

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 13 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 10 et 15 ans, a obtenu un prompt succès par l'emploi du sulfate de quinine à doses croissantes, jusqu'à 1<sup>er</sup>,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, XV, XXX gouttes, suivant les cas et suivant les âges, aurait donné de remarquables succès; certains médecins vont jusqu'à la 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 au 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 6 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. Bestschinsky (EJENEDELNIK, 1896), est appelé à soigner un garçon de 10 ans, atteint depuis longtemps d'une incontinence nocturne d'urine<sup>1</sup>. 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 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

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

retire ensuite de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. On n'a plus dès lors qu'à attacher 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 Köster<sup>1</sup>, 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, 1 amélioration (garçon), 8 insuccès (filles); chez 9, avec incontinence nocturne seulement, il y a eu 8 guérisons (4 filles et 4 garçons) et 1 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 Springs<sup>2</sup>. 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 Dr Martin semble avoir été hanté par cette théorie pathogénique quand il a appliqué son traitement au jeune homme de 16 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 6 ans était affligé de la même infirmité. Après avoir

1. KÖSTER. *Deut. 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. 763.

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 grammes ou centimètres cubes environ). A l'aide d'injections, il porta cette capacité à 5 onces, puis à 7 onces (23 octobre), à 8 onces (24 octobre), à 9 onces (27 octobre). A ce degré le malade pouvait retenir ses urines et ne se levait qu'une fois la nuit.

Le 29 octobre, la vessie pouvait recevoir 10 onces (300 centimètres cubes) de liquide; le 10 novembre, 17 onces, et le 15 novembre, une pinte (plus d'un demi-litre). En même temps, faradisation du col de la vessie, ergotine, atropine, etc.

Le 20 novembre, le malade a dormi de 8 heures du soir à 7 heures du matin sans mouiller ses draps. Le 22, il est obligé de regagner son domicile, et cesse le traitement chirurgical.

Il est à peu près guéri, mais des nouvelles reçues le 27 août 1895 montrent que la vessie n'a pas conservé la capacité que les injections d'eau lui avaient donnée, et que la distension progressive pourrait être répétée avec avantage.

Quoi qu'il en soit, ce traitement, si heureux dans le cas particulier, est des plus rationnels dans les incontinenances d'urine à contractilité vésicale exagérée.

Les médecins hypnologistes ont annoncé que la *suggestion* leur avait donné de brillants succès.

Déjà Liébeault<sup>1</sup> avait obtenu les résultats suivants, par la suggestion hypnotique, chez 77 enfants de plus de 3 ans, et chez quelques adultes: 23 furent guéris en une ou deux séances et sans récidive; 23 après plusieurs séances; 10 après un grand nombre de séances, mais ils n'ont pas été suivis; 9 n'ont été qu'améliorés; 4 n'ont été traités qu'une fois et la guérison est incertaine; 8 n'ont pu être guéris. D'après lui, 84 p. 100 des incontinenances d'urine guériraient par la suggestion.

Cullerre, médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon<sup>2</sup>, sur

1. LIÉBEAULT. *Association pour l'Av. des sciences*, Nancy, 1886.

2. CULLERRE. *Médecine moderne*, 22 août 1895, d'après les *Archives de Neurologie*.

24 cas traités par la suggestion, a obtenu 20 guérisons complètes, 2 améliorations, 2 insuccès. Le sujet est commodément installé dans un fauteuil; on le rassure par quelques paroles bienveillantes et on l'encourage en faisant miroiter à ses yeux l'espoir d'une guérison prochaine. Après quoi on l'endort par la fixation du regard aidée de la suggestion.

Quand on dit « on l'endort », c'est pour employer une expression consacrée, car le degré d'hypnose où se trouve le sujet a paru de peu d'importance. La plupart, d'ailleurs, conservent le souvenir des suggestions qu'on leur donne, et M. Cullerre en a vu ne fermer les yeux que par obéissance et qui ne guérissaient pas moins bien que les autres. Alors intervient la suggestion curative dont la formule doit varier selon les cas : ne pas pisser au lit, sentir le besoin et se réveiller aussitôt; s'éveiller à une heure déterminée pour uriner; penser en s'endormant qu'il ne faut pas uriner au lit. Au besoin, comme le conseille M. Bérillon, on peut provoquer par suggestion une insomnie destinée à habituer le cerveau à percevoir le besoin d'uriner. Bientôt l'insomnie disparaît d'elle-même et le sujet, habitué à surveiller sa vessie, continue à le faire tout en dormant.

Tantôt la guérison est immédiate ou tout au moins prompte; tantôt elle se fait attendre quelques semaines. Quelquefois la guérison survient d'elle-même après la suppression du traitement qui n'a paru donner aucun résultat. Il faut aussi compter de temps en temps avec les rechutes. Tous les âges sont justiciables de la méthode suggestive; le plus jeune des malades de M. Cullerre avait 6 ans et le plus âgé 23 ans. Dès l'âge de 3 ans elle est applicable.

Une chose que l'on ne saurait trop répéter, c'est que ce traitement est à la portée de tous les praticiens. Il ne demande ni préparation, ni éducation, ni surtout initiation spéciale. On peut, en l'employant, on doit même, peut-on dire, réussir du premier coup. Sans doute un homme versé dans l'hypnologie pratique et habitué de longue main à manier la suggestion obtiendra peut-être des résultats plus brillants et plus nombreux tout d'abord; mais l'apprentissage se fait vite et il suffit d'un peu de tact et de pratique pour y passer maître.

Bérillon, s'inspirant des conseils formulés par Liébeault, a appliqué le traitement suggestif à un grand nombre d'enfants

des deux sexes atteints d'incontinence nocturne et diurne. Les guérisons obtenues ont été la règle, les insuccès, l'exception; la proportion des guérisons s'est élevée à 70 p. 100. Ringier (Suisse), par contre, n'aurait eu que 47 p. 100 de succès. « Cette différence dans les résultats obtenus, dit Bérillon, nous paraît devoir résulter de différences dans l'application du procédé. En effet, il ne faut pas croire qu'il suffise, après avoir plongé l'enfant dans un variable de l'hypnose, de lui faire simplement la suggestion de ne pas uriner au lit. C'est évidemment par là qu'il faut commencer; mais si, au bout de quatre à cinq séances, le résultat favorable n'est pas obtenu, il faut recourir à divers artifices qu'enseigne la pratique. Tout d'abord, il faut, avec une certaine insistance, suggérer à l'enfant qu'il s'endormira le soir avec la préoccupation de ne pas uriner au lit; qu'il ressentira vivement le besoin d'uriner dès que la vessie sera pleine; que le besoin d'uriner le réveillera complètement et qu'il se hâtera de se lever pour satisfaire ce besoin.

« Si cette suggestion ne suffit pas, il faut alors supposer que l'enfant dort très profondément et que son sommeil est tellement profond qu'il détermine une anesthésie du col vésical.

« La sensation vésicale est donc insuffisante pour le réveiller; dans ce cas, il faut suggérer à l'enfant une véritable insomnie. Je m'exprime habituellement dans les termes suivants : « Vous aurez tellement le désir de ne plus uriner au lit que cette préoccupation vous empêchera de vous endormir le soir. Vous serez agité dans votre lit, ne dormant pas, ne pensant qu'à vous lever pour uriner dès que le besoin se fera sentir. »

« Beaucoup d'enfants, et surtout de jeunes gens, éprouvent cette insomnie et vous disent : « Je n'ai pas uriné au lit, mais cela tient à ce que je n'ai pas pu m'endormir. »

« Au bout de quelques jours, l'insomnie disparaît d'elle-même et le malade, habitué à veiller sur la fonction urinaire, semble continuer à la surveiller tout en dormant.

« Chez d'autres sujets, la suggestion qui amènera la guérison est différente. On leur suggère qu'à telle heure de la nuit, à minuit par exemple, ils se réveilleront, se lèveront et videront leur vessie.

« Un certain nombre accomplissent ponctuellement la sug-

gestion, le plus souvent d'une façon apparemment inconsciente et automatique. Pour obtenir la réussite de cette suggestion, il est indispensable de placer dans la pièce où se trouve le dormeur une pendule sonnante les heures ou un réveille-matin arrêté à l'heure indiquée pour le réveil.

« Il arrive que plusieurs séances de suggestion ont lieu sans donner un résultat satisfaisant ; le traitement est alors généralement interrompu et l'on est autorisé à douter de son efficacité, lorsque la guérison apparaît inopinément.

« Il y a là encore la manifestation d'un artifice de suggestion, car l'expérimentateur ne doit pas manquer d'affirmer au sujet endormi que la préoccupation de se retenir d'uriner pendant son sommeil persistera toujours dans son esprit, même après la cessation du traitement, et que la guérison arrivera nécessairement à bref délai.

« Un fait d'observation courante des plus intéressants, c'est que lorsque l'enfant urine au lit toutes les nuits, on peut presque sûrement compter sur une guérison définitive et rapide par la suggestion hypnotique. Il n'en est pas toujours ainsi lorsque l'incontinence d'urine n'a lieu que de temps en temps. Il est probable que l'incontinence d'urine intermittente est liée à des causes différentes. Elle doit faire songer à l'épilepsie nocturne ; elle est, en tout cas, souvent liée à des accidents névropathiques (rêves, terreurs nocturnes, pollakiurie, etc.).

« J'ai appliqué ce traitement à des enfants de tout âge ; le plus jeune était âgé de 3 ans. »

CONCLUSIONS. — La multiplicité et la diversité des médications proposées contre l'incontinence nocturne d'urine sont une source d'embarras pour le médecin. Voici la règle de conduite que nous conseillons d'adopter.

Avant tout, on soignera l'hygiène alimentaire de l'enfant, on rationnera les liquides, on tonifiera le système nerveux par les douches, les bains sulfureux, les bains salés. L'hygiène thérapeutique étant satisfaite, on essaiera tour à tour la belladone, la strychnine, l'antipyrine, le *Rhus aromaticus* et les médicaments du même ordre.

Si tout cela échoue, on aura recours à l'électrisation directe

du col de la vessie, et en dernier ressort à la suggestion hypnotique.

Il est entendu qu'on se sera assuré préalablement que l'incontinence d'urine est bien essentielle, et non provoquée par un vice de conformation ou une lésion quelconques des organes génito-urinaires

## INDIGESTION

L'indigestion ou dyspepsie aiguë est un trouble fonctionnel extrêmement commun chez les nourrissons, elle ne présente pas un intérêt particulier et se confond avec les accidents que j'ai indiqués à l'article DIARRHÉE et à l'article DYSPEPSIE. Cependant, au milieu des troubles dyspeptiques habituels que présente un nourrisson mal nourri, on peut voir éclater des accidents aigus (convulsions) provoqués par un abus alimentaire excessif ou inusité : fruits crus, légumes grossiers, mal cuits, indigestes.

Dans la seconde enfance, l'indigestion résulte de l'introduction d'aliments trop abondants, avariés, insuffisamment mastiqués. Quelquefois l'émotion, un effort, un refroidissement surprenant l'enfant pendant le travail de la digestion, déterminera l'indigestion.

Tantôt l'enfant est pris, après un malaise plus ou moins marqué, de nausées, vomissements, diarrhée. Après d'abondantes évacuations, il s'endort, et tout est fini. Tantôt il accuse de violentes coliques, il ne peut vomir ; son visage devient pâle, se couvre de sueurs ; le pouls est petit, la syncope est imminente. Tantôt une attaque convulsive suivie de coma est la conséquence d'une simple indigestion. Mis en présence d'un enfant qui vient d'être pris de convulsions, on ne manquera pas de s'enquérir de l'heure de son repas et des aliments qu'il aura ingérés : cela a de l'importance et pour le pronostic et pour le traitement.

## TRAITEMENT

Souvent l'indigestion a abouti spontanément et rapidement à la guérison ; l'enfant, après des efforts plus ou moins pénibles, vomit, va à la selle, et tout rentre dans l'ordre.