

forcée de l'urètre pour vaincre la prétendue contracture du col.

M. Guyon repousse absolument ce moyen, et nous partageons cette répulsion. Nous en dirons autant de la cystostomie périnéale ou vaginale, qui nous semble sans aucune utilité.

Le *traitement général* est de beaucoup le plus important. L'opium et la morphine pour la douleur, la belladone pour calmer les spasmes et les contractures sont d'abord indispensables. L'hydrothérapie, les douches froides ou écoussaises chez les sujets très nerveux sont particulièrement utiles. La suggestion peut encore rendre service, tout autant que l'électricité dont Nefsel (de New-York), prétend avoir obtenu de bons résultats.

### III. — L'INCONTINENCE D'URINE (ESSENTIELLE).

L'incontinence d'urine est symptomatique ou idiopathique. Symptomatique, elle est la conséquence d'une lésion matérielle des voies urinaires, dont elle constitue un des traits cliniques, d'une maladie d'un organe voisin, ou d'une maladie du système nerveux. C'est ainsi qu'elle s'observe avec les malformations congénitales ou acquises de l'urètre ou du pénis (hypospadias, épispadias, phimosis, atrésie du méat, insuffisance urétrale chez la femme); elle est un indice des calculs et des tumeurs de la vessie chez l'enfant et constitue parfois un signe précoce de la tuberculose rénale. D'autres fois, elle est produite par des oxyures du vagin ou de l'anus, ou traduit le mal de Pott, la myélite transverse, l'ataxie locomotrice infantile décrite par Remack (1). Ce n'est pas de cette variété que je veux ici parler. Je n'ai en vue que l'incontinence dite *névropathique* ou *essentielle*.

Diurne ou nocturne, chez l'enfant ou l'adulte, l'incontinence essentielle est celle pour laquelle on ne décèle aucune lésion précise et définie. Le terme d'« essentielle » cache au fond l'insuffisance de nos connaissances, et il est certain que le groupe de ces incontinenances se démembrera peu à peu avec les progrès de l'anatomie pathologique et de la clinique.

Albarran (2), sur une jeune fille atteinte d'une incontinenance d'urine qui paraissait essentielle, constata une adhérence anormale de la vessie à l'utérus, qui en déprimant le fond de la vessie ouvrait le col et déterminait une incontinenance qui ne se produisait que dans la situation verticale. Le traitement qui consista à détacher par le vagin cette adhérence et guérit la malade, suffit provisoirement à légitimer cette interprétation. Et sans un examen attentif, à l'aide du cystoscope en particulier, voilà une incontinenance qui eût été à tort rangée parmi les incontinenances essentielles.

(1) ROCHET et JOURDANET, Les incontinenances d'urine de l'enfance (*Gaz. des hôp.*, 9 janv. 1897).

(2) ALBARRAN, Une nouvelle variété d'incontinenance d'urine (*Ann. des mal. des org. gén-urin.*, 1895, p. 1057).

Quoi qu'il en soit, l'incontinence d'urine constitue, pour le moment au moins, une entité clinique à part, un type morbide justiciable d'une description d'ensemble.

**Clinique.** — Le terme d'incontinence est lui-même impropre; en réalité l'incontinence est bien plutôt constituée par des mictions involontaires, que par cet écoulement incessant de l'urine goutte à goutte, qui caractérise l'incontinence symptomatique.

Elle débute en général en bas âge; elle fait suite à l'incontinence de l'enfance, c'est-à-dire à cette période qui va jusque vers deux ans et pendant laquelle l'enfant encore inconscient répond instinctivement à toutes les incitations de ses appareils. La transition est alors insensible: on croit à un simple retard de développement, mais les années passent, et l'infirmité persiste, s'accroît.

D'autres fois, l'incontinence paraît chez des sujets qui pendant leur enfance en ont été absolument indemnes: le fait quoique rare s'observe cependant quelquefois.

L'incontinence est presque toujours exclusivement nocturne: elle est constituée tantôt par une, tantôt par plusieurs mictions involontaires. Certains enfants urinent pendant le premier sommeil, qui est le plus profond (Vogel) (1), d'autres pendant la dernière période, vers le matin (Trousseau) (2); d'autres enfin échelonnent les émissions pendant la durée du séjour au lit, c'est-à-dire que le nombre en est des plus variables; il s'élève rarement au delà de trois.

L'urine ne s'écoule pas goutte à goutte, mais elle s'échappe par évacuations intermittentes comme dans la miction normale, avec cette différence cependant que l'enfant ne se réveille pas.

Le nombre de ces mictions n'est pas modifié par la quantité des boissons ingérées (Guinon) (3). En réveillant l'enfant à temps, on peut quelquefois prévenir la miction involontaire; mais il est des sujets chez lesquels, malgré le réveil, l'incontinence n'en persiste pas moins. Le sujet a été réveillé, la miction, une miction volontaire, a été effectuée; mais à peine recouché et endormi, l'enfant urine involontairement, bien que la sécrétion urinaire soit plus rare, et que la pression vésicale soit certainement bien inférieure à ce qu'elle était deux heures avant (Wollheim de Fonseca) (4).

La quantité de l'urine émise à chaque miction est variable suivant les sujets, et pour le même sujet, d'une nuit à l'autre. Tel sujet n'urinant qu'une fois mouille très légèrement ses draps, alors qu'un autre émet une quantité d'urine si abondante qu'elle traverse les objets de literie et tombe sur le sol. Guinon a mesuré chez les incon-

(1) VOGEL, Traité des maladies des enfants.

(2) TROUSSEAU, Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, vol. II.

(3) GUINON, De quelques troubles urinaires de l'enfance, thèse de Paris, 1889, p. 23.

(4) WOLLHEIM DE FONSECA, Inaug. Dissert. Kiel, 1878.

tinents la quantité d'urine sécrétée pendant la nuit, et l'a trouvée un peu supérieure à celle du jour. Mais cette polyurie nocturne des enfants est assez commune pour qu'on n'y attache aucune valeur.

Le sommeil des incontinents est en général très profond; d'autres cependant sont agités, se découvrent et causent.

Le jour, les incontinents nocturnes se comportent de trois façons différentes: les uns restent parfaitement continents et n'urinent pas plus souvent qu'il ne convient, d'autres ont des besoins fréquents et impérieux, ce sont des pollakiuriques; d'autres enfin sont incontinents le jour comme la nuit.

Bokaï a étudié tout spécialement le caractère de ces enfants: il les trouve « tristes, arriérés » et attribue cela aux mauvais traitements qu'ils subissent, « au défaut d'amour-propre émoussé par le châtement ».

En général, l'incontinence qui a débuté dans l'enfance disparaît au moment de la puberté, ou vers l'âge de dix-huit à vingt-deux ans. Elle est sujette à des intermittences; elle disparaît pendant quelques semaines, sans cause ou à l'occasion d'une maladie aiguë, pour réapparaître pendant la convalescence.

La guérison s'obtient spontanément, soit peu à peu, soit tout d'un coup à la suite d'une maladie fébrile, d'une émotion, d'une grossesse. Les incontinents restent pollakiuriques: ils conservent la nuit l'habitude de se lever plusieurs fois. D'autres sont atteints de troubles névropathiques urinaires variés, spasme, irritabilité vésicale, hypochondrie urinaire. Kassowitz et Freund (1) ont observé que la moitié environ des enfants atteints d'incontinence d'urine présentaient un symptôme nerveux particulier, qui consiste dans une exagération du tonus musculaire des membres inférieurs.

**Étiologie. — Pathogénie.** — L'incontinence d'urine essentielle s'observe presque toujours, quoique non exclusivement dans l'enfance. Elle se voit quelquefois chez l'adulte ou chez les jeunes gens: cette variété est plus rare. Le sexe n'a pas d'influence sensible sur sa détermination.

Les sujets qui en sont atteints présentent des tares héréditaires ou acquises. Guinon les a recherchées avec soin dans 35 cas. L'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, alcoolisme, névralgies, hystérie, domine de beaucoup la statistique. On trouve encore chez les parents les convulsions, l'épilepsie, la débilité mentale, l'aliénation et les différents délires. L'hérédité similaire de l'incontinence, soit d'un générateur à l'enfant, soit d'un oncle ou d'une tante au neveu, est très fréquente.

Les frères et sœurs ont souvent des anomalies fonctionnelles inté-

(1) KASSOWITZ et FREUND, *Sem. méd.*, 11 nov. 1893.

ressantes, ou des stigmates nerveux accentués, convulsions, chorée, terreurs nocturnes, débilité intellectuelle ou imbécillité.

Ces mêmes stigmates se retrouvent sur le sujet atteint d'incontinence d'urine, asymétrie du crâne, prognathisme, malformation des oreilles, anomalies des organes génitaux (phimos, ectopie testiculaire, hernie congénitale). Au point de vue intellectuel, les uns sont de vrais dégénérés, les autres sont seulement émotifs, excitables. Aussi Guinon a-t-il considéré l'incontinence d'urine comme un stigmate d'hérédité nerveuse, restant parfois isolé comme la dernière trace de cette hérédité.

Les causes invoquées sont multiples, mais leur influence est loin d'être démontrée, souvent même on ne trouve aucune cause logique à invoquer. Sur 62 cas d'incontinence infantile, étudiés à ce point de vue, Harold Williams (1) put 52 fois déterminer une cause quelconque; dans 13 cas seulement, une cause fut trouvée, c'étaient des organes vermiculaires (5 fois), des adhérences préputiales (4 fois), une vulvovaginite à gonocoques (1 fois), une iléo-colite, un prolapsus rectal. Dans tous les autres cas, il était impossible d'assigner à l'incontinence une cause appréciable, et celle-ci méritait le terme d'essentielle.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer l'incontinence d'urine (2).

Quelques-unes ne méritent qu'une simple mention: telles sont les théories *chimiques* qui l'attribuent à l'excès de sels dans l'urine (Laurence) ou à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang chez les enfants porteurs d'amygdales hypertrophiées (Balme).

Les autres, et ce sont les seules admissibles, sont taxées sur la psychologie et la physiologie de la miction. Elles ne s'excluent pas les unes les autres, mais elles se prêtent réellement un mutuel appui. Il n'y a pas une incontinence d'urine essentielle, mais il y en a aussi plusieurs variétés pathogéniques; une seule théorie ne suffit pas à les expliquer toutes. Il n'existe entre elles qu'un point commun, c'est le terrain névropathique sur lequel la maladie paraît; mais ce point étant établi, le mécanisme de l'incontinence sera variable pour chaque individu suivant que l'hyperexcitabilité nerveuse porte sur le muscle vésical ou sur le sphincter urétral; de là plusieurs variétés: 1° incontinence par irritabilité vésicale; 2° incontinence par atonie du sphincter; 3° incontinence par spasme du sphincter et rétention.

1° INCONTINENCE D'URINE PAR IRRITABILITÉ VÉSICALE. — Trousseau rangeait l'incontinence dans la classe des névroses. Et pour lui cette névrose était caractérisée par l'irritabilité excessive et la tonicité

(1) HAROLD WILLIAMS, *The Boston med. and Surg. Journ.*, 12 mars 1896, p. 256.

(2) CHOUX, Considérations sur l'incontinence d'urine observée chez les jeunes soldats, et sur une de ces variétés de cause psychique (*Arch. gén. de méd.*, 1893, 7<sup>e</sup> série, t. I, p. 39).

exagérée des fibres musculaires de la vessie. Celle-ci est elle-même provoquée par des irritations périphériques variées, telles que phimosis, atrésie du méat, agissant par voix réflexe sur la vessie.

Cette excitabilité s'observe en dehors de toute lésion causale provocatrice : elle est la conséquence d'un trouble psychique apporté à la physiologie normale de la miction et constitue une des modalités de la pollakiurie psychopathique.

La pollakiurie psychopathique, dont nous avons vu le rôle au chapitre précédent, se manifeste souvent d'une façon précoce, dans la plus tendre enfance. Les causes qui la produisent sont obscures : peut-être faut-il invoquer la polyurie de l'enfance, ou une irritabilité vésicale excessive héréditaire.

Quoi qu'il en soit, le résultat sera l'incontinence d'urine : la nuit, l'enfant, préoccupé des reproches déjà reçus, rêve de miction, et comme le sommeil est lourd à cet âge, le réveil ne se fait pas, et l'incontinence se produit. Si l'enfant se réveille après coup, il conserve encore le souvenir de son rêve ; s'il ne se réveille pas, le souvenir de son rêve s'efface complètement et il passe inaperçu. Le jour, le psychopathe reste ce qu'il est la nuit, pollakiurique ; les envies sont impérieuses et fréquentes.

Cette théorie de l'incontinence d'urine d'origine psychopathique, déjà entrevue quoique incomplètement par J.-L. Petit, par Henoch, a été défendue par Janet (1).

Ce n'est pas la profondeur du sommeil qui rend les malades incontinents, comme le pensait J.-L. Petit : c'est l'activité cérébrale, qui n'est pas supprimée par un sommeil même profond, c'est le rêve mictionnel, qui fait l'incontinence d'urine assimilable aux pollutions nocturnes.

Guinon a soutenu une opinion différente : au lieu d'invoquer l'activité cérébrale, il invoque le défaut de cette activité. Il pense que le cerveau devient inactif, parce que le sommeil est très profond ; et l'influence du cerveau s'exerçant sur le sphincter urétral pour maintenir à un niveau suffisant sa tonicité normale, le sphincter se relâche dès que l'activité cérébrale diminue, et la vessie obéissant seulement à la moelle se contracte dès qu'elle est distendue ; à la rigueur cette théorie est analogue à la suivante.

2° INCONTINENCE D'URINE ESSENTIELLE PAR DÉFAUT DE CONTRACTILITÉ DU SPHINCTER URÉTRAL. — Pour M. Guyon (2), l'incontinence d'urine est due à une parésie de tout l'urètre postérieur : notre maître base sa théorie sur ce fait d'observation, que l'explorateur parcourt tout le canal sans résistance. Le sphincter urétral se laisse traverser sans difficultés : chez les incontinents, il y a moins exagération de force

(1) JANET, *loc. cit.*, p. 61 et 67.

(2) GUYON, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, t. I, 3<sup>e</sup> édit., 1894, p. 264.

expulsive, que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. L'incontinence est aussi bien diurne que nocturne. Dès que la vessie est distendue, le sphincter ne peut résister, et la miction s'opère. Cette atonie du sphincter, cette parésie de l'urètre postérieur est liée à l'infantilisme des organes génitaux externes : elle ne s'accompagne d'aucune lésion apparente et semble occasionnée par une insuffisance de l'innervation causée par un trouble médullaire encore mal élucidé.

L'anesthésie du sphincter détermine une incontinence d'urine de même nature : lorsque le sphincter est paralysé, les quelques gouttes qui y sont chassées au moment où la vessie est pleine ne provoquent plus le réflexe qui aboutit à sa contraction, et l'incontinence s'établit.

C'est par l'anesthésie du sphincter que s'explique l'incontinence d'urine hystérique.

Dans les deux cas, l'incontinence s'effectue par larges évacuations : elle est à la fois diurne et nocturne.

3° INCONTINENCE PAR RÉTENTION (SPASME DE L'URÈTRE). — Il est des incontinents infantiles qui sont rétentionnistes ; j'en ai moi-même observé plusieurs exemples. Civiale le premier les avait décrits, et Rochet et Jourdanet ont à nouveau mis en relief cette catégorie d'incontinences. Quand on examine l'enfant, on trouve la vessie pleine et distendue ; l'urètre membraneux est contracté au point de rendre le cathétérisme impossible. Pendant le jour, il y a seulement de la pollakiurie, mais l'enfant sent le besoin, a le temps de le satisfaire. La nuit, au contraire, le sommeil est très lourd, la miction se fait involontairement.

Cette incontinence est donc produite indirectement par la rétention, et la rétention à son tour est produite par un spasme de l'urètre d'origine névropathique (Rochet).

Il est probable que l'incontinence d'urine d'origine épileptique et hystérique relève de l'un des mécanismes précédemment énumérés.

Trousseau a bien caractérisé l'incontinence d'urine d'origine épileptique. « Tout adulte, disait-il, non porteur d'une lésion vésico-urétrale, qui pisse au lit, la nuit, sans se sentir est un épileptique. » Cette incontinence est variable comme les crises auxquelles elle fait suite : elle est diurne ou nocturne. Elle se reconnaît à l'abattement, à la fatigue, aux pesanteurs de tête, au faciès hébété, aux morsures de la langue que présente le malade au réveil.

La relation de l'incontinence avec l'hystérie est moins bien établie. Laveran (1) observa un hystéro-épileptique incontinent qui présentait en même temps de l'anesthésie et de l'électro-anesthésie complète de la muqueuse urétrale, du gland, du fourreau de la verge, et il invoque

(1) LAVERAN, *Soc. méd. des hôp.*, 29 avril 1892.

la suppression des réflexes pour expliquer l'incontinence dont se plaignait ce malade. L'incontinence des hystériques diffère des précédentes en ce, que au lieu d'avoir lieu par de larges évacuations, elle se produit d'une façon presque continue, goutte à goutte, ou par petits jets, au moindre effort que fait le malade. Les muscles abdominaux par la pression qu'ils exercent suppléent à l'insuffisance du muscle vésical.

Mais l'intréperation proposée par Laveran est passible de quelques objections : l'anesthésie de l'urètre et du rectum s'observe souvent chez les hystériques, sans qu'ils présentent pour cela de l'incontinence. D'ailleurs les anesthésies des hystériques ne sont que des anesthésies psychiques, elles n'entravent nullement les phénomènes réflexes.

**Diagnostic.** — Il s'agit d'abord de distinguer l'incontinence essentielle de l'incontinence symptomatique ; l'exploration de l'urètre, de la vessie, de l'appareil urinaire tout entier, des organes voisins, du système nerveux révélera la cause d'une incontinence symptomatique.

En l'absence de toute cause, on portera le diagnostic d'incontinence idiopathique ; mais il ne convient pas de s'arrêter là, il faut encore rechercher si possible de quel mécanisme elle relève. C'est par l'examen de l'urètre et de la vessie qu'on y parvient : le sphincter est-il contracté, et la vessie en rétention ? ou le sphincter au contraire est-il en état d'atonie ? Le traitement doit être basé sur les indications fournies par ces résultats.

Il est une cause d'erreur à laquelle il faut penser : c'est la simulation. A l'armée, la simulation de l'incontinence est un des moyens le plus souvent tentés pour obtenir la réforme. La surveillance du malade permet facilement de la reconnaître.

**Pronostic.** — Infirmité pénible, l'incontinence d'urine n'est pas grave : elle est souvent tenace, mais il est rare qu'elle résiste à un traitement approprié.

**Traitement.** — Il est peu d'affections pour lesquelles un aussi grand nombre de moyens thérapeutiques aient été utilisés et vantés : l'insuffisance de la notion de cause en est la raison, la part de suggestion que toute méthode exerce sur le sujet explique que tous les moyens ont donné des succès. Il en est même d'assez bizarres : ainsi Stempf a traité avec succès plusieurs incontinents en tenant pendant toute la durée du sommeil, le bassin du malade dans une position élevée, de façon qu'il forme avec la colonne vertébrale, reposant horizontalement sur le lit, un angle d'environ 130 à 150°.

Actuellement, on peut essayer de débrouiller les indications des diverses méthodes : chacune convient à des catégories distinctes.

L'incontinence d'urine d'origine hystérique et épileptique n'est justiciable que du traitement de l'affection causale : l'incontinence d'urine d'origine épileptique ne demande par elle-même aucun traitement

spécial. Lorsque l'hystérie est en cause, la suggestion ou au besoin l'électrisation de l'urètre et de la vessie suffira.

L'incontinence par irritabilité vésicale sera justiciable du traitement par la belladone. Trousseau en a tracé les règles : on commence par donner le soir un centigramme d'extrait de belladone. Les jours suivants on élève la dose jusqu'à 20 centigrammes. On a vanté encore l'efficacité du rhus radicans (Saint-Philippe) (1), le sulfate de cuivre ammoniacal (Kelaiditis) (2). Quand il y a un phimosis, il est bon de l'opérer : on a vu l'incontinence cesser après la circoncision.

L'incontinence d'urine d'origine psychique, et c'est de beaucoup la plus fréquente, est justiciable de la suggestion. Au lieu de gronder l'enfant, de le menacer et de le punir, il faut lui rendre la confiance : on commence d'abord par diminuer la polyurie en réduisant autant que possible la dose des liquides ingérés le soir. On réveille l'enfant plusieurs fois par nuit ; on le fait coucher sur un matelas dur pour rendre le sommeil moins profond. On parvient ainsi à persuader le malade de sa guérison, et à diminuer pour lui ces préoccupations urétrales et mictionnelles.

L'incontinence par atonie du sphincter doit être traitée par l'électrisation de l'urètre. M. Guyon introduit chez les garçons une olive métallique jusque dans la portion membraneuse, et la met en communication avec le pôle négatif d'un appareil faradique ; le pôle positif est placé sur la symphyse. Chez les filles on applique le talon de la bougie sur ce col. Le courant doit être faible, à interruptions rares, et les séances durent de une à cinq minutes. Cette méthode a donné et donne encore de nombreux succès.

Lorsque au contraire il y a rétention et spasme de l'urètre, le cathétérisme évacuateur et la dilatation doivent amener rapidement une amélioration. C'est dans ces conditions que le massage a été également recommandé : Julius Caillay en a vanté les bons résultats et Bestschinsky lui attribue un succès (3).

(1) SAINT-PHILIPPE, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 août 1892.

(2) KELAITIS, *Journ. de méd. pratique*, 10 juin 1896.

(3) JULIUS CAILLAY, *Bull. méd.*, 25 sept. 1892.