

pagne. N'avait-on pas fait le même reproche au cathétérisme dans la rétention d'origine prostatique ? Et ne sait-on pas maintenant au contraire que le meilleur moyen d'éviter l'infection, c'est d'assurer l'évacuation et de faire cesser ainsi cet état congestif des voies urinaires qui favorise si puissamment leur inflammation, comme l'a bien démontré notre maître Guyon ? Ne sait-on pas d'ailleurs que l'asepsie doit être faite ici avec toute la rigueur possible, et que grâce à elle on peut éviter les accidents infectieux rapides et graves qui suivaient autrefois de très près les premiers sondages ? Sans doute, même avec les précautions aseptiques les mieux entendues, on peut voir les urines, claires jusque-là, devenir louches et même purulentes, quand on a mis la sonde dans la vessie à l'état de rétention avec distention (et c'est là, soit dit en passant un phénomène très curieux et mal expliqué encore chez ces malades distendus ; (mais on sait aussi que ces troubles de l'urine ne sont pas très méchants, qu'ils ne s'accompagnent guère de symptômes d'infection générale, qu'ils sont très bien supportés par le malade, et qu'ils finissent même par s'atténuer ou disparaître, quand on continue d'assurer l'évacuation régulière de la vessie, et qu'on y ajoute au besoin des lavages faiblement antiseptiques ou modificateurs.

Avec l'évacuation régulière de la vessie et qui comporte comme pour les prostatiques, un nombre quotidien de sondages, très variable suivant les cas particuliers, suivant les moments pour le même sujets, qu'on peut même interrompre pendant un certain temps quand la vessie a repris sa fonction de façon satisfaisante, on fait cesser l'incontinence par regorgement, infirmité si pénible pour beaucoup de ces malades, encore jeunes et actifs d'ailleurs, et qui sont obligés parfois de quitter un emploi, de s'isoler, pour lesquels par conséquent c'est un vrai malheur.

Nous avons dit ce que nous pensions de l'incontinence non liée à la rétention chez de tels malades. C'est de la fausse incontinence, liée à de la pollakiurie impérieuse et irrésistible, dans laquelle le malade n'a pas le temps de prendre ses précautions, et qui provient soit d'une poussée de cystite aiguë, soit de phénomènes d'hyperesthésie du col vésical. Pour la première, le traitement de la cystite sera mis en œuvre ; pour la seconde, on s'adressera aux traitements que nous décrirons plus bas à propos des crises douloureuses de l'affection. Mais nous tenons à répéter qu'il faut bien se méfier ici, et qu'avant de prononcer le nom d'incontinence indépendante de rétention, il faut commencer par sonder son malade. On sera tout surpris de

constater dans l'immense majorité des cas que telle vessie qu'on croyait vide à la suite de prétendues évacuations involontaires ou très rapprochées les unes des autres, est en réalité une vessie à demi-pleine et qui ne se vide que très imparfaitement. En l'aidant par le cathétérisme, l'incontinence disparaîtra ; c'était donc de la rétention méconnue.

Le cathétérisme, non plus évacuateur, quand il n'y aura pas d'incontinence, que la vessie se videra suffisamment, et que les troubles urinaires ne pourront plus être mis sur le compte de la rétention, et qu'il s'agira des troubles mictionnels plus ou moins bizarres que nous avons énumérés, sera encore souvent utile comme modificateur direct du désordre sensitivo-moteur de l'urètre profond et du col de la vessie. Il nous est arrivé souvent de voir des troubles mictionnels, même des crises vésico-urétrales douloureuses, être supprimées pour un certain temps, ou notablement améliorées par le passage du cathéter, et en particulier d'un gros cathéter métallique. Il semble que l'instrument exerce là une sorte de massage bienfaisant sur la muqueuse uréthro-cervicale hyperesthésiée, de dilatation sédative sur l'appareil sphinctérien contracturé. La pollakiurie cesse, la dysurie s'amende et la miction devient plus régulière. On peut du reste aider à ce résultat par l'adjonction de certaines pommades calmantes ou légèrement astringentes dont on enduit la surface de la sonde (pommades cocaïnées, belladonnées, ichthyolées, gaulacées, etc.). On peut encore retirer bénéfice, dans les cas plus rebelles et réfractaires aux moyens précédents, de la dilatation large de l'urètre profond avec une sonde hautement dilatatrice, celle de Kaulmann par exemple. Nous avons ainsi obtenu parfois de bons résultats.

Le cathétérisme n'est du reste pas toujours constamment facile chez l'ataxique, précisément à cause de l'incoordination du sphincter et du spasme urétral. C'est chez lui qu'on observe souvent le rétrécissement dit spasmodique. On voit de ces malades, chez lesquels la véritable cause nerveuse des accidents urinaires ayant été méconnue, le diagnostic s'est tout à fait égaré, et qu'on a traité pour des rétrécissements vrais avec rétention derrière le rétrécissement, cystite consécutive, etc. Je me souviens d'un malade très net de ce genre.

Comme on le voit pour un rétrécissement semblable, la sonde est arrêtée dans la portion périnéale de l'urètre et le spasme ne cède que très difficilement parfois. Comme pour tout rétrécissement spasmodique également, ce sont les grosses sondes