

est pris d'envie d'uriner. A l'église, à l'école on a souvent l'occasion d'exercer sa volonté sous ce rapport, et plus tard dans les salons l'adulte doit souvent se livrer à une lutte acharnée entre son cerveau et sa moelle. Mais la volonté agit aussi dans un sens inverse et on peut vider sa vessie quand on le veut.

Dans certaines circonstances, des forces accessoires interviennent encore dans l'évacuation de la vessie. L'enfant qui urine en position horizontale, envoie un jet puissant d'urine ; plus tard, on urine debout, et dans cette position l'orifice de la vessie forme le point le plus déclive de l'organe, de sorte que la pression du plancher du bassin intervient dans la miction. Dans le cas d'affaiblissement notable des muscles de la vessie, la pression abdominale joue un rôle important dans l'évacuation de la vessie ; quand la vessie est paralysée, c'est le chirurgien lui-même qui intervient quand, après avoir introduit la sonde dans la vessie, il comprime la paroi abdominale avec la main posée à plat.

Il est facile de comprendre maintenant la nature des troubles qui surviennent quand l'un des deux appareils antagonistes ne fonctionne plus normalement. Quand le sphincter se trouve à l'état de contraction convulsive durable, on observe de l'ischurie (rétention d'urine) ; mais le même phénomène peut encore survenir quand, avec l'intégrité du sphincter, l'appareil antagoniste chargé d'expulser l'urine est frappé de paralysie. Par contre on observera un écoulement d'urine (énurésie, incontinence d'urine) soit dans les cas de paralysie du sphincter, soit quand l'appareil antagoniste sera à l'état de contraction morbide. Quand les deux appareils antagonistes ne fonctionnent plus, l'énurésie se complique d'ischurie (ischurie paradoxale)¹.

Nous verrons plus loin jusqu'à quel point les causes de ces troubles peuvent être variables. Ici nous ne voulons étudier que les névroses motrices et les formes d'ischurie et d'incontinence dues à des processus de développement.

§ 2. — Incontinence d'urine.

Incontinence nocturne. — L'incontinence nocturne d'urine chez les enfants peut être due à des causes multiples. Dittel fait remarquer que la prostate et le sphincter interne ne se développent pas de la même façon que la vessie. Chez le nouveau-né, le sphincter est faible et en disproportion avec les muscles puissants de la vessie, et ce fait, avec la nourriture exclusivement liquide des nourrissons, explique suffisamment la fréquence des mictions qu'on observe à cet âge. Si plus tard le sphincter ne se développe pas d'une façon convenable, on comprend qu'il se laisse facilement vaincre pendant le sommeil profond ; et même

(1) C'est ce que nous appelons en général *incontinence par regorgement*.

(A. B.)

à l'état de veille il ne résiste que peu de temps, de sorte que les enfants urinent avant d'être mis sur le vase. Chez d'autres enfants il faut certainement compter avec la mauvaise éducation, une grande distraction, l'absence d'énergie¹.

TRAITEMENT. — Le traitement doit envisager deux points : d'abord fortifier le sphincter (bains aromatiques, douches froides sur le périnée, préparations ferrugineuses et quinquina à l'intérieur), ensuite éveiller l'attention et la volonté de l'enfant en l'habituant à garder longtemps l'urine afin que peu à peu il arrive à être maître de sa vessie. Kœnig et O. Berger ont obtenu de bons résultats avec l'électricité. Ces temps derniers, on a essayé de fortifier le sphincter par l'introduction de sondes à réfrigération (sonde à double courant dans laquelle on fait couler de l'eau glacée), qu'on laisse en place pendant une minute.

Enfin tout dernièrement on s'est beaucoup occupé du procédé de Tienhoven, de la Haye, qui consiste simplement à coucher l'enfant le bassin très élevé. Ce procédé est basé sur les considérations suivantes. L'incontinence survient les premières heures après que l'enfant s'est endormi. Le sphincter est faible et aussitôt qu'il s'accumule dans la vessie assez d'urine pour arriver jusqu'à l'orifice interne de l'urèthre, elle s'écoule dans la portion prostatique où elle provoque un réflexe qui donne lieu à la contraction des muscles proprement dits de la vessie. Mais si le bassin de l'enfant est élevé, il faut trois heures avant que le niveau de l'urine parvienne jusqu'à l'orifice interne de

(1) L'incontinence nocturne infantile présente plusieurs variétés, importantes à connaître au point de vue thérapeutique : 1° Il est des enfants qui ne pissent involontairement qu'au lit et qui dans le jour ont des mictions absolument normales ; cette variété d'incontinence la plus fréquente, semble être d'origine psychopathique (Janet), et dès lors le traitement doit être, pour beaucoup, mental ; 2° Dans d'autres cas, à l'incontinence nocturne, s'associent des mictions diurnes, fréquentes et impérieuses, dues à une irritabilité vésicale (réflexe, médullaire ou psychopathique), que l'on traitera souvent avec succès par la belladone ; 3° L'incontinence par une parésie du sphincter se traduit, comme le dit Albert, par une rapidité insolite de la miction pendant le jour ; c'est dans ces conditions que l'on a des succès par l'électrisation ; une variété analogue, d'ordre hystérique, est celle où l'incontinence est due à l'anesthésie de la muqueuse uréthrale ; 4° L'incontinence nocturne peut être l'indice d'une épilepsie légère (Trousseau) ; enfin on peut observer l'incontinence soit totale, soit par regorgement à la suite de la paralysie générale de la vessie, corps et col, à la suite, par exemple, d'une maladie grave. Cette dernière variété ne se rapporte pas à l'incontinence nocturne des enfants, mais les 4 premières en font partie. On voit qu'elles correspondent chacune à une des théories pathogéniques émises, théories qui avaient seulement le tort d'être exclusives et l'inconvénient de ne pas amener à un traitement variant suivant les cas.

(A. B.)