

seules qui ont chance de vaincre le spasme ; plus on agace le canal avec des petites bougies, plus la contracture est tenace. Nous avons vu que ce spasme n'est du reste pas continu ; de temps en temps il cesse et le cathétérisme est très commode ; quand il existe, il peut y avoir certaines difficultés à sonder le malade, et cela est assez utile à connaître en pratique, car on ne peut guère confier en sécurité le cathétérisme régulier de ces malades à un infirmier par exemple, à un membre de sa famille, etc. ; le médecin sera souvent astreint à le sonder lui-même.

Pour supprimer les ennuis du cathétérisme indéfiniment prolongé dans ces cas de rétention vraiment incurable, pourrait-on songer à la cystostomie suspubienne ? Evidemment elle aurait l'avantage de supprimer un assujettissement des plus fastidieux chez un malade qui n'est pas encore un vieillard et qui en a pour de longues années encore à le subir, mais, d'autre part, réfléchissons à ce qu'on cherche par le cathétérisme en somme. On cherche bien à évacuer la vessie pour éviter sa distension progressive, pour éviter la dilatation ascendante, pour désinfecter sa cavité, etc., et ces différents buts, la cystostomie les atteindra comme lui ; mais on cherche aussi, et même surtout, en se plaçant au point de vue des désirs du malade, et de la suppression de ce qui le chagrine le plus, à faire cesser l'incontinence diurne et nocturne qui fait le tourment d'un homme jeune encore. Or, faire la cystostomie, ce sera remplacer une incontinence par les voies naturelles, très acceptable, très supportable, par une fistule urinaire dont l'existence comporte beaucoup plus d'inconvénients (entretien et nettoyages du méat hypogastrique, soins de la peau avoisinante pour éviter l'érythème, les excoirations, appareil beaucoup plus compliqué que l'urinal pénien, etc.). Le malade ne serait pas satisfait de l'échange ; et nous en avons vu, de cette catégorie et jeunes encore, qui, une fois fistulisés au pubis, n'avaient qu'une préoccupation et qu'une demande incessamment renouvelée au chirurgien les ayant opérés, celles de faire boucher leur fistule.

On a essayé d'agir sur les troubles mictionnels ou douloureux de l'ataxique par des instillations déposées sur le col vésical et dans l'urètre profond.

Ces instillations seront faites, à intervalles plus ou moins rapprochés, avec des solutions calmantes (solutions cacainées par exemple) ou légèrement caustiques ou astringentes pour modifier la sensibilité de l'urètre profond (nitrate d'argent

faible, protargol, sulfate de zinc, etc.). Nous n'avons jamais retiré grand bénéfice de cette thérapeutique.

L'électricité a été aussi parfois employée sous forme de courants faradiques ou continus, soit simplement à l'extérieur avec application hypogastrique ou périnéale, soit avec un pôle introduit dans l'urètre profond ou dans la vessie. Elle ne semble pas avoir donné de bons résultats.

Malgré ces petits traitements locaux, malgré les autres moyens médicaux (suppositoires calmants, lavements chauds, révulsifs divers sur le périnée ou l'hypogastre, etc.) la situation de certains de ces malades ne s'améliore guère ; et ce sont surtout ceux qui souffrent de violentes crises vésico-urétéales qui réclament un traitement plus actif, et que seule l'action chirurgicale peut soulager.

La taille hypogastrique ne fait rien ou presque rien contre ces formes douloureuses qui ne sont pas des cystites à proprement parler et qui n'ont rien à faire avec des lésions vésicales vraies, simplement inflammatoires ou ulcéreuses comme dans les véritables cystites douloureuses, mais qui sont sous la dépendance ou de désordres nerveux dans le fonctionnement des muscles périnéaux, de contractures douloureuses de ces muscles, ou de névrites des nerfs vésicaux sensibles à la douleur, c'est-à-dire des nerfs du col (orifice uréthro-vésical et urètre profond).

Pour les soulager, il faut intervenir sur le périnée profond et sur le col vésical. La dilatation ou l'incision de ce col réussissent généralement très bien, et souvent de façon durable. Une fois le périnée ouvert comme pour une boutonnière urétrale périnéale, on introduit, dans l'urètre profond, si on veut simplement dilater, la série des bougies d'Hégar par exemple, ou le dilataleur de Dolbeau, ou le doigt ; si on veut inciser, on pousse dans la vessie un lithotome double qu'on retire pour faire la section sphinctérienne au retour, avec ses lames suffisamment écartées pour trancher l'épaisseur du sphincter.

Nous étudierons en détail, dans un autre chapitre, cette question des sphinctérotomies, et les résultats qu'elles donnent.

La dilatation forcée de l'anus a été conseillée et pratiquée dans certaines formes douloureuses de l'affection qui s'accompagnent de spasme, de crampes du périnée tout entier, avec ténésme aussi bien anal que vésical. Evidemment, cette opération qui agit si bien sur le sphincter anal peut avoir de