

fréquentes à droite qu'à gauche. Elles se développent dans les couches sous-cutanées en dehors du testicule qui reste sain, ou à côté du testicule qui est atrophié, ou dans la glande elle-même qui disparaît alors presque complètement. Dans quelques cas, elle est primitivement étrangère au scrotum, et naît dans une connexion intime avec le testicule avant sa descente, de manière à constituer une sorte d'inclusion abdominale. Toujours congénitales, c'est-à-dire évidentes au moment de la naissance, les tumeurs par inclusion, qui n'ont été reconnues qu'à une époque plus avancée de la vie, étaient restées inaperçues jusqu'au jour où une circonstance accidentelle est venue favoriser leur développement.

Elles sont anatomiquement constituées par des portions du fœtus plus ou moins développées, telles que des fragments de squelette avec ou sans leurs parties molles, mais jamais de fœtus complets; des morceaux d'os déformés rendus méconnaissables, des cartilages, des ligaments réunissant des pièces osseuses, rarement des fibres musculaires qui se détruisent trop rapidement, du tissu adipeux, des dents, des yeux, des poils flottants ou agglutinés, libres ou adhérents, des fragments de peau avec son épiderme, des glandes sudoripares et sébacées, de la matière nerveuse et des nerfs, ce qui est très-rare. — Outre ces parties solides, elles renferment de petites collections de liquide séreux ou sanguinolent enkysté à l'intérieur, où leur masse baigne elle-même dans le liquide plus ou moins abondant d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

L'inclusion testiculaire est souvent difficile à reconnaître et peut simuler des tumeurs d'une tout autre nature. Elle offre même des caractères différents suivant la période à laquelle elle est arrivée. A part la congénitalité, qui n'est qu'une présomption, ses caractères n'ont rien de pathognomonique.

Au début, la tumeur est latente dans le scrotum, la région inguinale ou iliaque; on ne s'aperçoit ordinairement pas de sa présence ou, si on la reconnaît, comme elle est peu volumineuse et sans douleur, on l'abandonne à elle-même. Quelques années plus tard, trois, quatre, dix, vingt-cinq ans, sous l'influence d'une excitation, elle prend du volume, devient vasculaire et douloureuse; il s'y fait un travail intérieur, des inflammations, des abcès, des fistules, etc.

C'est une tumeur généralement dure, d'une consistance ferme, tantôt régulière, ovoïde, lisse, tantôt inégale et bosselée. Sa texture paraît d'autant plus serrée qu'elle est récente. Elle est quelquefois fluctuante sur un point ou dans sa totalité, si une hydrocèle l'entoure, et alors elle peut être transparente; sans cela elle ne l'est jamais. Elle est quelquefois le siège d'inflammations suivies d'abcès et d'ouvertures fistuleuses par lesquelles sortent des poils ou des fragments organisés; ce qui est d'une importance extrême.

La présence de ces tumeurs ne cause jamais de bien vives douleurs, ni de symptômes généraux graves. Toute la maladie est locale, et l'on n'a jamais vu comme complication que l'engorgement des ganglions inguinaux voisins.

Le pronostic des inclusions testiculaires et scrotales n'a rien de sérieux. La maladie est locale, ne détermine jamais d'accidents graves, elle est dans une région accessible au chirurgien, et elle n'entraîne que la perte d'un testicule. L'opération est son plus grand danger, puisqu'elle peut être mortelle, aussi ne faut-il y recourir qu'à la dernière extrémité. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs, entièrement bénignes, restent stationnaires; aussi, tant qu'elles ne sont point enflammées, il n'y a point d'opération à faire: ce n'est que lorsqu'une inflammation suivie d'abcès s'y est établie que l'on peut songer à les enlever, puisqu'elles ne sauraient guérir d'elles-mêmes.

**Traitement.** — Si l'inclusion scrotale est indépendante du testicule et que la

tumeur soit dure, il faut en faire l'extirpation et laisser la glande; si, au contraire, le testicule est le siège de l'inclusion, alors il faut enlever toute la tumeur. Dans le cas de fistule, quelques médecins ont cherché à retirer les débris du fœtus, et ont préféré attendre patiemment la guérison que de recourir au procédé plus expéditif de l'incision. C'est une lenteur qui n'est pas compensée par de réels avantages; quand la tumeur est liquide, on peut faire une incision, vider la poche de ce qu'elle renferme, et panser la plaie comme si elle était le résultat d'un simple abcès.

## CHAPITRE IX

### INCONTINENCE D'URINE

L'incontinence est un écoulement involontaire de l'urine. Dans l'état normal, comme on le sait, elle ne doit être évacuée qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, après un besoin senti et sous l'empire de la volonté.

L'incontinence des urines se présente sous trois formes distinctes:

1° Dans la première forme, l'excrétion urinaire est soustraite à l'empire de la volonté; jour et nuit l'urine s'échappe au fur et à mesure qu'elle est versée dans la vessie par l'uretère: c'est l'*incontinence par paralysie du col de la vessie*. Elle a lieu d'une manière *continue*.

2° Dans la seconde forme, l'écoulement a lieu goutte à goutte, mais il est précédé de l'accumulation de l'urine dans la vessie: c'est l'*incontinence par regorgement*. Elle est continue et a lieu le jour et la nuit.

3° Dans la troisième forme, ce n'est plus d'une manière continue que se fait l'écoulement, mais à des intervalles plus ou moins éloignés et par jet, comme dans l'état physiologique, seulement cette excrétion est involontaire et a lieu la nuit pendant le sommeil.

Ici l'urine s'amasse bien dans son réservoir, et peut y être retenue plus ou moins de temps, selon des circonstances impossibles à apprécier; mais un état de relâchement du sphincter vésical, relâchement qui peut être simple ou compliqué d'une surexcitabilité des parois vésicales, fait que cet anneau musculaire laisse échapper l'urine par les contractions seules de ses parois sans que le besoin d'uriner se fasse sentir, ou sans exciter une impression assez vive pour interrompre le sommeil, et par conséquent sans que le malade ait conscience de son émission: c'est l'*incontinence nocturne*.

Outre la distinction si naturelle: 1° de l'incontinence par paralysie du col, 2° de l'incontinence par regorgement, et 3° de l'incontinence nocturne, il faut reconnaître: 1° des incontinenes complètes, 2° des incontinenes incomplètes.

Dans les deux premières formes l'incontinence est *continue, permanente*; dans la seconde, elle se reproduit à des intervalles variables d'une façon *intermittente*.

**Causes.** — La paralysie du col vésical, ainsi que les calculs de la vessie ou de la prostate, la paralysie de la vessie elle-même, par lésion de la moelle, du cerveau ou des nerfs, produisent l'incontinence. Dans ce dernier cas, l'urine tombe goutte à goutte, dans la vessie, s'y accumule, la distend. Par suite de sa paralysie, la vessie perd sa force contractile; le sphincter vésical s'oppose à la sortie de l'urine, et ce n'est que lorsque la vessie est distendue outre mesure, que les muscles abdominaux, le diaphragme, exercent une compression qui fait céder le col de façon à laisser passer quelques gouttes d'urine. Ainsi donc, dans cette forme, il reste toujours une certaine quantité d'urine dans la vessie.

Pour exposer les causes de l'incontinence d'urine il faut se rappeler qu'elle est

*diurne et continue, nocturne et intermittente.* Cette dernière est celle qu'on observe surtout chez les enfants.

L'*incontinence diurne* résulte d'une paralysie de vessie qui amène sa distension et le reflux par regorgement; d'une inflammation de vessie; de la prostate; d'une maladie de la moelle, du cerveau, etc.

L'*incontinence nocturne* est caractérisée par l'émission des urines pendant le sommeil. Elle est toujours idiopathique et ne dépend pas d'une altération matérielle appréciable des centres nerveux ou des organes génito-urinaires. C'est la plus commune de toutes. Elle dépend d'une paralysie du col de la vessie avec spasme de l'organe, qui, pendant le sommeil, chasse l'urine de son réservoir naturel; c'est un affaiblissement du sphincter vésical qui ne peut lutter contre la contractilité des parois de la vessie. C'est une paralysie essentielle produite par les maladies aiguës, qui produisent, on le sait, une foule d'accidents de même nature sur d'autres parties du corps, des paraplégies, ou des hémiplegies, des amauroses, des paralysies du voile du palais, etc.; phénomènes indiqués par Tissot, et sur lesquels j'ai appelé l'attention (1).

J. L. Petit a très-bien fait connaître les variétés qui peuvent se rencontrer. « Il y a, dit-il, trois espèces de pisseurs au lit : les paresseux, qui refusent de se lever aux premiers avertissements du besoin. Ceux qui dorment si profondément, que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est pas assez forte pour les réveiller; il n'y a alors que le col de la vessie qui sente, et qui, accoutumé à obéir à cette sensation, s'ouvre spontanément et laisse écouler les urines sans que l'âme en ait conscience. La troisième variété comprend ceux qui rêvent pisser contre un mur ou dans un pot; ils sentent qu'ils ont envie d'uriner et pissent effectivement. Ceux-là sont rares, il ne leur arrive pas souvent de pisser au lit la nuit. Quoique cette espèce soit rare, j'en ai vu qui ont pissé ainsi pendant longtemps. »

L'*incontinence nocturne* s'observe surtout chez les enfants, plus souvent chez les garçons que chez les filles, rarement chez les adultes, et plus rarement encore à un âge avancé. J'ai vu des filles de quinze et de vingt ans qui avaient cette dégoûtante maladie et que rien n'avait pu guérir.

Parmi ses causes prédisposantes il faut citer : la faiblesse et la constitution lymphatique des enfants, Mondière cependant a remarqué que tous les malades qui étaient venus réclamer ses soins étaient forts, à chairs fermes et sans aucun attribut de la constitution lymphatique : ce n'est donc pas, dit-il, à une faiblesse de tout l'organisme qu'est due la maladie, mais bien à l'atonie d'un seul organe, comme le prouvent assez les succès du traitement par les toniques, et les résultats que l'on obtient en employant des moyens dont l'action va agir sur cet organe faible ou sur les centres nerveux qui président à ses fonctions.

L'*incontinence* dépend quelquefois des mauvaises habitudes d'onanisme, de la longueur du prépuce qu'il faut couper, de calculs dans la vessie, de la chlorose, et, en dernière cause, de l'atonie du sphincter vésical ou de la surexcitabilité de la vessie.

Cette névrose est héréditaire et succède quelquefois en cette qualité à d'autres névroses des parents, sous forme d'hérédité par métamorphose. On observe alors chez les ascendants ou chez les collatéraux de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, etc.

Elle est quelquefois simulée, non dans le premier âge, mais par les adultes qui

(1) E. Bouchut, *Du nervosisme et des maladies nerveuses*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1876, p. 51, et *Des paralysies et des névroses causées par la convalescence des maladies aiguës* (*Union médicale*, 1860).

veulent se faire exempter du service militaire. M. Champouillon a rapporté plusieurs exemples de cette fraude en indiquant les moyens de la découvrir (1).

La simulation d'*incontinence nocturne* est plus commode, moins fatigante que celle de l'*incontinence complète d'urine*; aussi est-ce à elle qu'on donne la préférence.

On a conseillé, pour obtenir l'aveu d'une imposture, de recourir à des moyens violents, douloureux, tels que l'application de vésicatoires ou de moxas sur les lombes ou au périnée. Ces manœuvres, cruelles à la vérité, ont cependant l'avantage d'être utiles si la maladie est réelle.

D'autres fois on emploie l'intimidation, on place le malade comme si l'on allait lui pratiquer une opération sanglante, etc. Voici le moyen dont se sert Champouillon, et qui lui a toujours réussi; il n'est point douloureux, et il est toujours suivi de succès quand il est bien employé :

On fait saler assez fortement les aliments du fraudeur, de manière à le faire boire beaucoup; puis on verse secrètement dans sa tisane quelques gouttes de laudanum, qui le plongent dans un profond sommeil. Au milieu de la nuit, on pratique le cathétérisme et l'on retire généralement une grande quantité d'urine. Si l'imposteur n'avoue pas sa défaite, Champouillon le fait observer les nuits suivantes, et enjoint de le plonger dans un bain d'eau glacée, si l'*incontinence* se reproduit. Sur 144 individus suspects, soumis à cette méthode de vérification, un seul s'est obstiné à mouiller son lit.

**Symptômes.** — Dans l'*incontinence nocturne*, l'urine s'amasse dans son réservoir, et l'abondance du liquide porte une excitation trop vive sur la vessie qui, à cet âge, est toujours très-irritable et l'oblige à se contracter sans que le besoin d'uriner se fasse sentir ou sans exciter une impression assez vive pour troubler le sommeil.

Outre le symptôme prédominant consistant dans l'écoulement involontaire de l'urine, on voit, surtout chez les enfants, les parties génitales et la région supérieure et interne des cuisses se couvrir d'un érysipèle pustuleux qui est le siège d'une douleur âcre et cuisante, d'excoriations avec gerçures, épaissement et racornissement du scrotum. On peut éviter ces accidents causés par l'urine du côté du scrotum et des cuisses, par des soins de propreté; l'écoulement, étant alors le seul trouble, n'amène aucun dérangement dans la santé de l'enfant, qui conserve son caractère habituel et la gaieté de son âge.

**Marche, durée, terminaison.** — L'*incontinence nocturne d'urine* a une marche ordinairement continue; quelquefois cependant l'émission involontaire cesse pendant quelque temps; des maladies intercurrentes, telle que la variole, la scarlatine, une pneumonie, etc., peuvent faire disparaître momentanément cette infirmité.

Quelquefois on observe des améliorations passagères, sans qu'on puisse bien s'en expliquer la cause; mais en général la maladie, pendant toute sa durée, reste ce qu'elle était au début.

**Pronostic.** — Peu grave par elle-même, l'*incontinence d'urine* n'en est pas moins une infirmité dégoûtante. Généralement on la voit cesser avec l'arrivée de la puberté; mais il n'est pas rare cependant non plus de rencontrer des jeunes filles réglées chez lesquelles cette affection existe encore. Dans quelques cas elle a disparu après le mariage.

(1) Champouillon, *Gazette des hôpitaux*, 1859. — Voyez aussi E. Boisseau, *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*. Paris, 1870, p. 378.

**Traitement.** — Un grand nombre de moyens ont été proposés contre l'incontinence nocturne.

En première ligne, il faut parler des remèdes populaires qui, par la frayeur qu'ils inspirent, ont quelquefois réussi d'une façon toute morale. Ainsi on a employé le gésier d'un coq rôti et mis en poudre, la vessie d'une chèvre ou d'un sanglier, le poisson qu'on trouve dans le ventre du brochet, les souris rôties ou réduites en cendres, qu'on faisait manger aux pauvres enfants atteints d'incontinence.

Il faut mentionner aussi, pour les proscrire sévèrement, les moyens moraux destinés à frapper fortement l'imagination des enfants : ainsi on leur faisait écraser dans leurs mains des souris vivantes, ou on les faisait assister à la mort d'une personne chère, on les mettait brusquement en présence d'un cadavre, on les surprenait par une détonation. Ces moyens ridicules, qui n'ont jamais donné de succès, peuvent avoir des résultats extrêmement fâcheux, en déterminant chez les enfants des maladies beaucoup plus graves que celles dont ils sont affligés, telles que l'épilepsie ou quelque autre névrose.

On a prétendu obtenir la cessation de l'incontinence en faisant honte aux enfants devant les personnes étrangères, en les exposant aux railleries de leurs camarades, en les privant de certains plaisirs, ou même en leur infligeant de sévères corrections. Ces divers moyens ont pu réussir quelquefois, mais alors les enfants qui ont été guéris ainsi doivent être placés dans la première variété de pisseurs au lit de J. L. Petit ; c'est-à-dire que la paresse seule était cause de leur état. Dans tous les autres cas, ces moyens sont inutiles, et il y aurait véritablement de la cruauté à punir un enfant d'une faute qu'il n'est pas en son pouvoir d'éviter.

D'autres moyens externes ou internes, bien présentés par Gagey (1), ont infiniment plus d'importance.

**Médication externe.** — L'eau froide a été employée en bains, en douches et en lotions, soit sur les parties génitales, soit au périnée, soit sur l'hypogastre. Underwood en particulier a beaucoup vanté ce moyen, qui aurait également réussi entre les mains d'autres médecins.

« Baudelocque et Guersant ont obtenu de bons résultats de l'usage des bains froids. Dupuytren ne connaissait rien au-dessus des immersions froides, et il prétend avoir guéri des incontinenes en cinq ou six jours. Je crois, avec Mondière, que c'est une exagération ; cependant j'accorde une grande confiance à l'hydrothérapie. J'ai la conviction que des douches, soit locales, soit générales, seraient d'un excellent effet, que l'incontinence dépende d'un relâchement du sphincter vésical ou de la contractilité trop grande de la couche musculaire de la vessie.

» Les bains de mer, les bains aromatiques, les bains de vin même, ont produit quelquefois un peu d'amélioration. Lallemand (de Montpellier) (2) a donné des bains aromatiques d'après une formule spéciale ; et, à l'en croire, il n'aurait pas vu un cas d'incontinence résister à leur action.

» La cautérisation du méat urinaire a été pratiquée par Chambiers chez une jeune fille dont l'incontinence avait résisté à un grand nombre de médications. L'auteur voulut ainsi exagérer la sensibilité de l'urètre, espérant que le passage de l'urine éveillerait la vessie endormie, et qu'une fois l'habitude de l'organisme vaincue, l'affection deviendrait facile à guérir. Onze jours après, l'incontinence ne reparut pas. » Elle a été également pratiquée avec succès par le docteur Dupertuis,

(1) Gagey, thèse.

(2) Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836-1842.

qui y a eu recours chez de petites filles et chez des jeunes garçons dans l'urètre desquels il injectait une solution de nitrate d'argent. Je l'ai employée quelquefois chez des petites filles, et l'opération a été plusieurs fois suivie d'un bon résultat.

» Goulard, Baudelocque, Mondière, se sont bien trouvés de l'usage répété de la sonde ; ils pouvaient à volonté faire disparaître la maladie ou la laisser revenir, selon qu'ils cessaient le traitement ou qu'ils le reprenaient.

» Samuel Lair enduisait le bec de la sonde avec la teinture de cantharides, et s'en servait pour irriter le col de la vessie chez la femme, la portion prostatique de l'urètre chez l'homme. La cautérisation du col de la vessie fut pratiquée par Demeaux au moyen du porte-caustique de Lallemand.

» Les vésicatoires, les ventouses sèches, les moxas, les frictions sèches ou avec des substances aromatiques, ont été aussi préconisés par différents auteurs.

On a proposé la compression urétrale à l'aide de l'appareil de Nuck ou à l'aide d'une sorte de poire métallique que l'on introduit dans le rectum ; elle est supportée à son extrémité inférieure par une petite plaque allongée qui repose sur l'anus, et qui est destinée à empêcher l'instrument de pénétrer trop profondément ; un petit tuyau est ménagé dans la longueur de l'instrument pour permettre aux gaz de s'échapper (fig. 113). L'appareil peut être enlevé toutes les cinq ou six heures pour laisser l'enfant uriner plus aisément, et ensuite réappliqué. Au bout d'un certain temps, la vessie prend son degré de tonicité normal, et les enfants finissent par être complètement guéris.

Il n'est pas besoin de dire que cet appareil ne peut pas s'appliquer aux jeunes filles ; toutefois on peut introduire un embout analogue dans le vagin ; seulement il faut que le bandage soit disposé de façon que la pression de la pelote ait lieu sur le canal de l'urètre.

Ce sont des moyens qu'il ne faut employer qu'à la dernière extrémité ; car, on le comprend, c'est une véritable défloration. On ne doit y recourir qu'après avoir épuisé l'action de la belladone et des autres moyens.

Une coupe du rectum et du col de la vessie (fig. 114) permettra de comprendre comment doit agir le compresseur.

La disposition anatomique représentée est celle que l'on rencontre le plus souvent ; cependant il existe quelques différences relativement à la distance qui sépare l'anus du col de la vessie et de la prostate ; les différences les plus importantes sont celles qui tiennent à l'embonpoint plus ou moins considérable du sujet. Le chirurgien devra donc préalablement pratiquer le toucher rectal pour se rendre compte de la disposition des parties et pour mesurer la distance qui sépare l'anus du point où la compression doit être faite ; il choisira ensuite un appareil ayant la dimension voulue pour arriver à la même profondeur que le doigt, et agir comme le ferait ce dernier (1). Je me sers seulement d'un petit anneau de caoutchouc qui ferme le bout du prépuce et que l'on place tous les soirs en couchant les enfants. Dès que l'enfant urine, le flot est arrêté par l'anneau et réveille l'enfant, qui se lève pour uriner.

(1) *Bull. de thérap.*, 1860, t. LIX, p. 329.

(\*) A, plaque ; B, poire ; C, ouverture supérieure.

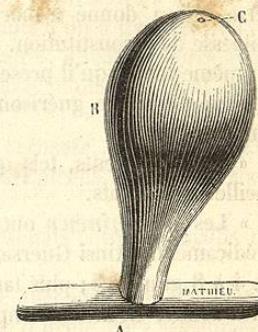


FIG. 113 — Appareil à compression urétrale (\*).

« Je terminerai cette longue énumération des moyens externes par l'électricité. Webster et Mauduit disent avoir guéri des incontinenes en tirant des étincelles le long du raphé et près du pubis. Je crois qu'au moyen des appareils dont la science dispose maintenant on pourrait obtenir de véritables succès.

» *Médication interne.* — Le traitement interne a varié encore plus que l'externe. On a donné d'abord les toniques tant qu'on a attribué l'incontinence à la faiblesse de la constitution. Guersant recommandait le *quinquina*, la *gentiane*, etc., en même temps qu'il prescrivait une alimentation fortifiante. Mondière n'a jamais observé un cas de guérison qui puisse être attribué à l'usage des toniques ou des amers.

« Les astringents, tels que le *cachou*, la *ratanhia*, etc., n'ont pas donné de meilleurs résultats.

» Les *ferrugineux* ont été employés de tout temps seuls ou unis à d'autres médicaments. Ainsi Guersant associait au quinquina l'oxyde noire de fer à la dose de 4 à 8 grammes; plus tard on a associé la limaille de fer aux cantharides; enfin on a donné, en même temps que la strychnine, le carbonate ou l'oxyde noir de fer.

» On a eu quelques succès avec les ferrugineux donnés seuls; cependant il ne

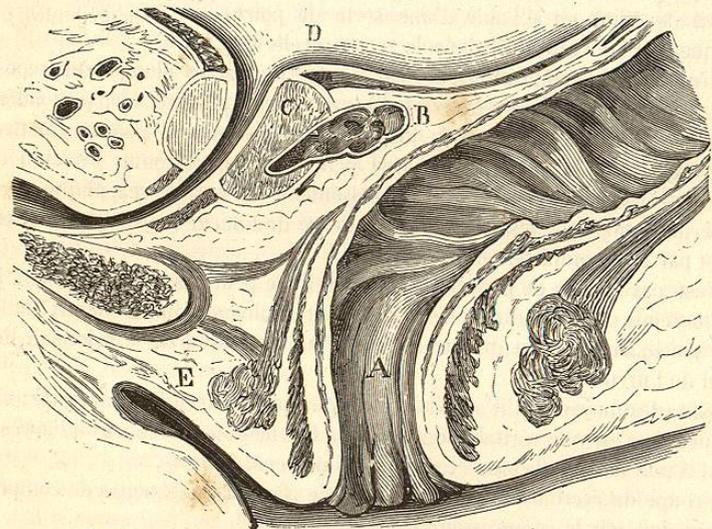


Fig. 114. — Coupe du rectum et du col de la vessie (\*).

faudrait pas trop compter sur cette médication. Mondière l'a préconisée dans les cas où l'incontinence complique la chlorose; il pense qu'alors l'excitation produite par les martiaux sur l'utérus se propage au col de la vessie. Mais ne peut-on pas admettre aussi que le fer ne fait que guérir la chlorose, et fait disparaître aussi le spasme de la couche musculaire de la vessie?

» Cet auteur rapporte l'observation d'une jeune fille chlorotique, atteinte d'une incontinence nocturne d'urine qui a cédé au sous-carbonate de fer uni aux toniques. Voici la formule qu'il a employée :

℥ Quinquina rouge concassé .....	8 grammes.
Gentiane jaune coupée.....	12 —
Camomille romaine .....	15 —
Sous-carbonate de fer .....	15 —

Faites macérer pendant quarante-huit heures dans un litre de bon vin blanc. A prendre 60 grammes par jour.

(\* A, rectum; B, vésicule séminale; C, prostate; D, col de la vessie; E, glandes de Cowper.

» Les *cantharides*, employées à l'extérieur, ont été aussi données à l'intérieur, on trouve plusieurs observations de guérison dues à cet agent. Cependant Guersant déclare n'en avoir jamais obtenu de bons effets. Richter, Baumès, Underwood et plusieurs autres médecins s'en sont très-bien trouvés.

» La préparation qu'on devra employer de préférence est la teinture, qui irrite moins les voies digestives que les autres préparations. On la prescrira à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, chez les adultes; chez les enfants d'un à trois ans, on en donnera seulement 2 gouttes. Quant aux âges intermédiaires, il faudra, après avoir débuté par 3 ou 4 gouttes, élever progressivement la dose, en la modérant si les enfants en paraissent incommodés.

» On a encore vanté l'*ergot de seigle*, la *sabine*, la *créosote*, l'*eau de chaux*, le *copahu*, le *cubebe*, etc. Ces médicaments ont réussi quelquefois, mais ont échoué le plus souvent.

» Le *cubebe* cependant aurait donné d'excellents résultats entre les mains de M. Deiters.

» Ce médecin a trouvé que le *cubebe* avait, dans cette affection, plus d'effet que les autres agents thérapeutiques. Pour lui, l'incontinence d'urine, chez les enfants, peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence des vers intestinaux. Dans le premier cas, le cubebe agit comme tonique; dans le second, comme anthelminthique. On donne ce médicament à haute dose. Pour un enfant, deux pincées, c'est-à-dire quelques grains; pour un enfant un peu plus âgé, une demi-cuillerée, deux ou trois fois par jour. L'effet produit est prompt et permanent; et, quoique parfois l'incontinence reparaisse par intervalles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses et bientôt disparaissent complètement.

» Parmi les moyens conseillés contre l'incontinence il faut citer l'*occlusion du méat urinaire* par le collodion. Ce moyen tout mécanique, imaginé par Corrigan, consiste à tirer le prépuce en avant pour en faire une espèce de coupe que l'on remplit de collodion; quand celui-ci est sec le prépuce est clos et l'enfant ne peut uriner. Il suffit, le matin, de presser le prépuce avec les doigts pour enlever le collodion et l'on trouve quelquefois alors l'urine accumulée autour du gland. La même indication peut être remplie avec l'anneau de caoutchouc dont j'ai parlé plus haut.

» Nous arrivons au traitement favori de Mondière, la *noix vomique*. C'est Ribes qui, le premier, fit connaître l'action de ce médicament sur l'incontinence d'urine. Il administrait la *noix vomique* à un soldat atteint d'une paralysie des membres inférieurs avec incontinence d'urine et de matières fécales; au bout de quinze jours, l'incontinence d'urine avait disparu. Il reconnut ainsi l'action élective de la noix vomique sur la vessie.

» Mondière associait à la *noix vomique* l'oxyde noir de fer dans les proportions suivantes :

℥ Extrait de noix vomique .....	40 centigrammes.
Oxyde noir de fer .....	4 grammes.

Faites vingt-quatre pilules; en prendre trois par jour.

» On commence par une dose assez faible, qu'on augmente graduellement jusqu'à ce que l'incontinence disparaisse. »

La *strychnine* se donne à la dose de 5 à 10 ou 15 milligrammes dans du sirop; mais cette médication est extrêmement dangereuse et il faut avoir soin de surveiller les enfants pour éviter les accidents. Dès que l'enfant aura éprouvé quelques roideurs dans les membres, on devra diminuer la dose.

Le *mastic* a été employé avec succès dans quelques circonstances, et Debut à

publié, comme devant réussir au moins dans les deux tiers des cas d'incontinence nocturne d'urine, les pilules de mastic ainsi formulées :

℞ Mastic en larmes .....	32 grammes.
Sirop de sucre .....	q. s.

Pour une masse que l'on divise en 64 bols ou en 128 pilules, selon que les malades avalent plus ou moins facilement. On fait prendre le tout dans l'espace de cinq ou six jours, et si la guérison n'est pas obtenue après cette première tentative, on recommence immédiatement l'emploi du mastic aux mêmes doses. Si alors l'incontinence persiste, il ne faut pas insister ; mais l'insuccès est l'exception (1).

A ces moyens, nous ajouterons la *belladone*, conseillée par Morand, remise en honneur par Bretonneau et par un grand nombre de contemporains. On donne 1 centigramme par jour, puis 2, 3 et jusqu'à 10 centigrammes. Dans un grand nombre de cas, ce moyen donne les meilleurs résultats et fait disparaître l'incontinence nocturne.

Dans quelques cas on peut avoir recours à l'électuaire que le docteur Millet indique comme lui ayant réussi mieux que tout autre moyen, dans l'incontinence d'urine chez les adolescents :

℞ Cannelle en poudre .....	32 grammes.
Limaille de fer .....	100 —
Ergot de seigle .....	15 —
Sucre .....	} aa 100 —
Miel .....	

Mélangez. A prendre 1 gramme matin et soir.

Il s'agit ici, bien entendu, de l'incontinence permanente liée à un état de débilité générale, et non de cette incontinence *nocturne* qui cède si merveilleusement à la *belladone*, et qui semble être le résultat d'une intolérance du muscle vésical réveillée par la chaleur du lit.

## CHAPITRE X

### DYSURIE ET RÉTENTION D'URINE.

On donne le nom de *dysurie* à la douleur et à la difficulté très-grande qui accompagnent l'émission des urines.

#### § I. — Dysurie.

La dysurie peut être accompagnée de rétention d'urine. On l'observe surtout chez les garçons, au moment du travail de la dentition, dans les cas de corps étrangers de la vessie, et principalement dans des circonstances toutes spéciales, à la fin des maladies aiguës. Voici alors la cause de cet accident. Pendant la durée de l'état fébrile, les urines sont rares, elles déposent une grande quantité de sels qui sortent plus tard lorsque les urines reviennent très-abondantes. L'excès des sels irrite l'urèthre, produit la douleur, la difficulté de la miction et l'anurie.

Chaque fois que les enfants veulent uriner, ils pleurent et crient beaucoup ; souvent ils cherchent à se retenir, et n'urinent qu'au dernier moment, ce qui peut amener une véritable rétention des urines.

Des boissons émoullientes, diurétiques, en abondance, et des bains suffisent pour guérir cette disposition, qui ne dure jamais plus de quelques jours et qui n'offre aucun danger.

(1) Debout, *Bulletin de thérapeutique*.

#### § II. — Rétention d'urine.

La dysurie qui succède à une dentition laborieuse, ou à un calcul vésical, ou à une maladie aiguë, entraîne quelquefois la rétention d'urine, même chez les enfants âgés de quelques mois. En voici un exemple très-curieux, observé par Rousse (de Bagnères en Bigorre).

Dans ce fait, les accidents de la rétention d'urine, qui auraient pu devenir très-graves, ont été conjurés par le cathétérisme vésical.

OBSERVATION. — Un enfant de six mois, bien constitué, d'un tempérament sanguin et impressionnable, ayant bon appétit, tétant bien, urinant huit à dix fois dans les vingt-quatre heures, devient pâle, abattu, tombe dans l'assoupissement et cesse d'uriner. Cet enfant commence sa première dentition.

Depuis quelques heures seulement les urines sont supprimées. L'enfant est abattu et endormi ; ses extrémités sont froides ; il ne veut plus teter. L'hypogastre est un peu tuméfié, ainsi que le scrotum. Le pénis est un peu en érection. — Linges chauds sur le ventre, lavement d'eau tiède.

A neuf heures, l'enfant n'a pas uriné ; il reste pâle, froid, à moitié endormi et pousse quelques plaintes. Pas de cri hydrocéphalique, d'agitation, de machonnements, de réveils en sursaut ni des convulsions. — Cataplasmes émoullients sur le ventre, bain de son, deux cuillerées de sirop de rhubarbe, lavement émoullient.

A quatre heures du soir, la rétention persiste. Le ventre se gonfle, et l'hypogastre, très-tendu, offre une matité à la percussion, qui indique la réplétion de la vessie.

Même état de faiblesse, d'abattement, de somnolence et de petitesse du pouls. L'enfant vomit de la bile mêlée de quelques grumeaux de lait.

Le cathétérisme avec une sonde de gomme élastique sans mandrin donne issue à un plein verre d'urine.

Aussitôt l'enfant paraît soulagé ; il cesse de se plaindre, mais reste pâle, abattu et refroidi. Il vomit encore deux fois de la bile. — Compresses d'huile camphrée sur le ventre, vésicatoire camphré au bras gauche, 5 centigrammes de calomel, tisane de chiendent nitré pour la mère.

A huit heures du soir, l'enfant a vomé une troisième fois et a rejeté deux à trois cuillerées de bile. Il urine et paraît plus calme ; ses couleurs réparaissent ; il se réveille et tette avec une sorte de rage. La chaleur revient et le pouls reprend son caractère naturel.

Le lendemain, l'enfant urine facilement et paraît en bonne santé.

La rétention d'urine est très-rare chez les enfants à la mamelle ; il y en a peu d'exemples dans les livres spécialement consacrés aux maladies de l'enfance, et où l'on parle plutôt de la dysurie, c'est-à-dire de la douleur et de la difficulté des mictions. La rétention est aussi rare que l'incontinence est commune. Cet accident résulte ordinairement d'une affection cérébrale, de corps étrangers de la vessie, et surtout de graviers ou de calculs urinaires ; il se montre quelquefois à la fin des maladies aiguës ; il accompagne quelquefois enfin le travail de la dentition, si l'on en croit les assertions d'Underwood. Chez l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire, c'est cette dernière influence qui semble avoir été la cause des accidents qu'il a éprouvés.

Malaise général, abattement, somnolence, petitesse du pouls, refroidissement, agitation et plaintes continuelles, vomissements bilieux, distension de la vessie à l'hypogastre par les urines : tels sont les accidents de la rétention d'urine chez un jeune enfant.

Que serait-il donc advenu si l'on n'avait pas reconnu la cause des souffrances, et si l'on n'avait pu réussir à introduire une sonde dans la vessie ? C'est ce qu'il est très-difficile de dire ; mais les troubles graves observés dans le pouls, dans la température du corps et dans les fonctions de l'estomac étaient de nature à faire craindre