

réurgitations. Les *selles* sont quelquefois en retard, et il peut exister des diarrhées opiniâtres.

La *marche* de la maladie est toujours chronique. Il y a parfois des oscillations dans son cours; cependant il n'y a pas moyen de tirer de là des inductions d'application générale, puisque les cas diffèrent trop entre eux, en raison de la nature de la maladie fondamentale. La plupart des hydronéphroses finissent par la mort, soit à cause de l'affection fondamentale, soit par suite des inflammations pyélonéphritiques et périnéphritiques consécutives, de l'urémie, etc. La *guérison* a lieu dans des cas rares, notamment quand l'un des reins est entièrement intact et que la maladie fondamentale n'est pas incurable. Cette guérison s'opère spontanément (perforation, oblitération), ou bien elle peut être le fait d'une intervention chirurgicale.

Les points principaux à considérer en ce qui concerne le **diagnostic** de l'hydronéphrose, sont tels que nous venons de les relever. Cependant quand les renseignements étiologiques font défaut, ce diagnostic n'est pas toujours facile et on est exposé à confondre la maladie avec d'autres tumeurs rénales, avec des kystes échinocoques, des tumeurs ovariées, voire des intumescences de la rate et du foie.

Traitement. Abstraction faite du traitement symptomatique des douleurs et éventuellement de la pyélocystite concomitante, le véritable traitement de l'hydronéphrose est du domaine de la *chirurgie*. La ponction, l'incision, l'extirpation du rein, l'établissement d'une fistule rénale, sont les méthodes opératoires les plus usitées, dont on trouvera la description dans les ouvrages de chirurgie.

CHAPITRE CINQUIÈME.

CYSTITE.

(Catarrhe vésical.)

Étiologie. Dans la plupart des cystites, les agents inflammatoires atteignent la vessie en venant du dehors par le canal de l'urèthre. La preuve la plus évidente en est malheureusement fournie par les médecins eux-mêmes quand ils provoquent la cystite en se servant de bougies ou de *cathéters insuffisamment nettoyés ou désinfectés*. La cystite en cette occurrence est d'autant plus facile à produire, que souvent il coexiste une évacuation défectueuse du réservoir urinaire (rétrécissement de l'urèthre,

paralysie des muscles évacuateurs), par conséquent une stagnation d'urine qui fait que l'influence des bactéries peut se déployer impunément. Le passage des agents phlogogènes dans la vessie a également lieu par l'urèthre en cas d'*incontinence d'urine*. En ce cas il se forme dans le canal uréthral, à raison du relâchement du sphincter vésical, un filet d'urine stagnante, qui est en continuité directe avec l'urine de la vessie et en communication immédiate avec l'air extérieur où flottent les bactéries, agents provocateurs de la décomposition urinaire. C'est de cette façon qu'on voit se produire une foule de cystites chez les *personnes atteintes de maladies des centres nerveux avec paralysie de la vessie*, de même que les cystites assez fréquentes qu'on rencontre chez les gens *gravement malades* pour d'autres motifs et *plongés dans la stupeur* (typhus, etc.).

La cystite fait quelquefois suite à des *affections des voies urinaires contiguës*. C'est le plus souvent l'*uréthrite gonorrhéique* qui se transmet directement à la vessie et y donne lieu à la cystite *gonorrhéique*. Chez la femme les agents inflammatoires passent aisément du *vagin* dans la vessie, à raison de la brièveté du canal uréthral. C'est ainsi notamment que naissent les *cystites* si fréquentes chez les femmes *en couche*. En quelques cas encore il peut exister des communications entre la vessie et des organes du voisinage (*fistules vésico-rectales et vésico-vaginales*) qui donnent également accès dans la vessie aux agents phlogogènes.

Une autre classe de cystites est due à la présence de corps étrangers qui irritent mécaniquement la muqueuse vésicale. Telle est avant tout la cystite qui est la compagne habituelle des *calculs vésicaux*. Il faut remarquer cependant que beaucoup de cystites calculeuses ne dépendent pas immédiatement des calculs, et ne doivent leur origine qu'à l'emploi de cathéters et de sondes exploratrices.

À l'encontre des modes pathogéniques que nous avons mentionnés, la genèse de l'inflammation vésicale par l'intermédiaire de la circulation est beaucoup plus rare. Ce qu'il y a de plus important à noter sous ce rapport, ce sont certaines *substances chimiques* signalées plus haut (v. p. 519), qui s'éliminent par les reins et déterminent une inflammation dans les voies urinaires. La plus énergiquement active de ces substances, c'est la *cantharidine* qui donne lieu à une *cystite croupale* formelle. L'usage d'aliments et de condiments d'une nature spéciale (bière jeune par exemple) occasionne souvent un léger degré d'irritation de la vessie. Les matières infectieuses entrent rarement en ligne de compte dans ce genre de cystites. La plupart des *cystites* qui se déclarent au cours de *graves infections aiguës* sont des complications d'ordre secondaire (v. plus haut). — On ne saurait révoquer

en doute cependant que dans quelques cas, exceptionnels à la vérité, le *refroidissement* ne puisse engendrer une cystite *primitive* ayant les apparences d'une affection idiopathique. Toutefois il s'agit le plus souvent alors d'une exacerbation aiguë qui est venue se greffer sur un vieux catarrhe chronique (gonorrhéique, par ex.).

Il appert des chapitres précédents que la cystite n'est souvent qu'un élément constituant d'une maladie plus étendue des voies urinaires. De même qu'une inflammation vésicale peut se propager, en suivant les uretères, jusqu'à la cavité du bassinet, de la même façon, mais en marchant en sens inverse, une pyélite primitive, née d'une manière quelconque, peut entraîner la vessie dans sa sphère morbide.

Anatomie pathologique. L'anatomie pathologique de la cystite nous met en présence des mêmes altérations que l'inflammation de toutes les autres muqueuses. Dans la *cystite catarrhale* simple, la muqueuse est engorgée, couverte de pus, parfois criblée de suffusions sanguines. Dans les catarrhes chroniques d'ancienne date, la muqueuse prend, du chef des extravasations sanguines, une teinte ardoisée d'un gris noirâtre. Les formes graves de la cystite, telles qu'elles se rencontrent parfois dans les affections de la moelle, sont désignées du nom de *diphthérie vésicale*. En ce cas les couches superficielles de la muqueuse se détachent par un travail de mortification, et donnent lieu à des surfaces exulcérées. Dans des circonstances aussi graves, il se développe souvent des *abcès sous-muqueux* ou *périvésicaux* qui peuvent, de différentes manières, pénétrer par perforation dans les tissus circonvoisins. Il importe aussi de signaler, à propos de la cystite chronique, que la *muqueuse s'incruste* fréquemment de sels urinaires, surtout de phosphate ammoniaco-magnésien.

Symptômes cliniques. Les *malaises locaux* se rapportant à la vessie sont parfois d'une véritable intensité, à la différence de la néphrite où ils sont quelquefois minimes. En général ils sont plus prononcés dans les cas aigus que dans les cas chroniques. Les douleurs de la région vésicale sont rarement continues; le plus souvent elles ne se réveillent que lors de la miction, prennent alors une acuité déchirante et s'irradient jusqu'au méat urinaire. Comme la muqueuse de la vessie à l'état inflammatoire est douée d'un éréthisme considérable et qu'en outre l'urine morbidement altérée (v. plus bas) exerce sur elle une vive irritation, il se manifeste très fréquemment un *besoin pressant d'uriner*. Les malades sont contraints beaucoup plus souvent que d'habitude de vider la vessie et, dans les cas graves, il se produit un *ténésme vésical* presque incessant, qui, à chaque tentative nouvelle, ne laisse échapper que quelques gouttes d'urine avec

un sentiment de brûlure excessive. Par suite de cette vive irritabilité de la muqueuse vésicale, il existe quelquefois un *spasme réflexe du sphincter*, extrêmement pénible, qui augmente encore les souffrances.

Il n'y a que la *composition de l'urine* dont on puisse se prévaloir pour porter le diagnostic. S'il n'y a aucune complication du côté du rein, la *sécrétion urinaire* est tout à fait normale pour la quantité et la composition. Arrivé dans la vessie, le liquide urinaire se mêle aux produits de la muqueuse malade et de plus y est exposé à l'influence des bactéries dont nous allons parler tout à l'heure. Les *éléments anormaux* qui viennent s'ajouter à l'urine consistent surtout en *corpuscules de pus* et en *cellules épithéliales de la vessie*, parfois aussi en une certaine quantité de *mucus* provenant de la membrane muqueuse. L'action spécifique des bactéries venues du dehors, consiste dans la *fermentation urinaire* dite *alcaline*, c'est-à-dire dans la *transformation fermentative de l'urée en carbonate d'ammoniaque*. Ce processus est généralement lié à la présence de certains microorganismes (*micrococcus urinaires*), et jamais la stagnation de l'urine ne donne lieu par elle-même à la fermentation alcaline. Comme LÉPINE et ROUX l'ont démontré, on peut, en injectant dans la vessie urinaire de cochons d'Inde de très petites quantités d'une pure culture de *micrococcus* de l'urine (COHN), provoquer une cystite intense et même la néphrite. La stagnation urinaire n'est qu'une condition très propice au développement de tout le processus, attendu que, ainsi qu'il a été dit, l'activité des bactéries peut infiniment mieux se déployer dans ces conditions, que quand la vessie est incessamment nettoyée et comme lavée par les flots successifs d'urine qui y arrivent.

Dès qu'une partie de l'urée s'est changée en carbonate d'ammoniaque, la réaction acide de l'urine doit nécessairement diminuer. *L'urine commence par être moins acide aux réactifs*, puis elle devient *neutre* et lors de l'émission elle peut même être *manifestement alcaline*. Cependant ce dernier fait est rare et il ne paraît si fréquent que parce que très souvent on n'examine l'urine qu'après qu'elle a reposé pendant quelque temps. Comme, dans cet intervalle, la fermentation alcaline, une fois qu'elle a commencé, fait de rapides progrès, l'urine provenant d'une vessie enflammée et qui a été conservée, présente très souvent une réaction alcaline. Il s'y forme de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et d'urate d'ammoniaque, qui sont reconnaissables, les premiers à leur forme « tombale » et les seconds à leur aspect « de pomme épineuse » (v. fig. 54).

Récapitulons en peu de mots ce que nous avons dit ci-dessus : l'urine dans la cystite est, pour ce qui concerne la quantité, à peu près normale. Elle est ordinairement claire et laisse un dépôt abondant, parfois à l'œil

nu reconnaissable pour du pus. Dans ce dépôt, on découvre au microscope des corpuscules de pus, de l'épithélium vésical, et constamment une infinité de bactéries (bâtonnets le plus souvent courts, animés d'un mouvement vif). La fermentation alcaline de l'urine se révèle rien que par l'odeur piquante d'ammoniaque qu'elle répand, et en outre, comme nous l'avons dit, par la réaction qu'elle donne. Dans les formes diphthéritiques graves de la cystite, on trouve dans l'urine des lambeaux entiers de tissu mortifié. Si la vessie devient le siège d'hémorragies, l'urine contient des hématies et même de gros caillots sanguins. — Le mucus se montre dans les cas légers sous forme d'un trouble nuageux (nubécule). Les masses filantes de mucus épaissi, qui abondent dans l'urine des cystites graves, ne sont pas, à proprement parler, de la mucine dérivant de la muqueuse, mais elles se forment aux dépens

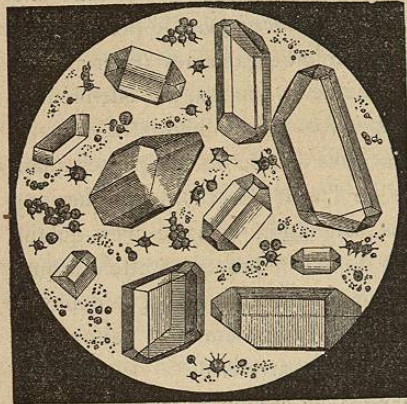


Fig. 54. Cristaux de triphosphate et d'urate d'ammoniaque (d'après FUNKE).

des corpuscules de pus et des cellules épithéliales qui se dissolvent à la faveur de l'alcalinité de l'urine, et réagissent par conséquent comme de l'albumine. Il va sans dire que toute urine provenant d'une cystite doit être albumineuse par son mélange avec le sérum du pus (v. p. 498). La présence de filaments muqueux dans l'urine, des filaments dits blennorrhagiques, est caractéristique de la cystite gonorrhéique.

Il est hors de doute que l'urine alcaline qui se décompose, agit à l'instar d'un agent inflammatoire chimique sur la muqueuse vésicale. Cela étant, la cystite résulte peut-être de ce que les bactéries en arrivant dans la vessie n'y provoquent d'abord qu'une fermentation alcaline, laquelle n'agirait que subsidiairement sur la muqueuse par l'irritation des sels ammoniacaux qu'elle développe. Toutefois il est difficile de décider à cette heure, ce qui d'ailleurs n'a pas grand intérêt pratique, si les bactéries par elles-mêmes n'ont pas d'action phlogogène directe.

Les autres symptômes morbides qui accompagnent la cystite ne relèvent qu'en partie de celle-ci, pour le reste ils sont sous la dépendance de la maladie fondamentale concomitante. Le plus important parmi eux, c'est la fièvre qui doit souvent être directement imputée à la cystite. Dans les cas graves, elle peut être d'une grande intensité et prendre un caractère pyé-

mique intermittent, notamment quand des suppurations périvésicales se sont formées ou que la cystite s'est propagée au delà, aux bassinets et aux reins (v. p. 587). La cystite aiguë peut aussi s'inaugurer par un frisson et une fièvre violente. Par contre, si l'urine purulente continue de s'écouler librement, la fièvre peut faire complètement défaut, malgré la persistance de la cystite.

Parfois au cours d'une cystite grave avec forte fermentation alcaline, se manifestent des symptômes nerveux, tels que céphalalgie, vertige, assoupissement, état nauséux, etc. On a supposé qu'il se fait alors une auto-intoxication de l'organisme, et que de l'ammoniaque et peut-être d'autres produits de putréfaction (par exemple l'hydrogène sulfuré ?) ont passé de la vessie dans le sang (ammoniémie) et ont amené de cette façon les phénomènes susdits d'empoisonnement.

A considérer la marche de la maladie dans son ensemble, on distingue la cystite en aiguë et chronique. La première qui se déclare par ex. à la suite d'un cathétérisme, pendant la gonorrhée, etc., se termine parfois avantageusement au bout de quelques jours. La proportion de mucus et de pus dans l'urine reste modérée. La cystite chronique se rencontre surtout à titre d'élément constituant dans d'autres maladies des voies urinaires (rétrécissements), dans les affections chroniques de la moelle avec paralysie vésicale, etc. Très souvent elle est incurable, la maladie fondamentale n'étant pas susceptible d'amélioration, et par suite la cause morbide ne pouvant être écartée. Plus la cystite se prolonge, plus l'éventualité de complications graves et dangereuses est prochaine, notamment de la pyélonéphrite, des suppurations périvésicales, etc. C'est de cette manière que la cystite peut devenir une cause immédiate de mort, comme chez les malades atteints d'affections nerveuses chroniques.

Traitement. Les dangers signalés en dernier lieu nous font un devoir impérieux de veiller à la prophylaxie de la cystite. Heureusement qu'il y a beaucoup à faire sous ce rapport, d'abord en évitant de recourir inopportunistement à la bougie et au cathéter, puis en tenant le plus proprement possible tous les instruments usités en la matière et en traitant en temps utile tous les états morbides qui peuvent conduire à la cystite.

Le traitement de la cystite est diététique et médicamenteux dans les cas légers et aigus, tandis qu'il n'y a qu'un traitement local soigneux qui puisse venir en aide aux cas chroniques.

Dans toute cystite de quelque intensité, principalement dans toute cystite aiguë, le repos le plus complet du corps et autant que possible le séjour au lit s'imposent rigoureusement ; sinon, il en résulterait inévitablement une

aggravation de désordres et un retard dans l'évolution morbide. Le régime doit être doux et exempt d'excitants. Il faut défendre les mets épicés et les alcooliques, recommander par contre un large emploi de liquides qui ont pour effet de délayer l'urine et de laver la vessie. On fait boire au malade de l'eau ordinaire en abondance, du thé ou une eau minérale appropriée (Wildunger, Selters, Fachinger, etc.). La diète lactée prédominante est ici également à conseiller, les malaises de la cystite cédant parfois à son emploi avec une surprenante rapidité.

Parmi les moyens internes, ceux-là méritent la préférence qui s'éliminent avec l'urine et sont par conséquent en état d'influencer la muqueuse malade ou même directement les agents inflammatoires. Un des remèdes les plus efficaces et qui ne peut nuire quand on s'en sert avec toute la prudence requise, c'est le chlorate de potasse, dont nous avons fréquemment éprouvé la bienfaisante action sur le catarrhe vésical. On le prescrit en solution aqueuse, 3,0 à 5,0 par jour, mais pas à jeun. L'acide salicylique (2,0 à 4,0 par jour en cachets de 0,5) s'emploie souvent avec succès. Ces deux remèdes ont détrôné le tannin qu'on préconisait beaucoup jadis. On ordonne fréquemment encore aujourd'hui la décoction de feuilles d'uva ursi (10,0 à 15,0 sur 150,0) dont le principe actif, l'arbutine, qu'on administre à la dose de 3,0 à 4,0 par jour dans une solution aqueuse, nous semble encore devoir être mis à l'épreuve (LEWIN, etc.). Dans les phases avancées du catarrhe vésical, quand les signes irritatifs du début ont cessé, il faut recourir aux médicaments résineux, parmi lesquels l'huile de térébenthine notamment et le baume de copahu (de préférence en capsules gélatineuses) ont parfois un résultat réellement efficace.

S'il existe de violentes douleurs locales, on prescrira des applications et des cataplasmes chauds sur la région de la vessie. Chez les personnes robustes, atteintes de cystite aiguë, une émission sanguine locale (3 à 6 sangsues) au périnée a parfois un effet symptomatique d'une remarquable utilité. Pour le reste, les narcotiques, surtout les injections sous-cutanées de morphine, sont, en cas de douleurs vives et de ténésme, le moyen par excellence. Le camphre, l'extrait de belladone, etc. sont d'une action beaucoup plus incertaine. Par contre, l'usage répété de bains chauds prolongés est très recommandable.

Tous les remèdes sus-mentionnés trouvent aussi leur emploi dans la cystite chronique. Employés seuls ils ne sont d'ordinaire pas suffisants, et en tout cas ils sont beaucoup moins efficaces que le traitement méthodique local. Celui-ci consiste en lavages de la vessie régulièrement pratiqués tous les jours avec un cathéter élastique, auquel s'adapte, moyennant un tuyau en caoutchouc, un tube en T dont l'une des branches est mise en rapport avec

un irrigateur et l'autre avec le tuyau d'écoulement. On fait de cette manière affluer dans la vessie une quantité modérée de liquide (200 à 300 Cc) qu'on laisse couler ensuite, et on renouvelle cette injection jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule soit entièrement clair. On se sert à cet effet soit d'eau chaude pure, soit mieux d'une solution étendue et chauffée d'acétate de plomb (1 sur 1000), d'hypermanganate de potasse (1 : 1000), ou de l'eau salicylo-boriquée, etc. Par ce traitement beaucoup de catarrhes chroniques de la vessie peuvent guérir, d'autres tout au moins être maintenus dans les bornes.

Il importe grandement, dans les catarrhes vésicaux chroniques, de tenir compte de l'indication causale, par ex. du traitement des rétrécissements, de l'extraction des calculs de la vessie, de l'amélioration de la paralysie vésicale.

Il est rare qu'un traitement chirurgical soit applicable aux suppurations périvésicales. On doit le plus souvent s'en tenir dans ces cas à une médication purement symptomatique.

CHAPITRE SIXIÈME.

NÉOPLASMES DE LA VESSIE.

Les néoplasies primitives se rencontrent assez rarement dans le réservoir urinaire. La plus fréquente de toutes c'est le cancer dit vilieux, qui est à proprement parler un fibrome papillaire pouvant atteindre la dimension d'une grosse noix et siégeant d'ordinaire dans le bas-fond de la vessie, près de l'entrée du canal de l'urètre. Comme cette tumeur est le plus souvent gorgée de sang, il se produit fréquemment des hémorragies dans la cavité vésicale, ce qui fait que l'hématurie à répétition est un des signes habituels du papillome. En même temps le sang en caillots prend à son passage à travers l'urètre la forme allongée d'un ver. En outre la miction est parfois accompagnée de malaises sérieux, quand des parties de la tumeur viennent se placer au devant de l'orifice du canal urétral. Le diagnostic formel d'une tumeur vilieuse n'est possible que pour autant que des fragments s'en détachent et sont retrouvés dans l'urine émise. L'exploration de la vessie à l'aide du cathéter peut aussi renseigner sur la présence et le siège de la tuméfaction.

Le carcinome primitif de la vessie est rare. D'ordinaire il se propage d'une manière diffuse dans la paroi vésicale à laquelle il fait prendre une épaisseur telle, qu'on peut sentir la vessie à la main à travers la paroi abdomi-

nale. Au surplus, les symptômes sont identiques à ceux de la cystite chronique grave. L'urine est fortement chargée de pus, parfois aussi teintée de sang. La cachexie cancéreuse généralisée s'est développée assez tard dans les cas que nous avons observés et dont l'un se rapportait à un individu jeune encore. Le diagnostic n'est pas toujours facile. Abstraction faite de la marche morbide générale et de la formation éventuelle d'une tumeur vésicale accessible au palper, le diagnostic doit se baser surtout sur la démonstration de particules cancéreuses contenues dans l'urine.

La *transmission consécutive à la vessie de néoplasmes carcinomateux* partant de l'utérus, du rectum et du vagin, se rencontre assez fréquemment.

Le *traitement* ne saurait s'adresser qu'aux symptômes, attendu que l'intervention chirurgicale est rarement possible.

CHAPITRE SEPTIÈME.

INCONTINENCE NOCTURNE DE L'URINE.

(Incontinence infantile.)

L'incontinence nocturne de l'urine est une affection nerveuse de la vessie, assez fréquente chez les enfants des deux sexes et très importante par conséquent sous le rapport pratique. Il va sans dire que chez les très jeunes enfants il n'y a pas moyen de tracer une ligne de démarcation nette entre l'état normal et l'état pathologique. C'est un fait incontestablement morbide cependant, que celui d'enfants plus âgés, ayant de 4 à 10 ans et au delà, qui urinent au lit de temps à autre pendant le sommeil, malgré un développement intellectuel déjà avancé et nonobstant leur bonne volonté apparente. Cette anomalie peut même durer jusqu'à l'âge de la puberté et plus longtemps encore, et constituer de la sorte une infirmité qui exerce une influence excessivement dépressive sur le moral. La *plupart du temps* il n'y a pas moyen d'assigner à ce désordre de cause spéciale. On en est réduit à admettre ou une faiblesse anormale (parfois congénitale peut-être) du sphincter ou une irritabilité extraordinaire de la tunique musculuse de la vessie. En tout cas, dans l'incontinence nocturne, le processus de la miction a lieu d'une manière purement réflexe, mais il est fréquemment associé à certaines *hallucinations hypnagogiques* qui se rapportent à l'évacuation de l'urine. Il est inexact que, pour tous ces cas, le sommeil est particulièrement profond. Beaucoup de malades à la vérité ne s'aperçoivent de l'accident que le lendemain matin, mais d'autres se réveillent presque toujours immé-

diatement après. D'ordinaire l'émission inconsciente se produit les premières heures de la nuit, parfois cependant plus tard ou même vers le matin. Pendant le *jour*, la miction est le plus souvent normale, quelquefois pourtant il existe alors même une paresse notable de la vessie, d'où résulte que les enfants sont obligés d'uriner plus fréquemment que d'habitude et que parfois ils mouillent leur linge.

Quoique, ainsi que nous l'avons dit, on ne trouve communément aucune cause spéciale à cette infirmité, il y a parfois certaines lésions morbides dans les organes urinaires qui expliquent l'origine de l'incontinence. Un cas étant donné, on songera donc toujours à l'éventualité d'un calcul vésical, d'un phimosis congénital, d'adhérences du prépuce avec le gland, à la présence possible d'ascarides, d'états inflammatoires, etc. et on portera les recherches dans cette direction. On tiendra compte également de la polyurie que peuvent occasionner le diabète ou les maladies rénales, et enfin il est évident qu'avant d'émettre le diagnostic d'une incontinence nocturne purement nerveuse, il faudra avoir éliminé l'existence d'un état pathologique véritable de la moelle spinale.

Dans tous les cas que nous venons de mentionner, le *traitement* devra naturellement s'adresser tout d'abord à la maladie fondamentale. Mais dans l'incontinence nocturne commune, le traitement doit viser en premier lieu à prévenir autant que possible la miction nocturne inconsciente. A cet effet les enfants ne prendront au repas du soir que peu de liquide, on les fera uriner immédiatement avant de les mettre au lit, et même un peu plus tard on les fera lever encore une fois. On ne les couvrira pas trop chaudement et on évitera qu'ils couchent sur le dos. De là vient le vieux moyen populaire de leur lier une brosse dans le dos. Un traitement moral un peu rude en certains cas n'est pas sans efficacité, l'attention des enfants étant ainsi plus fortement attirée sur cet accident malgré qu'ils en aient, d'où vient qu'ils apprennent à se réveiller assez à temps encore. L'usage de la verge ne doit généralement être admis qu'à titre d'exception. Au contraire on doit souvent protéger les enfants contre l'inintelligence de leurs parents.

Les moyens internes, surtout la *belladone* autrefois si vantée et la teinture de noix vomique, donnent rarement des résultats. Il n'y a que chez les anémiques que les préparations ferrugineuses soient indiquées. Par contre, le *traitement électrique* est très souvent d'une grande efficacité, mais pas toujours. On posera une large anode sur la moelle lombaire et une cathode de moindre dimension sur la région de la vessie ou au périnée et on fera passer pendant 2 à 3 minutes un courant constant assez fort. On pourra également pratiquer alternativement quelques ouvertures et fermetures de