

médecin doit exiger toutes les précautions et ne se servir que d'une infirmière bien consciencieuse qui exécutera à la lettre les indications données. Une infirmière a dû apprendre à pratiquer le cathétérisme avec la plus grande exactitude en suivant toutes les minuties de la technique, sans en excepter une seule.

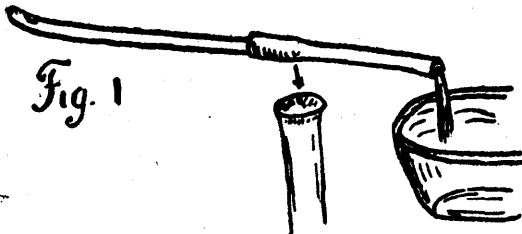


Fig. 1. (Imitée de Kelly) Montre le cathéter, dont le bout périphérique est protégé par le manchon de caoutchouc et le tube à réactif prêt à recevoir l'urine non contaminée, après l'enlèvement du tube en caoutchouc.

1° Il faut employer un cathéter aseptique ; et un seul et même cathéter pour une même patiente. Celui en verre, préconisé par Kelly, est le meilleur. On le stérilise en le faisant bouillir dix ou quinze minutes dans une solution de soda, ou une solution antiseptique, avant et après chaque cathétérisme. Dans l'intervalle on le conserve, stérilisé, dans un flacon numéroté à large goulot au fond duquel on a mis un peu de coton hydrophile et que l'on remplit d'une solution d'acide carbolique, 5%. — ou de sublimé au 1/1000 ou 1/500.

2° La patiente doit être mise dans une position convenable pour être à l'aise et pour permettre à la garde de bien exposer le méat urinaire. Celle-ci pourra glisser un vase de nuit sous la patiente. Pour recueillir l'urine on se sert de réceptacles propres.

3° Lorsque tout est prêt, la garde se lave et se brosse soigneusement les mains et nettoie bien, avec un tampon de coton hydrophile stérilisé tenu avec une pince aseptique, le méat et son pourtour.

4° Elle met sur le pouce et sur l'index de la main droite un doigtier stérile (fig. 2) ; puis elle saisit par l'extrémité externe le cathéter, l'enlève du flacon et le rince dans de l'eau pure stérile. Elle a bien soin de ne pas toucher au bout qui doit pénétrer dans la vessie.

5° L'introduction doit se faire bien doucement, et l'enlèvement de même, le pouce ou l'index fermant extrémité de l'instrument.

6° Le cathéter enlevé, le méat est de nouveau essuyé avec un tampon aseptique.

Kelly fait la remarque que lorsque la personne est cathétérisée dans le décubitus dorsal la vessie ne se vide jamais complètement et que s'il y a de la cystite, il vaut mieux, séance tenante, faire un lavage de l'organe ; pour

ce faire, employer un cathéter à courbure vésicale prononcée, et à la fin de l'irrigation tourner le bec en bas vers le bas-fond de la vessie ; ainsi tout sédiment s'échappe au dehors.

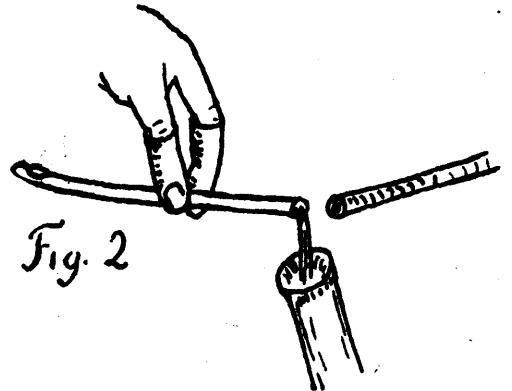


Fig. 2 (Imitée de Kelly). Le tube en caoutchouc est détaché du cathéter tenu entre le pouce et l'index du médecin, recouverts de doigts, et l'urine coule dans le tube à réactif stérilisé.

Pour obtenir de l'urine non-contaminée, soit de la vessie soit de l'uretère, pour étude bactériologique, Kelly conseille de recouvrir l'extrémité périphérique du cathéter avec un manchon stérile en caoutchouc qui la déborde d'une couple de pouces (fig. 1). On laisse s'écouler l'urine pendant une ou deux secondes, puis on enlève le tube en caoutchouc (fig. 2), et on recueille l'urine dans un tube à réactif stérilisé. Le moyen est bon, mais nous perdons la première partie de l'urine ; c'est vrai que souvent ceci a peu ou pas d'importance.

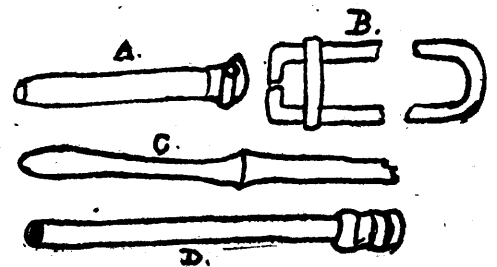


Fig. 3

Fig 3 — Instrument pour lavage de la vessie sans sonde. A canule à demeure et son manche, 2 mobile dans l'andouille a ; C. manéchin pour l'introduction de la canule à demeure ; D. canule irrigatrice entrant à frottement doux dans la canule à demeure A, et s'adaptant au tube du bock-laveur.

Nous ne pouvons trop insister sur la contamination de la vessie provenant d'un urètre ou d'un méat infecté. Bien souvent à la suite d'une opération ou à la suite de couches surtout, nous voyons survenir une irritation vésicale et une cystite, malgré que toutes les précautions aient été