

On peut voir l'incontinence d'urine précéder la chorée, l'hystérie, ou succéder à des manifestations nerveuses de cette nature. L. Guinon a relevé la présence du strabisme chez les énurésiques ; j'ai pour ma part constaté souvent l'anesthésie du pharynx et parfois aussi de la muqueuse buccale. Chez une fillette de dix ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine, j'ai pu extraire une molaire sans provoquer le moindre signe de douleur. Surpris de l'impassibilité de l'enfant, j'explorai la sensibilité de la bouche et je m'aperçus que la muqueuse des gencives, du palais, du pharynx, était complètement anesthésiée. Le fond nerveux des énurésiques est donc incontestable, et quand on poursuit l'enquête sur les antécédents héréditaires et collatéraux, on constate la présence des névroses les plus diverses (hystérie, épilepsie, chorée, névralgies, migraine) révélatrices de la tare nerveuse.

Mais les causes d'irritation locale ne sont pas à négliger et j'ai vu le phimosis, les adhérences balano-préputiales chez les garçons, les oxyures vermiculaires chez les filles, provoquer l'incontinence nocturne et même diurne.

Un petit garçon de quatre ans, présentant un phimosis très étroit, perdait incessamment ses urines qui, irritant par leur contact le fourreau de la verge et les bourses, avaient causé une dermite eczématiforme très rebelle. Je pratique la circoncision, l'enfant peut alors retenir ses urines et la dermite guérit. Les cas de cette nature ne sont pas très rares, et, avant toute enquête, on doit toujours s'assurer de l'intégrité des organes génito-urinaires externes.

L'incontinence d'urine, habituellement nocturne, peut être également diurne ; elle peut se compliquer d'incontinence des matières fécales.

Cette névrose est compatible avec toutes les apparences de la santé ; les enfants peuvent être forts, vigoureux, bien développés. Quelquefois ils sont pâles, maigres, peu développés, et l'on trouve chez eux les symptômes de la dyspepsie (appétit diminué, soif vive, constipation, etc.).

Quelques enfants n'urinent au lit que de loin en loin ;

d'autres souillent leurs draps presque à chaque nuit et même plusieurs fois par nuit. Dans ce dernier cas, la maladie est sérieuse et l'on doit essayer tous les moyens pour y mettre un terme.

La durée de l'incontinence d'urine est habituellement très longue ; cette durée se chiffre par années ; mais il peut y avoir des rémissions, des intermissions qui donnent l'espoir souvent trompé d'une guérison définitive.

Chez les filles, on a vu la grossesse mettre un terme à l'incontinence d'urine. Trousseau admettait que l'émission involontaire des urines était due à la tonicité exagérée, à l'hyperexcitabilité des fibres de la vessie ; dans cette hypothèse, le sphincter ne pouvait résister à la pression exercée par la tunique musculaire de l'organe. Mais aujourd'hui on croit généralement que l'atonie du sphincter est en cause.

Le *spasme de la vessie*, par contre, s'observerait quelquefois chez les nouveau-nés, comme l'a montré J. Bokay, de Budapest. Lorsque, sous l'influence d'une diarrhée profuse, c'est-à-dire de déperditions excessives de sérosité, ou d'une insuffisance d'apport (inanition), les urines se concentrent, alors les mictions deviennent difficiles et douloureuses, quelques gouttes s'écoulent involontairement, et l'on peut trouver dans les langes des infarctus uriques. Cette maladie n'a rien de commun avec la névrose urinaire étudiée plus haut.

II

Traitement.

Le traitement de l'incontinence nocturne d'urine est des plus difficiles et des plus ingrats ; il est d'autre part très incertain, la liste interminable des médicaments mis en œuvre le prouve.

Avant tout on s'assurera que l'incontinence ne reconnaît pas pour cause une irritation locale ; on examinera avec soin les organes génitaux, tant chez les filles que chez les garçons.

On verra s'il n'y a pas d'anomalies, de vices de développement, d'adhérences entre le prépuce et le gland, entre les petites lèvres et le clitoris, s'il n'y a pas de vulvite, d'urétrite, d'oxyures vermiculaires, etc. Cet examen devra être fait avec le plus grand soin et l'on devra toujours, avant d'aller plus loin, remédier aux lésions locales qui pourraient se présenter.

On obtiendra parfois des succès rapides et décisifs. J'en ai cité un exemple personnel, en voici un autre : Russell Strachan¹ est appelé à examiner deux enfants, le frère et la sœur, âgés respectivement de six et quatre ans, qui avaient de l'incontinence nocturne. Le garçon, sans avoir le prépuce trop long, présentait des adhérences très serrées entre le prépuce et le gland ; sans faire la circoncision, on libère avec soin les adhérences, on dilate le prépuce, et l'enfant guérit. Sa sœur avait des adhérences semblables du clitoris avec son capuchon membraneux. L'opération là encore fut des plus heureuses. Dans un troisième cas, il s'agissait d'un garçon de quinze ans, qu'on avait renvoyé de la pension où il était, à cause d'une incontinence d'urine rebelle à tous les traitements. L'examen de cet enfant montra qu'il avait le prépuce très long et très adhérent au gland. On fit la circoncision, rendue très laborieuse par les adhérences qu'il fallut disséquer. Mais le résultat fut parfait et l'enfant cessa complètement d'uriner au lit.

Quand l'incontinence d'urine se présente, et c'est le cas ordinaire, sans aucune anomalie, ni lésion, ni irritation des organes génito-urinaires, il faut songer au traitement médical qu'il me reste à exposer. Quels que soient les agents médicamenteux employés, l'hygiène thérapeutique est toujours de mise et je vais l'indiquer en quelques lignes.

A. — HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.

Tous les auteurs accordent une réelle importance à l'hygiène alimentaire de l'enfant, à la quantité et à la qualité des bois-

1. RUSSELL STRACHAN. — *Medical Record*, 7 mars 1896.

sons qu'il ingère, à la façon dont il doit être couché, à son sommeil, etc. Tout le monde est d'accord pour le rationnement des liquides ; le malade devra boire peu, surtout le soir ; il devra s'abstenir de boissons gazeuses, excitantes et alcooliques. Mendelsohn¹ veut même que le repas du soir soit exclusivement composé d'aliments solides, sans addition d'aucune boisson. Il insiste pour que les enfants ne soient pas considérés comme des coupables, mais traités avec la plus grande douceur. On les fera uriner à des intervalles réguliers pour discipliner leur sphincter vésical. On aura soin que la dernière miction volontaire soit proche du moment où l'enfant va s'endormir. Quelques médecins vont jusqu'à prescrire de réveiller l'enfant plusieurs fois par nuit pour le faire uriner. On pourra bien éviter ainsi la souillure de la literie, mais on ne guérira pas la maladie et on fatiguera le malade par le trouble apporté à son sommeil. Trouseau conseille, pour accroître la tolérance de la vessie et diminuer la tonicité de ses fibres musculaires, de garder le plus longtemps possible les urines pendant le jour, et de résister autant qu'on le pourra au besoin d'uriner.

Une autre pratique hygiénique sur laquelle on a insisté, consiste à faire coucher l'enfant, la tête plus basse que le bassin ; de cette façon, le col de la vessie étant situé plus haut que le réservoir urinaire, la sollicitation de ce col par le contact de l'urine se fera le plus tard possible, la pression de l'urine sur ce col atonique et ne demandant qu'à céder sera évitée, et l'on pourra dans quelques cas empêcher les mictions nocturnes. Il est facile, pour obtenir ce résultat, d'exhausser le pied du lit, en abaissant la tête. Cet exhaussement, même s'il est très considérable, sera bien supporté par les enfants, dont le sommeil est si facile et si profond. Mais les adultes pourraient ne pas s'accommoder de cette position anormale.

En même temps on ne manquera pas de traiter l'état général de l'enfant, de le faire sortir au grand air, de lui donner

1. MENDELSON. — *Berlin. klin. Woch.*, 1895.

le goût des exercices du corps, de la gymnastique, des jeux de plein air, etc. S'il est nerveux, faible, anémique, on le tonifiera par l'*hydrothérapie*, par les douches froides, etc., on ne manquera pas d'essayer la *cure saline*, soit aux bains de mer, soit dans les stations chlorurées sodiques de l'intérieur.

Si le malade était arthritique, sanguin, avec tendance à la gravelle, on le soumettrait aux eaux bicarbonatées sodiques ou sulfatées calciques; *Contrexéville, Vittel, Vichy* devraient être essayés.

L'*hygiène morale* ne sera pas négligée; l'enfant vivra dans un milieu calme et indulgent; son entourage ne devra pas le traiter en pestiféré, en enfant paresseux, malpropre, mal élevé. On aura, à son égard, l'attitude que mérite un malade plus à plaindre qu'à blâmer.

C'est dire que les réprimandes, les châtiments sont hors de saison, et ne sont applicables qu'à des cas tout à fait exceptionnels.

B. — TRAITEMENT PROPREMENT DIT.

L'opinion qu'on s'est faite de la physiologie pathologique de l'incontinence d'urine a eu sur la thérapeutique une influence capitale. Trousseau et à sa suite un grand nombre de médecins, considérant la maladie comme le résultat de la contraction exagérée du muscle vésical, ont prescrit à outrance les médicaments antispasmodiques et paralysants. Au premier rang de ces médicaments se présente la *belladone* qui, dans quelques cas, peut encore donner des succès.

La belladone, et son alcaloïde l'*atropine*, ont été très employés par Trousseau qui avouait avoir emprunté cette médication à Bretonneau. Il débutait par une pilule de 0^{gr},01 d'extrait de belladone chaque soir, puis, au bout de quelques jours, il augmentait la dose jusqu'à 0^{gr},05, 0^{gr},06, 0^{gr},07, 0^{gr},08, 0^{gr},09, 0^{gr},10 pris en une fois, toujours le soir. Il dépassait même cette dose et allait jusqu'à 0^{gr},15. « C'est pour moi une conviction profonde, dit-il, que la belladone est l'arme théra-

peutique la plus puissante que nous ayons à opposer à l'incontinence nocturne de l'urine chez les individus des deux sexes. » Voici les règles textuelles de l'administration du médicament : « Je fais prendre chaque soir, au moment de se coucher, 1 centigramme d'extrait de belladone, ou bien un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine, qui est administré soit sous forme de pilules, soit sous toute autre forme. Si les accidents deviennent plus rares sous l'influence de cette première dose de médicament, je la maintiens pendant un certain temps; mais si au bout de ce certain temps, huit ou dix jours par exemple, l'amélioration ne fait pas de progrès, j'augmente la dose de belladone, et j'en fais prendre, toujours le soir, et au même moment, 2 centigrammes. Suivant la même règle et guidé par les mêmes indications, j'accrois successivement ainsi les quantités du remède, que je porte à 0^{gr},3, 0^{gr},4, 0^{gr},5, 0^{gr},6, 0^{gr},10, 0^{gr},15, 0^{gr},20 et même au delà, selon que l'action thérapeutique est plus ou moins prononcée, selon aussi la tolérance individuelle.

« Lorsque l'amélioration a duré un assez long temps pour qu'il soit permis de croire à une guérison radicale; lorsque pendant trois, quatre, cinq mois, il n'y a eu aucun accident, au lieu d'interrompre brusquement la médication, je la maintiens encore, mais en diminuant progressivement la dose du médicament, pendant deux, quatre, cinq, six, huit, dix mois, plus d'un an même, selon les cas, selon les circonstances, lorsque j'ai eu à combattre une incontinence nocturne plus ancienne, et, par conséquent, plus invétérée. »

Le *bromure de potassium*, le *chloral* et les hypnotiques en général, ont été maintes fois prescrits dans l'incontinence d'urine, mais avec beaucoup moins de succès que la belladone.

L'*antipyrine*, qui peut être considérée comme un sédatif du système nerveux, et qui d'autre part diminue les sécrétions organiques, méritait d'être essayée contre l'incontinence d'urine, et elle a été recommandée par quelques médecins. Pour obtenir un bon effet de cette médication, comme de toutes les autres, il faut la prescrire le soir, peu de temps

avant le sommeil. En faisant prendre ainsi 2, 3, 4, 5 grammes d'antipyrine dans l'espace de deux ou trois heures, on obtiendra un résultat appréciable.

Chez une fillette de cinq ans et demi, traitée en vain par la strychnine, 2 grammes d'antipyrine en trois doses prises à 6 heures, 7 heures et 8 heures du soir, ont amené en six jours la disparition de l'incontinence d'urine. Même succès chez une fille de dix ans et chez une troisième de treize ans, avec 3 grammes d'antipyrine chaque soir.

Donc l'antipyrine, à doses fortes et non fractionnées, mérite une place honorable parmi les médications de l'incontinence nocturne d'urine.

Tout en pensant que l'incontinence d'urine était généralement due à la tonicité exagérée du plan musculaire de la vessie, Trousseau ne se refusait pas à admettre l'atonie du sphincter dans quelques cas, et il conseillait les préparations de *strychnine*.

Ce remède a été depuis lors très employé et quelquefois à dose considérable. Vogel a prescrit le *nitrate de strychnine*, en allant jusqu'à la dose de 7 milligrammes et demi par jour. J'ai, pour ma part, prescrit plusieurs fois le sulfate de strychnine à la dose de 3, 4, 5, et même 10 milligrammes par jour. Chez une jeune fille de treize ans, urinant presque toutes les nuits dans son lit, j'ai donné d'abord 20 grammes de sirop de sulfate de strychnine (5 milligrammes) et j'ai atteint graduellement 60 grammes (15 milligrammes de sulfate de strychnine). En quatorze jours, l'enfant avait absorbé 157 milligrammes de sulfate de strychnine, sans que l'incontinence d'urine eût cessé, disparaissant une nuit pour reparaitre la suivante. C'était un échec. Avec l'*ergotine* et l'*ergot de seigle*, les succès ne sont ni plus constants, ni plus décisifs. J'en dirai autant de la *quinine*, de la *digitale*, de la *caféine*. Cependant Ch. Potts, dans deux cas d'incontinence d'urine chez des filles de dix et quinze ans, a obtenu un prompt succès par l'emploi du sulfate de quinine à doses croissantes, jusqu'à 4^{es}. 50 par jour.

Les médecins américains ont beaucoup vanté le *rhus aromaticus*; l'extrait fluide de cette plante à la dose de V, X, XV, XX, XXV, XXX gouttes, suivant les cas et suivant les âges, aurait donné de remarquables succès; certains médecins vont jusqu'à le considérer comme un remède spécifique.

Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) a utilisé le *rhus radicans*, plante très voisine du *rhus aromaticus*. On fait macérer pendant quinze jours une partie de *rhus radicans* dans cinq parties d'alcool à 21° Cartier. Puis on passe avec expression et on filtre. On donne V à XX gouttes de cette teinture dans un peu d'eau sucrée matin et soir, on peut aller jusqu'à LX gouttes au-dessus de six ans. Le *rhus toxicodendron*, conseillé par d'autres médecins, est un médicament du même ordre.

L'échec successif de la plupart de ces médications a conduit aux tentatives parfois heureuses de traitement local par la compression, le massage, l'électrisation.

Le *compresseur de la prostate*, imaginé par Trousseau contre la spermatorrhée; a été essayé une fois au moins avec résultat favorable par cet auteur dans l'incontinence d'urine. On conçoit très bien que l'introduction d'un embout olivaire de gros calibre dans le rectum puisse empêcher mécaniquement la sortie involontaire des urines.

Le *massage* est une pratique du même ordre, qui a pour but de réveiller la contractilité du sphincter vésical. Bestchinsky (Ejenedelnik 1896), est appelé à soigner un garçon de dix ans, atteint depuis longtemps d'une incontinence nocturne d'urine¹. Tous les traitements avaient échoué. Après avoir vidé sa vessie et son rectum, l'enfant est mis sur le dos, les jambes fléchies; l'index est introduit dans le rectum et appliqué obliquement sur le col de la vessie; le médecin exerce avec ce doigt quelques frictions sur le col dans la direction du pubis. Après trois à cinq mouvements, on change de main pour éviter la fatigue et pour laisser reposer le malade. Une séance tous les jours pendant trois à cinq minutes. Au bout de la dixième

1. EJENEDELNIK. — Cité par la *Presse méd.*

séance, l'incontinence d'urine ne se manifestait que deux à trois fois par semaine; elle disparut totalement après trente-cinq séances. La guérison se maintiendrait depuis un an.

Je n'insisterai pas sur la pratique qui consiste à obturer tous les soirs le méat urinaire avec du *collodion*. Cet obturateur mécanique serait insuffisant pour mettre un obstacle infranchissable à la miction, et suffisant pour réveiller l'enfant quand l'urine se présenterait au méat. On doit n'accorder que peu de confiance à ce procédé.

L'électrisation du col de la vessie a une tout autre valeur. On emploie généralement les courants faradiques (F. Guyon) pour électriser directement le sphincter urétral dont l'atonie est en jeu : « Je me sers, à cet effet, dit le chirurgien de Necker, d'une petite tige flexible, épaisse de 2 millimètres environ et constituée par un faisceau de fils métalliques très fins, recouvert d'une enveloppe isolante. Les fils métalliques aboutissent, d'une part à une petite armature terminée par un crochet métallique destiné à établir facilement la communication avec la pile, d'autre part à une autre armature portant un pas de vis. Sur cette armature s'adaptent des boules métalliques de différents calibres et en tout semblables, par leur forme légèrement ovoïde, à la tête des explorateurs ordinaires.

« La boule métallique est conduite dans l'urètre. Le défaut de résistance du sphincter empêchant de bien apprécier son siège, la boule devra être portée jusqu'à la vessie, puis on la retire ensuite de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. On n'a plus dès lors qu'à accrocher le fil conducteur d'une petite pile à induction, en même temps que l'autre pôle, bouton ou plaque, est appliqué immédiatement au-dessus du pubis. Le courant doit être d'intensité assez faible, les intermittences non trop rapprochées; la séance ne doit pas durer plus de deux à cinq minutes, pour ne pas fatiguer le muscle urétral au lieu de le fortifier. » Pendant le passage du courant, on sent la boule serrée par le sphincter qui se contracte. Douze à quinze séances suffisent

chez les garçons; chez les filles, le procédé est moins facilement applicable.

Ce procédé a été employé par un grand nombre de médecins; récemment Köster¹, sur 20 cas, a obtenu les résultats suivants: chez 11 malades (6 garçons et 5 filles), avec incontinence nocturne et diurne, il y eut 9 guérisons complètes, une amélioration (garçon), un insuccès (fille); chez 9, avec incontinence nocturne seulement, il y a eu 8 guérisons (4 filles et 4 garçons) et un insuccès (garçon).

L'électrisation du col vésical a donc fait ses preuves; on ne manquera pas d'y avoir recours dans les cas rebelles.

Parmi les autres traitements chirurgicaux capables de rendre service aux malades et de leur procurer une guérison temporaire ou définitive, je dois citer la *distension mécanique de la vessie*, mise en œuvre avec succès par W. F. Martin, de Colorado Springs². Trousseau avait sans doute songé à la faible capacité de la vessie de certains sujets quand il conseillait de faire retenir les urines le plus possible pendant le jour. Le D^r Martin semble avoir été hanté par cette théorie pathogénique, quand il a appliqué son traitement au jeune homme de seize ans dont il rapporte l'histoire. Ce garçon, vu pour la première fois en 1889, ne fut traité activement qu'en avril 1890. Depuis sa naissance il était sujet à l'incontinence nocturne d'urine. Rarement il passait une nuit sans souiller son lit, quoiqu'il se levât plusieurs fois pour vider sa vessie. Un frère de six ans était affligé de la même infirmité. Après avoir examiné le pénis, le rectum, l'urine, qui ne présentaient rien d'anormal, le médecin conseilla la diète sèche, la miction quelques heures après le coucher (cloche d'alarme au besoin), l'ergotine et l'atropine.

Le résultat fut médiocre. En octobre 1890, le malade ayant pu se rapprocher de son médecin, celui-ci mesura la capacité de la vessie et ne la trouva pas supérieure à 4 onces (120 gram-

1. KÖSTER. — *D. ut. med. Woch.*, 1895.

2. W. F. MARTIN. — A case of enuresis in a child past puberty and its treatment. *Archives of Pediatrics*, octobre 1896, p. 765.