencontrer cet éminent collègue pour savoir comment il mettrait d'accord ses convictions scientifiques avec ses sentiments confraternels bien connus, de manière à me répéter en face qu'on a eu tort de me procurer une année de survie... sans compter le courant !

haut le flambeau. A sa clarté, le danger a disparu ; mais par là les sérieuses, les réelles responsabilités s'imposent d'autant plus. C'est donc dans le plein sentiment du plus sacré des devoirs à remplir que à tous, aux malades pour les renseigner, aux confrères pour les avertir, je répète en terminant : En cas d'urgence, il n'y a point, il n'y a plus à choisir. Avec l'opération, guérison immédiate : avec les moyens dilatoires, la mort à brève échéance.

Biblioteka Główna WUM

Br.1338



000027071

HISTOIRE NATURELLE DE LA SYPHILIS

Leçons professées à l'École pratique de Paris, mars 1863,

Par P. DIDAY

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

In-8° de 272 pages (édition épuisée).

LA

PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par P. DIDAY

3^e édition révisée conformément aux doctrines pathogéniques modernes.

Un vol. petit in-8° de 575 pages. — Prix : 6 fr.

LE PÉRIL VÉNÉRIEN

DANS LES FAMILLES

Par P. DIDAY (de Lyon)

Un volume in 16 d'environ 400 pages. — Prix : 5 fr.

RÉGLEMENT DE L'URINATION NOCTURNE

CHEZ LES PROSTATIQUES

Par P. DIDAY

In-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Lyon, Assoc. typ. — F. PLAN, rue de la Barre, 12.



www.dlibra.wum.edu.pl