

ment? On ne peut non plus expliquer, avec cette théorie, pourquoi les maladies fébriles interrompent habituellement l'incontinence, bien qu'elles déterminent un affaiblissement de l'organisme.

Devant l'impossibilité de se mettre d'accord, on est revenu de nos jours à la théorie exclusive des troubles psychopathiques.

« Toutes les causes diverses qu'ont imaginées les auteurs, a écrit M. Guinon, doivent être ramenées à une seule, l'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, le nervosisme et la dégénérescence à tous les degrés. (L. Guinon, *De quelques troubles urinaires de l'enfance*, thèse de Paris, 1889.)

M. Janet, dans son intéressante thèse sur les *Troubles psychopathiques de la miction*, distingue trois formes d'incontinence :

- 1° L'incontinence nocturne des épileptiques ;
- 2° L'incontinence nocturne par atonie du sphincter urétral ;
- 3° L'incontinence nocturne de cause psychique.

La première est facile à dépister. « L'incontinence a lieu par intervalles, dit M. Guyon. L'enfant se réveille avec un grand abattement, une grande fatigue; il éprouve des pesanteurs de tête et son faciès est hébété; il est facile de voir qu'il a eu pendant la nuit une crise épileptique, quelquefois des morsures de la langue en témoignent. »

Avec M. Guyon et contrairement à M. L. Guinon qui la nie, M. Janet admet l'incontinence par atonie du sphincter et la distingue de l'incontinence psychopathique proprement dite. L'incontinence par atonie est diurne autant que nocturne; elle paraît due à une malformation urétrale, à une petitesse congénitale des muscles; en effet, elle coïncide souvent avec l'hypospadias, la cryptorchidie, l'infantilisme des organes génitaux externes. Elle seule serait justiciable du traitement par l'électricité suivant la méthode préconisée par le professeur Guyon.

Quant à l'incontinence d'origine psychopathique, elle est exclusivement nocturne et coïncide avec de la pollakiurie. Pendant le jour, l'enfant urine souvent, mais peut retenir ses urines. On ne peut invoquer aucune anomalie dans le fonctionnement du sphincter urétral; celui-ci est parfois même résistant au point d'empêcher de passer la boule de l'explorateur. Si, pendant la nuit, la pollakiurie se transforme en miction involontaire, c'est parce que l'enfant dort trop profondément, explication qui remonte à J.-L. Petit et que Valleix, Voillemier avaient également admise.

Retenons surtout, au point de vue de la direction du traitement, que, si l'incontinence peut reconnaître des causes provocatrices diverses et que si l'on a interprété de différentes façons le mécanisme de la miction involontaire, le plus souvent, l'incontinence nocturne des urines est d'origine psychique et que l'hérédité nerveuse est le facteur essentiel.

La conclusion est que le traitement devra surtout être psychique et que les succès dus aux traitements les plus divers doivent être attribués principalement à leur influence suggestive.

Passons rapidement en revue les différents traitements qui ont été tour à tour employés, les uns purement empiriques, les autres s'inspirant de la pathogénie admise par ceux qui les ont proposés. Nous indiquerons ensuite ceux qu'il convient de retenir, la direction générale à imprimer au traitement.

On a employé les **moyens médicamenteux** les plus divers. Trousseau attribuait l'incontinence à l'irritabilité vésicale; c'est pourquoi il administra la *belladone*: l'enfant prenait le soir, au moment du coucher, une pilule contenant 0 gr. 01 d'extrait et on augmentait progressivement les doses; Trousseau a donné ainsi jusqu'à 0 gr. 20 de ce médicament! Il admettait d'ailleurs égale-

ment l'atonie comme cause éventuelle dans un certain nombre de cas et prescrivait alors la *strychnine*: un enfant de 5 à 10 ans prenait, matin et soir, une cuillerée à café d'un sirop de sulfate neutre de soude de strychnine contenant 5 centigrammes pour 100 grammes de véhicule, soit 2 milligrammes et demi par cuillerée à café. Si la dose était bien supportée, au bout de deux jours on suspendait l'administration du médicament, puis on la reprenait, après deux jours de repos et pendant deux jours également, en élevant la dose de sirop à trois cuillerées à café. Trousseau prescrivait ainsi, avec des alternatives égales de repos et de traitement, jusqu'à 6 cuillerées à café.

Chez les enfants plus jeunes on peut prescrire un demi-milligramme par jour de sulfate neutre de strychnine :

Sulfate de strychnine.	0 gr. 05
Eau distillée de menthe.	10 grammes.

I goutte, dans de l'eau, avant chaque repas.

De nos jours, on a recommandé l'*ergot de seigle*, le *rhus aromatica*, l'*antipyrine*.

L'*ergot de seigle* a été donné en prises de 0 gr. 10 de poudre, répétées trois à quatre fois par jour. On a même pratiqué des injections d'ergotine dans la région péri-anale.

Le *rhus aromatica*, remède empirique, se prescrit sous forme de teinture (1 à 4 grammes) ou d'extrait fluide (mêmes doses).

Quant à l'*antipyrine*, préconisée par MM. Perret et Devic (de Lyon), elle se donne à la dose de 2 ou 3 grammes, pris en deux fois, au moment du dîner ou du coucher.

On la prescrit soit en cachets, soit en solution dans une eau alcaline édulcorée avec du sirop de groseille ou de framboise. Elle agit sur le système nerveux central dont elle modère l'excitabilité réflexe; sur les sécrétions, qu'elle diminue.

Le *bromure de potassium* a été employé par Bouchut (3-4 grammes par jour).

On a encore récemment administré le *bicarbonate de soude* pour diminuer l'acidité urinaire.

On a essayé d'exercer une action inhibitoire locale par la méthode des *injections épidurales* :

MM. Albarran et Cathelin (*Congrès français d'urologie*, 1901) ont traité un certain nombre de cas d'incontinence d'urine par les injections épidurales de sérum (15 à 20 centimètres cubes par injection) ou de cocaïne à 2 pour 100 (1 centimètre cube par injection). En général, deux ou trois injections étaient faites, séparées par un jour d'intervalle et, suivant l'effet obtenu, elles étaient répétées plus ou moins fréquemment. M. Loumeau (de Bordeaux), sur neuf cas, a obtenu quatre guérisons rapides.

Ainsi qu'il a été dit, l'action des injections est d'ordre inhibitoire; la cocaïne n'agit nullement en tant qu'analgésique; aussi M. Cathelin (*Thèse de Paris* 1902) est-il d'avis qu'il suffit d'injecter du sérum, à la condition d'employer des doses élevées.