

du col de la vessie chez les femmes atteintes d'affections utérines.

Ce médicament est considéré aussi comme un *tonique stimulant* et un *sudorifique*; la liqueur de kawa doit à ses propriétés excitantes d'être très répandue chez les indigènes des pays où croît le *Piper methysticum*. Ses propriétés aphrodisiaques, affirmées par certains auteurs (Cuzent), sont niées par d'autres (Gubler, Dupouy).

Doses. — 1° Racine râpée, 6 à 8 grammes, en macération dans 600 à 800 grammes; — 2° extrait fluide de racine 1 à 2 et jusqu'à 3 grammes.

Extrait fluide de kawa.	20 grammes.
Glycérine.	60 —

Une cuillerée à café dans un verre d'eau après chaque repas.

Matico. — On désigne sous ce nom les feuilles du *Piper angustifolium* (Piperacées); elles sont aromatiques, amères, d'une odeur qui tient à la fois de la menthe et du cubèbe et renferment une résine, une essence, un acide cristallin et du tanin.

L'expérience n'a pas confirmé les propriétés antiblennorrhagiques qu'on lui a attribuées.

Doses: Infusé, 10 pour 1000; huile essentielle 0gr,25 à 1 gramme.

ART. 3. — MODIFICATEURS DIRECTS DE LA VESSIE.

Lavage de la vessie.

Les lavages de la vessie constituent le traitement de choix des *cystites chroniques*. Ils ont pour but d'évacuer les sécrétions morbides qui se forment sur les parois vésicales, et de modifier ces parois; il y a donc lieu de faire une distinction entre les liquides de lavage, suivant qu'ils ont un but purement mécanique ou un but modificateur :

1° Les lavages mécaniques ne doivent se faire qu'avec des liquides *parfaitement aseptiques* ou *antiseptiques*. L'eau filtrée longuement et fraîchement bouillie est le type des liquides aseptiques; les substances dites calmantes, émoullientes ou astringentes, n'ajoutent que peu à son efficacité; les propriétés modificatrices qu'on serait tenté de leur attribuer ne doivent pas faire perdre de vue qu'une ébullition d'une heure, récente, est toujours indispensable:

2° Les liquides antiseptiques constituent les modificateurs les plus efficaces. Le plus employé est l'eau boriquée saturée (4 pour 100), elle est suffisante dans bien des cas pour jouer le double rôle de modificateur

mécanique et médicamenteux; mais, son faible pouvoir antiseptique fait qu'elle échoue souvent dans les cas de suppuration ancienne¹.

L'acide phénique n'est antiseptique qu'à une dose dangereuse; le sublimé est douloureux même à 1/2000 et dangereux; l'eau oxygénée est irritante.

Le biiodure est mieux supporté. Desnos donne la formule suivante :

Biiodure de mercure.	5 centigrammes.
Alcool.	25 grammes.
Eau distillée.	975 —

Mais il préfère, d'après la pratique de Guyon, le nitrate d'argent qui est l'antiseptique et le modificateur par excellence².

Une solution à 1/500 est ordinairement suffisante; on est allé jusqu'à 1/300 et même 1/150.

On se guidera, pour le choix du degré de concentration, sur les sensations du malade: les solutions destinées au lavage ne doivent provoquer ni douleur, ni sensation pénible; il faut savoir que ces injections doivent être employées avec la plus grande prudence et comme il est dit ci-dessous. Les injections trop fortes comme celles que Mercier employait (jusqu'à 1 gramme, 2 grammes et même 3 grammes pour 120) ont causé des accidents graves.

Il ne faut pas demander d'action mécanique aux solutions *modificatrices*. Le « déblaiement » de la vessie doit être fait préalablement avec une solution boriquée, « puis, on injecte la solution nitratée; 50 à 60 grammes représentent une quantité moyenne, mais celle-ci est subordonnée à la tolérance de la vessie; on ne la laissera séjourner que quelques minutes, puis on terminera par un nouveau lavage boriqué tiède. » (Desnos, *loc. cit.*, p. 508.)

Les liquides de lavages sont le plus souvent employés tièdes; les injections à 50 ou 55° sont hémostatiques, mais elles provoquent des contractions de la vessie.

Les lavages sont renouvelés tous les deux jours, ou même plusieurs fois par jour suivant le degré de la cystite, l'abondance des mucosités, etc.

Des lavages vésicaux sont encore pratiqués dans le but d'évacuer des débris calculeux après le broiement du calcul dans la lithotritie, mais ces lavages peuvent être considérés comme un temps de l'opération et ne doivent pas être décrits ici.

Technique. — 1° *Instruments*. Les instruments consistent en une sonde et un appareil injecteur.

1. On assure la concentration du liquide en ajoutant un peu de biborate de soude à la solution (Desnos) :

Acide borique.	50 grammes.
Biborate de soude.	5 —
Eau distillée bouillante.	945 —

2. Desnos, *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*, 1890, p. 507.

a) Sonde. — On choisit de préférence une sonde *en gomme*, à large lumière, munie de deux yeux latéraux. Une sonde en caoutchouc rouge pourrait généralement suffire ; les sondes métalliques doivent être rejetées, hormis le cas de la lithotritie. Les sondes à *double courant*, telle que la sonde métallique de Voillemier, sont défectueuses, parce que la lumière des canaux est insuffisante à permettre le remous nécessaire à un bon lavage : les mucosités sont déplacées, mais ne sont pas expulsées. La sonde doit être aseptique et conservée dans une solution antiseptique (eau boricisée par exemple).

b) Appareil injecteur. — C'est généralement une seringue à anneaux de 150 à 200 grammes ; elle offre l'avantage de transmettre à la main les sensations de résistance que le liquide peut rencontrer, mais elle peut être avantageusement remplacée par un récipient élevé, muni à sa partie inférieure d'un ajutage auquel est adapté un long tube en caoutchouc (comme pour les injections vaginales).

2° *Cathétérisme.* — Le méat préalablement désinfecté, la sonde doit être conduite dans la vessie avec douceur, en suivant les préceptes recommandés pour le cathétérisme.

3° La sonde introduite dans la vessie, le contenu vésical est évacué.

4° Cela fait, la sonde est ramenée dans l'urètre prostatique où l'un des yeux doit être engagé de façon à assurer le lavage de l'arrière canal ; vers la fin de l'opération, elle sera repoussée dans la vessie (E. Desnos).

5° L'embout de la seringue est alors introduit dans la sonde, et l'injection est poussée *par petits coups*, c'est-à-dire par fractions de 50 à 80 grammes, incapables de produire une distension, *assez vivement, mais sans violence*. Il va sans dire que si l'injection est simplement modificatrice, on injecte beaucoup moins.

6° La seringue est retirée, et le liquide s'écoule : il faut le laisser sortir naturellement, *sans l'aider par des pressions sur l'hypogastre*.

7° Avant que la vessie soit complètement vide, on renouvelle l'injection avec les mêmes précautions, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide ; deux ou trois seringues suffisent généralement.

8° Il est bon, après le lavage vésical, de faire un lavage de l'urètre, en retirant la sonde de la vessie.

Ponction aspiratrice de la vessie.

La ponction de la vessie, tour à tour vantée et décriée comme dangereuse, est entrée dans la pratique courante depuis qu'elle est facilitée par la méthode de l'aspiration. Aussi ne ferons-nous que signaler les modes de ponction abandonnés aujourd'hui : 1° ponction par la voie *perinéale* qu'on pratiquait en enfonçant verticalement le trocart au niveau de l'intersection de la ligne bi-ischiatique et du raphé médian ; 2° par la voie *recto-vésicale* en conduisant le trocart le long de l'index gauche introduit dans le rectum et fixé sur la vessie ; 3° par la voie *sous-pubienne*

(Voillemier) en abaissant fortement la verge et en faisant usage d'un trocart courbe. On ne pratique plus maintenant que la *ponction aspiratrice hypogastrique*.

Avant l'opération, on donne un *lavement* pour débarrasser l'intestin, ce qui aura parfois pour résultat de faire uriner.

1° Instruments : *a)* le choix de l'*aspirateur* (Dieulafoy, Potain, Debove) est sans importance ; *b)* on choisit l'*aiguille* la plus fine ;

2° *Soins préliminaires* : *a)* *Antiseptie de la région pubienne*, lavage au savon puis à l'alcool et au sublimé ; *b)* *asepsie* de l'aiguille ;

3° *Position.* — Le malade est couché sur le bord droit du lit, les jambes naturellement allongées ;

4° *Choix du lieu de la ponction.* — La ponction est pratiquée à 2 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. On n'a guère à craindre de blesser le péritoine dont le cul-de-sac dans la grande généralité des cas remonte, lorsque la rétention est complète, assez haut pour échapper au trocart ou à l'aiguille ; cependant l'accident a été observé (voir *dangers*).

5° *Ponction.* — L'opérateur fixe l'ongle de l'index gauche sur le point déterminé, et enfonce l'aiguille sur cet ongle comme conducteur dans la direction de la symphyse sacro-iliaque à une profondeur variable suivant l'épaisseur de la paroi abdominale du sujet (1 à 4 centimètres et plus du plan cutané (Bouley). On peut ouvrir le robinet de l'aspirateur avant d'avoir pénétré dans la vessie et avancer alors peu à peu, très lentement « le vide à la main » dans la direction de la vessie. On enfoncera encore l'aiguille d'au moins 2 centimètres après qu'on aura trouvé le liquide parce que la vessie en se vidant se rétracte et que l'aiguille trop peu enfoncée pourrait quitter la vessie ;

6° *L'évacuation de l'urine* doit être *lente, progressive* et *antiseptique* (Guyon, Desnos).

Lente, c'est-à-dire que l'on se gardera d'appuyer sur la région hypogastrique pour hâter l'écoulement ; *progressive*, c'est-à-dire que « sous aucun prétexte on ne videra la

vessie en *une seule fois* ». Ce précepte acquiert une importance capitale si la vessie est distendue : dans ce cas, une décompression brusque pourrait provoquer une hémorragie ou une cystite ; dans le cas de distension de la vessie chez un prostatique par exemple, on ne retirera que quelques centaines de grammes à la fois. On peut d'ailleurs recommencer une ponction capillaire toutes les six ou huit heures, jusqu'à évacuation complète. Chez un sujet jeune, dont les parois vésicales seraient supposées saines ou dont la rétention d'urine aurait pour cause un rétrécissement, on pourrait vider complètement la vessie, à condition que l'écoulement fût très lent. *Antiseptique* : avant de retirer la canule, on injectera dans la vessie une petite quantité d'eau boriquée à 4 pour 100 (Desnos, *loc. cit.*)

La ponction terminée, on retire brusquement l'aiguille.

On peut répéter les ponctions en prenant les précautions mentionnées.

Dangers. — La ponction aspiratrice de la vessie n'est pas toujours inoffensive. Cadiot¹ a pu réunir dix-sept observations d'accidents graves imputables à ce mode de traitement. C'est le plus souvent un *phlegmon du tissu cellulaire prévésical* qu'il détermine ; mais on a observé aussi la *péritonite* (E. Rollet) et la *blessure de la prostate*.

Indications. — La ponction de la vessie est indiquée dans tous les cas de rétention complète d'urine, où les moyens propres à faire uriner le malade, soit par le canal, soit par le cathétérisme, auraient échoué. La cause de cette rétention peut avoir pour siège l'*urètre*, la *prostate*, la *vessie*, ou être sous la dépendance du *système nerveux*.

Les obstacles urétraux peuvent provenir d'un traumatisme de l'*urètre* (rupture traumatique de l'*urètre*), mais ils ne résistent ordinairement au cathétérisme que si le sujet est porteur d'un rétrécissement ; dans ce cas, les tentatives de cathétérisme seront modérées et de courte

1. Cadiot, thèse de Lyon, 1895.

durée ; si l'on échoue, on aura recours à la ponction de la vessie. La rétention d'origine urétrale peut encore être provoquée par des corps étrangers, ou des calculs engagés dans le canal, soit encore par des liens enserrant le pénis, soit surtout par un rétrécissement. La déformation et l'hypertrophie de la prostate sont rarement, par elles-mêmes, la cause d'une rétention complète d'urine ; mais, les poussées congestives qui se produisent chez les prostatiques, sous des influences diverses, nécessitent parfois la ponction de la vessie. Il arrive souvent que l'évacuation de la vessie rend non seulement le cathétérisme possible au bout de quelques heures, mais quelquefois même la miction ; on explique ce fait par une déplétion des veines péri-cervicales et la disparition de la congestion des organes pelviens¹.

Dans la prostatite aiguë, si le cathétérisme échoue, la ponction hypogastrique s'impose ; il en serait de même dans le cancer de la prostate.

Les *causes vésicales* ne nécessitent qu'exceptionnellement la ponction de la vessie. Elles sont mécaniques ou fonctionnelles ; les premières consistent en une obturation du col, soit par un calcul, soit par un fragment de tumeur, soit par des caillots ; les secondes sont liées à la suppression de la contractilité de la vessie ou à un spasme du sphincter de la vessie. S'il s'agissait d'un calcul obturant l'*urètre* on le repousserait dans la vessie avec une sonde dure ; s'il s'agissait d'une tumeur on parviendrait souvent à pratiquer le cathétérisme en modifiant la position du malade. La suppression de la contractilité peut tenir, soit à une dégénérescence du muscle vésical, soit à ce que ce muscle a été *forcé* par une rétention volontaire ou involontaire, comme cela se produit, par exemple, dans l'ivresse prolongée. Le spasme du sphincter de l'*urètre* s'observe à la suite des *opérations*

1. Suivant Schleger, l'urine accumulée dans le bas fond de la vessie repousse la prostate en avant et comprime l'*urètre* lorsque la vessie est distendue ; la compression cesserait avec la distension.

ou des *traumatismes* portant sur les voies urinaires et surtout sur l'urètre postérieur ou la vessie. Il s'agit là d'un spasme réflexe. Les *lésions du système nerveux central*, telles que la paralysie générale, les traumatismes médullaires, peuvent occasionner la paralysie de la vessie, et une rétention complète d'urine, mais, dans la grande majorité des cas, le cathétérisme rendra inutile la ponction de la vessie ; la seule coexistence de rétrécissement ou de lésions de la prostate pourrait nécessiter cette opération.

CHAPITRE XI.

MODIFICATEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL.

Ce sont les *emménagogues* et les modificateurs des muqueuses *utéro-vaginale* et *urétrale*.

ART. 1. — EMMÉNAGOGUES.

Les emménagogues sont des remèdes qui ont pour effet de *provoquer des phénomènes congestifs du côté de la muqueuse utérine et, par suite, de provoquer ou d'exagérer le flux menstruel*. Mais on doit se demander préalablement s'il existe des médicaments véritablement emménagogues. Il est, en effet, important de remarquer qu'aucun médicament ni agent ne saurait provoquer les menstrues, *en dehors de l'époque menstruelle*. Les emménagogues ne sauraient donc être, dans tous les cas, que des adjuvants de l'hémorragie périodique ; l'imminence de celle-ci est la condition *sine qua non* de l'efficacité de ceux-là. Même avec cette réserve, la plupart des sub-

stances considérées comme emménagogues agissent indirectement sur le flux menstruel, en réduisant la cause de l'aménorrhée ; elles mettent l'économie dans un état tel que la fonction peut s'accomplir normalement. Aussi peuvent-elles présenter parfois des effets absolument opposés : le fer, par exemple, sera tour à tour hémostatique ou emménagogue, suivant que la chlorose qu'il est destiné à combattre produit une exagération ou une réduction de l'hémorragie menstruelle.

D'autres médicaments deviennent emménagogues secondairement, en congestionnant les organes du petit bassin par l'appel de sang primitivement déterminé sur la muqueuse intestinale, comme l'aloès et quelques drastiques. C'est peut-être simplement par un mécanisme analogue que la rue et la sabine peuvent devenir emménagogues.

Enfin, quelques médicaments régularisent le flux menstruel par la stimulation générale qu'ils impriment à l'économie, et dont le défaut était cause de l'aménorrhée ; tels sont les ammoniacaux. Il est possible que les emménagogues proprement dits, safran, armoise, absinthe, n'agissent pas autrement.

On arriverait ainsi à conclure qu'il n'existe pas, en réalité, d'emménagogues, et que, l'aménorrhée reconnaissant des causes diverses, *générales* ou *locales*, le praticien devrait rechercher ces causes et les combattre ou les respecter suivant le cas ; les véritables emménagogues sont les modificateurs de la cause de l'aménorrhée. C'est ainsi qu'on utilise, suivant l'indication, le fer, les purgatifs, les stimulants diffusibles, les alcooliques, les ammoniacaux, les aromatiques. Il est cependant quelques substances qui jouissent de la réputation d'être des emménagogues *directs*.

Tout en faisant une réserve sur cette interprétation, nous diviserons, comme c'est l'usage, les emménagogues en *directs* et *indirects* ; nous comprendrons sous le nom d'indirects ceux qui modifient primitivement l'état général.