

OBSERVATION. — *Sarcome congénitale du rein contenant des fibres musculaires striées* (Cohnheim). — Chez une petite fille d'un an on vit apparaître une tumeur occupant la région lombaire gauche, elle refoulait le diaphragme en haut, les intestins à droite, comprimait la vessie, et produisit la mort au bout de trois mois. L'autopsie montra qu'elle s'y était développée d'arrière en avant aux dépens du parenchyme rénal. Un petit revêtement formé par cette substance restait à la surface de la tumeur. Le rein droit plus gros qu'à l'état normal était le siège d'une petite tumeur. A la coupe, ces productions avaient un aspect qui rappelait en même temps le sarcome myéloïde des os et le fibro-myome utérin. L'examen microscopique montra qu'elles étaient en grande partie formées de fibres musculaires à stries transversales. On trouvait dans certains points les cellules rondes typiques du sarcome, dans d'autres, un mélange des deux éléments. L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'on a trouvé une grosse tumeur à fibres musculaires striées. La présence d'un néoplasme dans les deux reins fait croire à un vice de fonction congénitale (1).

Audain a vu un cas semblable sur un enfant nègre de dix mois qui a présenté une tumeur du flanc gauche prenant rapidement du volume et donnant au ventre une circonférence de 85 centimètres. L'enfant était constipé, vomissait parfois de la bile et à la fois était très-gêné à respirer.

A la mort on trouva la rate fort petite et le rein gauche pesant 2500 grammes. Il était revêtu d'un coque fibreuse, d'un tissu solide cortical de 2 centimètres, de tissu conjonctif semé de lacunes, et çà et là des parties du rein étaient conservées. Au centre, un liquide rougeâtre formé de sang altéré. C'était un *sarcome fasciculé* d'après l'examen qui a été fait par Féréol et Cornil.

LIVRE XVI

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

CHAPITRE PREMIER

IMPERFORATION DU GLAND

L'imperforation du gland s'observe quelquefois chez les nouveau-nés. J'en ai vu deux cas que j'ai traités par l'incision.

L'enfant ne se mouille pas, et au bout de quelque temps il s'agite et crie beaucoup; le gland est le siège d'une imperforation complète ou incomplète. Dans le premier cas, il peut arriver qu'on ne voie nulle trace d'ouverture sur le gland, ou au contraire qu'il existe à la place de l'orifice naturel un sillon formé par l'agglutination des lèvres du méat urinaire. Dans le second cas, l'imperforation est incomplète et il existe une petite ouverture très-déliée par où sort un filet ou quelques gouttes d'urine. Le canal est distendu par l'urine, la verge est dans un état de demi-érection quand les enfants veulent uriner.

Traitement. — Pour remédier à ce vice de conformation, il faut, à l'aide d'un bistouri ou d'une lancette, séparer les lèvres du méat dans le sillon qui révèle la place de l'orifice, ou inciser dans la direction probable du canal de l'urètre, et ensuite achever avec la pointe d'une aiguille ou avec un trocart explorateur. On met alors une mèche ou un fragment de bougie dans l'urètre, pour éviter une agglutination nouvelle.

(1) Virchow, *Archiv.* Bd. LXV, p. 64.

Dans l'imperforation incomplète on se contente d'agrandir l'ouverture avec la lancette, et l'on maintient les bords écartés à l'aide de mèches et en rompant les adhérences qui pourraient se former.

CHAPITRE II

IMPERFORATION DU PRÉPUCE

L'imperforation du prépuce est plus rare que celle du gland. Elle est complète ou incomplète. Dans le premier cas, il en résulte une distension de la peau à l'extrémité de la verge, une tumeur transparente et fluctuante formée par l'accumulation de l'urine.

Il suffit alors de couper l'extrémité du prépuce qui est trop long, et des pansements suffisent pour procurer la guérison.

CHAPITRE III

HYPOSPADIAS

On donne le nom d'*hypospadias* à un vice de conformation de la verge dans lequel l'orifice de l'urètre n'est pas à l'extrémité du gland.

Il y a quatre espèces d'*hypospadias*. Dans la première, l'urètre ne se prolonge pas à l'extrémité du gland, mais se termine et s'ouvre à la racine du frein du prépuce, dans l'endroit qui correspond à la fosse naviculaire. Dans la seconde espèce, l'urètre est ouvert près de la naissance du scrotum, ou dans un point intermédiaire entre cet endroit et le gland. Dans la troisième, le scrotum est divisé longitudinalement en manière de vulve au fond de laquelle s'ouvre l'urètre. Dans la quatrième, enfin, l'ouverture du canal se trouve sur le dos de la verge, à une distance plus ou moins grande des pubis. Ruysch, Salzmann, Morgagni et Chopart en ont vu des exemples qu'on pourrait particulariser sous le nom d'*épispadias*.

Boyer considère la première espèce d'*hypospadias* comme assez fréquente. D'après ce chirurgien, l'urètre ne se continue point jusqu'à l'extrémité du gland qui est imperforé, il se termine à la fosse naviculaire et s'ouvre à la partie inférieure du gland par un orifice ovale dont la grandeur varie, mais qui est toujours assez large pour la sortie de l'urine, et plus tard de la liqueur séminale. Cette ouverture est bordée d'une peau mince, sa circonférence ressemble à une cicatrice enfoncée, comme s'il y avait un ulcère en cet endroit; l'urine en sort par jet qui se porte en avant lorsqu'on tient la verge relevée. Il n'y a rien à faire pour guérir cette difformité. Tout ce qu'on pourrait entreprendre serait inutile.

Dans la seconde espèce d'*hypospadias*, dit Boyer, l'urètre s'ouvre à la partie inférieure de la verge, immédiatement devant le scrotum, ou dans un point intermédiaire entre cet endroit et la base du gland. La verge n'est jamais ni aussi longue ni aussi grosse que dans l'état naturel, et cet organe est plus ou moins courbé en bas. Dans un cas opéré par Ripoll, l'ouverture de l'*hypospadias* était à 2 centimètres du gland. Ailleurs on a vu à la face inférieure de la verge, le long de l'urètre, deux ouvertures ayant des bords calleux et qui se resserraient cependant comme des sphincters. L'une de ces ouvertures était voisine du gland et avait 5 ou 6 lignes de diamètre; l'autre, qui était plus près du scrotum, était encore plus large. L'une et l'autre de ces ouvertures donnaient issue à l'urine. Le gland était imperforé et l'extrémité de l'urètre bouchée par une espèce de membrane qui faisait

une saillie naturelle lorsque le sujet rendait l'urine par les deux ouvertures dont nous venons de parler.

Dans cette espèce d'hypospadias le frein n'existe pas; la partie inférieure du prépuce n'existe pas du tout, et le gland est complètement à découvert. On observe un sillon ou une espèce de gouttière large, qui s'étend depuis l'ouverture de l'urètre jusqu'au bout du gland, mais cette portion de la verge est imperforée. C'est encore une difformité contre laquelle les ressources de la chirurgie sont généralement impuissantes.

Dupuytren a cependant essayé d'opérer cette variété d'hypospadias et Ripoll a suivi cet exemple. Après avoir introduit par l'ouverture de l'hypospadias une sonde cannelée dans la vessie, la cannelure dirigée vers le dos de la verge, un petit trocart est enfoncé à travers le gland dans la direction du canal pour rejoindre la cannelure de la sonde; ceci fait, on remplace le trocart et la sonde par une bougie qu'on renouvelle plusieurs fois par jour jusqu'à l'établissement du nouveau canal. Ripoll a ainsi guéri un enfant de quatre ans atteint d'hypospadias congénital, et au bout de neuf mois, le nouveau canal de l'urètre persistait, la fistule de l'hypospadias étant à peu près fermée.

Dans les cas où l'urètre est perforé au périnée, le reste du canal étant perméable jusqu'au bout du gland, comme dans le fait exceptionnel de Marestin, l'opération est possible et plus généralement suivie de succès.

Le chirurgien dont je viens de parler ouvrit le méat urinaire, passa une sonde dans la vessie pour écouler l'urine, et, après avoir avivé les bords de l'hypospadias, il les réunît par une suture qui amena la cicatrisation. En tout cas, c'est une opération qui n'est pas à entreprendre chez un enfant, et que l'on ne doit faire que chez l'adulte.

Dans la troisième espèce d'hypospadias, le scrotum est partagé en deux parties égales, l'une à droite, l'autre à gauche, représentant assez bien les lèvres de la vulve; mais en les écartant on ne voit aux deux côtés aucune égalité ni aucune des parties qui caractérisent le sexe de la femme, comme le clitoris, les nymphes, l'ouverture du vagin. A la partie inférieure de cette fente, près de l'anus, se trouve l'orifice de l'urètre ou le méat urinaire; l'urètre manque depuis cette ouverture jusqu'à l'extrémité de la verge. Cette partie située au-dessus du scrotum est plus ou moins grande, bien ou mal configurée; le gland est quelquefois bien conformé, mais imperforé, à peu près semblable à un clitoris d'un volume excessif. Le frein existe dans quelques cas, ainsi que le prépuce. On distingue ordinairement, dans l'épaisseur de chacune des deux parties en lesquelles le scrotum est divisé, le testicule dont le volume varie et qui est plus ou moins près de l'anneau inguinal. L'excrétion de l'urine se fait comme chez les femmes. La plupart des individus qui naissent avec ce vice de conformation sont baptisés et élevés comme filles, et en portent les habits jusqu'au moment où ils commencent à éprouver les effets de leur qualité d'hommes; un examen plus attentif fait connaître leur sexe; mais ce sont, si l'on peut ainsi parler, des hommes manqués. On les a pris quelquefois pour des hermaphrodites.

Cette troisième espèce d'hypospadias est, comme les deux premières, au-dessus des ressources de l'art.

CHAPITRE IV

PRIAPISME

Beaucoup de petits garçons ont des érections nocturnes, et chez quelques-uns ces érections sont douloureuses. Cela dépend de la constipation, des urines chargées d'acide urique ou d'oxyures du rectum.

Il faut donner à boire un demi-verre d'eau de Vichy en cas de gravelle; purger ceux qui ont des selles dures; donner des lavements de suie à ceux qui ont des oxyures.

Chez tous on donne avec avantage le sirop suivant :

Sirop simple..... 300 grammes.
Bromure de potassium 8 —

Faites dissoudre.

A prendre une cuillerée à soupe tous les soirs au moment du coucher.

CHAPITRE V

PHIMOSIS CONGÉNITAL

Le phimosis est caractérisé par la disposition vicieuse du prépuce trop long et trop étroit pour découvrir le gland. La peau forme en avant du méat urinaire un bourrelet circulaire épais et plissé. Elle se retire en arrière par la traction et découvre le gland en partie, ou dans les cas de phimosis complet ne se retire qu'avec peine. Alors la membrane interne n'est que légèrement retournée en dehors.

Les enfants, ainsi que l'indique Boyer, naissent presque toujours avec l'ouverture du prépuce trop étroite pour qu'on puisse découvrir le gland tout entier. Elle ne se dilate que vers l'âge de la puberté. Quand cette ouverture laisse passer librement l'urine, il n'en résulte aucun inconvénient; mais si elle est trop étroite, il peut en résulter une rétention d'urine; une tumeur molle, fluctuante, énorme, se forme sous le prépuce, et l'on est obligé de la vider par compression. Cette partie s'enflamme, la muqueuse intérieure s'irrite, s'ulcère, et il en résulte des accidents assez graves pour l'enfant, si l'on ne sait les combattre et les arrêter à propos. On observe alors des ulcérations superficielles ou profondes du gland, des adhérences entre le gland et le prépuce, des concrétions calculeuses dans la cavité préputiale, etc. Voici, à ce sujet, un des plus curieux exemples des désordres occasionnés par le phimosis congénital. Je l'emprunte à Chopart :

OBSERVATION. — Un enfant âgé de deux mois et demi n'avait aucune apparence de verge ni de testicules; il lui était survenu depuis sa naissance, au-dessous de la symphyse des os pubis, une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf de poule, et qui était ulcérée, rouge et très-humide à la partie moyenne de sa surface. La peau formait autour de l'ulcère un bourrelet calleux. En pressant la tumeur dans la circonférence, on sentait une sorte d'ondulation, et il suintait des gouttelettes de sérosité par différents petits trous de l'ulcère. On avait regardé cette tumeur comme un cancer qui avait rongé, détruit les organes de la génération, et qui était incurable. Un examen plus attentif fit voir qu'elle n'était ni cancéreuse, ni incurable, et qu'elle ne dépendait que de l'imperforation du prépuce ou de l'extrême étroitesse de son ouverture; que la sérosité qui suintait était de l'urine, et qu'il fallait faire dans le centre de l'ulcère une incision qui pénétrât dans la poche où l'on sentait une sorte d'ondulation. Cette incision étant faite sur-le-champ, il s'écoula peu de sérosité, mais en comprimant la tumeur, il sortit une humeur semblable à de la bouillie claire. On agrandit suffisamment l'ouverture pour voir le fond de la poche, et l'on trouva le gland dont la surface était excoriée, ainsi que l'intérieur du prépuce. On conseilla des injections émollientes et des soins de propreté. Cet enfant, qui n'avait presque pas cessé de crier depuis sa naissance, qui était toujours agité, devint tranquille et urina abondamment sans effort. Il fut guéri complètement au bout d'un mois. La verge prit sa forme naturelle, et les testicules se trouvèrent dans le scrotum.

Cette observation montre la conduite qu'il faut tenir en cas de phimosis congénital donnant lieu à la rétention d'urine. Il faut faire l'incision, l'excision ou la circon-

cision du prépuce. L'incision laisse, de chaque côté du gland, deux oreilles de peau fort gênantes, et mérite d'être abandonnée. Il vaut mieux pratiquer l'excision en enlevant avec des ciseaux courbes un lambeau triangulaire dont les courbes latérales seraient de chaque côté ouvertes en dehors. Pour cela on introduit une pince sous le prépuce pour tenir son lambeau de la main gauche et, avec la droite, on fait de chaque côté l'incision convenable. On pourrait encore faire la circoncision, qui consiste à couper circulairement le prépuce, légèrement tiré au niveau du gland, et ensuite à fendre longitudinalement la muqueuse préputiale au-dessus du gland pour la rabattre en arrière. Après ces opérations, il suffit de panser la plaie avec un linge percé à son centre d'un trou qui laisse passer le gland et maintient les restes du prépuce en arrière. Ce linge est enduit de cérat recouvert d'un coussin de charpie et maintenu par une compresse trouée pour donner passage au gland, afin de faciliter l'émission des urines. Quinze jours, trois semaines au moins sont nécessaires pour obtenir une entière cicatrisation.

Le docteur Faure pense que le débridement de la muqueuse du prépuce peut suffire, et voici comment il le pratique :

On tire la peau de la verge du côté du ventre aussi fortement que possible ; puis sur un point de l'anneau opposé au frein, d'un coup de ciseaux à extrémités mousses on fait une incision dans le sens longitudinal, portant exclusivement sur la membrane muqueuse sans intéresser le tégument extérieur. Comme le tissu sous-cutané

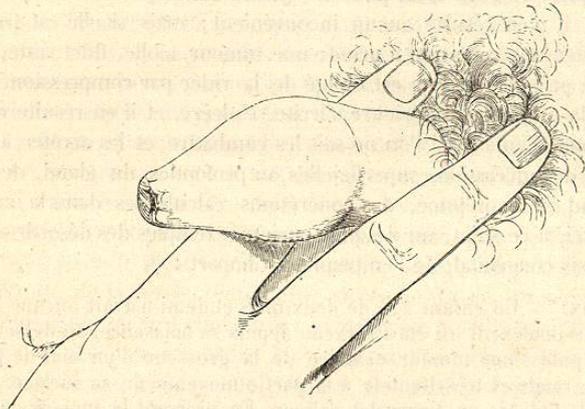


FIG. 105. — Opération du phimosis. Premier temps.

et lamellaire est très-lâche, cette incision permet le glissement de la peau en arrière, tandis que la muqueuse reste appliquée sur le gland. On poursuit alors la section de cette dernière jusqu'à la couronne ; par son élasticité propre, elle se contracte en raison inverse de son adhérence aux parties sous-jacentes, et l'on a une plaie angulaire dont le sommet est en arrière et la base en avant ; la peau est intacte. Cette petite opération dure au moins une seconde, le malade la sent à peine ; il ne s'écoule que quelques gouttelettes de sang. On ne fait aucun pansement : pour tout soin ultérieur, il suffit de découvrir le gland plusieurs fois par jour, particulièrement au moment de la miction. Le malade est donc à l'instant même débarrassé de son infirmité, tout en conservant son prépuce ; or il n'est pas prouvé qu'il soit indifférent d'en être privé. La peau n'ayant subi aucune atteinte, il n'y a pas de mutilation ; et, comme la cicatrice finit par se confondre avec la muqueuse du prépuce, il ne reste même pas de trace de l'opération. Cette manière de traiter le phimosis est, d'après Faure, incomparablement plus simple et plus innocente

qu'aucune de celles qu'on a employées jusqu'à ce jour, donne à l'opéré tous les avantages de la conformation la plus régulière et la plus parfaite, et il paraît mériter la préférence sur les autres méthodes.

Vidal (de Cassis) (1) pratiquait la circoncision à l'aide de serres-fines ; voici sa *méthode opératoire* : Un aide saisit la racine de la verge entre l'index et le médus de la main droite, et tire la peau du côté du pubis (fig. 105). Le chirurgien exerce une traction en avant sur le prépuce à l'aide de deux pinces à disséquer ; l'une saisit le limbe (muqueuse et peau) du côté du frein et est confiée à l'aide, qui la tient de la main gauche ; l'autre est appliquée sur le limbe encore, mais vis-à-vis, vers le dos de la verge ; elle est tenue de la main gauche par l'opérateur (fig. 106). Avec la main droite, celui-ci applique alors la pince à pression continue, sorte de pince à branches entrecroisées, munie en dedans des mors de pointes destinées à fixer les parties, à empêcher le glissement de la muqueuse (fig. 107 et 108). Cette pince est appliquée obliquement dans la même direction que la coupe naturelle du gland ; elle doit embrasser beaucoup plus de parties du côté du dos de la verge que vers

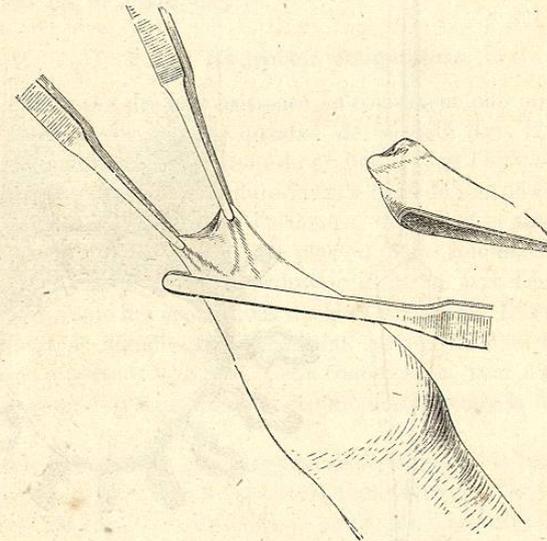


FIG. 106. — Opération du phimosis. Deuxième temps.

le frein. Les deux autres petites pinces sont alors retirées, et le chirurgien procède à la section du prépuce. Elle s'opère au moyen de forts ciseaux droits, comme ceux du bec-de-lièvre ; ils agissent entre la pince et le gland, dans la même direction que la couronne de celui-ci. Si l'on coupait au-dessus des pinces, on laisserait une zone du prépuce mâchée, et la réunion manquerait, comme cela arrive à ceux qui ne veulent pas couper au-dessous dans la crainte de blesser le gland, ce qui est de toute impossibilité, quand il n'y a pas d'adhérence entre lui et le prépuce. La circoncision est opérée d'un seul trait, la coupe est oblique et le frein se trouve conservé. On a enlevé un lambeau, comme on le voit dans la figure 106.

Le gland étant ainsi découvert, on procède au temps principal de l'opération, à la réunion de la plaie. C'est à la régularité, à la précision de la réunion de la mu-

(1) Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5^e édition. Paris, 1861, t. V, p. 277.

queuse à la peau qu'on devra la promptitude, la beauté du résultat ; c'est le temps de l'application des serres-fines, celui qui est peut-être négligé, en général.

L'aide est ici très-utile. Avec deux petites pinces à disséquer, tenues une de chaque main, il saisit la peau et la muqueuse, les affronte bien, sans intermédiaire de tissu cellulaire, et là où les deux feuillets tégumentaires se touchent, l'opérateur applique la serre-fine. Il vaut mieux commencer la réunion du côté du frein. On aura soin ici de bien appliquer la muqueuse de cet organe contre le raphé de la peau de la verge. On devra multiplier les serres-fines. J'en place quinze, quelquefois vingt. Dans les premiers temps, j'attendais parfois jusqu'à un quart d'heure pour réunir ; maintenant j'applique les serres-fines dès que le coup de ciseaux est donné. Si une artériole fournit un peu de sang, on la tord, ou bien on la saisit avec une serre-fine hémostatique qu'on enlève après que toutes les autres so n

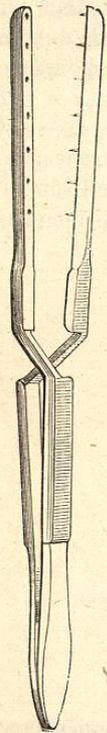


FIG. 107. — Pincettes à pansement à branches entrecroisées.

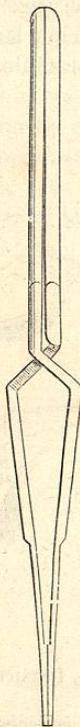


FIG. 108. — La même pincette à pansement à branches fermées.

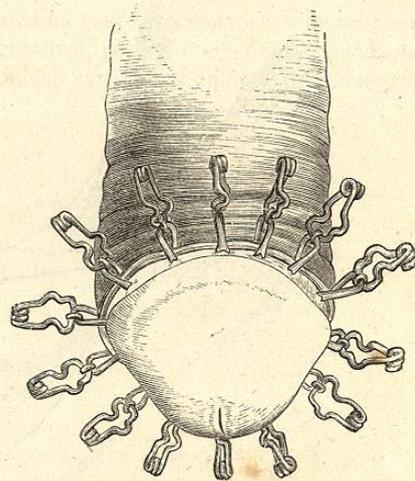


FIG. 109. — Le pénis, avec les serres-fines appliquées.

appliquées. Le pansement est bien simple ; la verge est seulement recouverte d'une compresse fendue qu'on a soin d'humecter avec de l'eau fraîche de temps en temps durant la journée.

La figure 109 représente l'opération terminée, le nombre, la distance des serres-fines. On voit les serres-fines sous toutes leurs faces. (Aug. Vidal de Cassis.)

Douze heures, au plus tard vingt-quatre heures après, les serres-fines sont enlevées, et si l'opération a été pratiquée avec méthode, si les serres-fines ont été appliquées avec un soin minutieux, la réunion existe.

CHAPITRE VI

HYDROCÈLE

L'hydrocèle est formée par l'épanchement de sérosité dans le cordon ou dans la tunique vaginale.

Le liquide inclus est jaunâtre, ambré, albumineux ou blanchâtre comme du petit-lait.

La tunique vaginale est ordinairement saine, quelquefois des cloisons membraneuses la divisent et forment une hydrocèle cloisonnée ; on rencontre des kystes volumineux sur le cordon spermatique dans les hydrocèles enkystées du cordon.

Cette maladie est aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est *congénitale* ou *acquise*. Elle se développe chez les enfants lymphatiques, et à la suite de contusions ou de froissements sur les bourses, à la suite d'affections organiques du testicule, telles que le tubercule, la dégénérescence encéphaloïde, dans le cas de monstruosité par inclusion, etc.

§ I. — Hydrocèle congénitale.

Quelques enfants ont dès leur naissance, et conservent plus ou moins longtemps après cette époque, une certaine quantité de sérosité dans la tunique vaginale encore en communication avec la cavité du péritoine. C'est l'*hydrocèle congénitale*. Elle existe chez le nouveau-né, et dure jusqu'à l'âge de sept ou huit ans.

Le liquide rentre à volonté dans l'abdomen, sans bruit et sans gargouillement ; voilà le caractère distinct de l'hydrocèle plus ou moins volumineuse et translucide.

Traitement. — Cette variété d'hydrocèle disparaît avec l'âge, et elle n'exige d'autre traitement que des applications topiques résolutives. Il faut, en outre, chercher à maintenir le liquide dans l'abdomen, au moyen d'un bandage herniaire qui comprime l'ouverture inguinale. Cette compression, faite d'une manière continue, hâte toujours la fermeture de la communication entre la tunique vaginale et le péritoine.

On a cherché à la détruire par la section sous-cutanée de la tunique vaginale.

Le docteur Linhart (de Vienne) préconise cette méthode. Voici comment il conseille d'opérer. On enfonce à plat dans un pli fait à la peau du scrotum, entre celle-ci et la poche, un ténotome fin, concave et tranchant dans sa cavité. L'incision de la poche se fait dans une étendue de 2 à 4 centimètres. Le sérum se répand ainsi dans les bourses, où son absorption est prompte, et l'oblitération de la cavité séreuse se fait d'une manière rapide et sûre.

On a quelquefois opéré par incision ou par injection cette variété d'hydrocèle. C'est une faute, car l'affection n'est pas dangereuse ; elle guérit ordinairement par les seuls efforts de la nature, et il vaut mieux attendre cet effet que de courir les hasards d'une opération qui n'est pas exempte de dangers.

Le collodion, uni à l'huile de ricin (7 pour 100), peut être employé dans l'hydrocèle congénitale, et le docteur Malik a réussi dans le cas suivant :

OBSERVATION I. — Un enfant avait une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale du cordon et du testicule correspondant. L'application du collodion répétée plusieurs fois parut causer des douleurs assez vives ; l'enfant pleura, fut agité et dormit peu ; cependant il n'y eut pas de fièvre, ni aucun trouble dans les fonctions.

Dès les premiers jours, on remarqua une diminution dans la tumeur, ce qui engagea M. Malik à persister. L'enfant s'habitua peu à peu à la constriction déterminée par le collodion, car il pleura moins et fut moins agité.

Au bout d'un mois, l'enfant était complètement guéri; on ne voyait plus aucune trace d'hydrocèle.

§ II. — Hydrocèle non congénitale ou acquise.

Chez d'autres enfants, l'hydrocèle s'établit après la naissance, un mois, comme l'a observé Underwood, six mois chez un de mes malades, et vingt-deux mois dans une observation de Lefèvre (de Villebrune). C'est l'*hydrocèle acquise*. Quand elle a pour siège la tunique vaginale, elle ressemble à l'hydrocèle de l'adulte, l'épanchement occupe la tunique vaginale fermée de toutes parts. Quand l'épanchement occupe l'enveloppe séreuse du cordon spermatique, la maladie prend le nom d'*hydrocèle enkystée du cordon*.

L'hydrocèle vaginale présente les caractères de l'hydrocèle ordinaire chez l'adulte. La tumeur est volumineuse, dure, *transparente*, et le liquide qu'elle renferme dans son intérieur ne rentre pas dans l'abdomen.

L'*hydrocèle enkystée du cordon* se présente sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, adhérente au cordon, irréductible, un peu moins transparente que l'hydrocèle ordinaire, et quand on la soulève, on entraîne le testicule avec elle.

L'hydrocèle des enfants n'est pas difficile à reconnaître et la transparence de la tumeur est le signe qui permet d'en faire un diagnostic exact. Elle doit être distinguée en hydrocèle *irréductible* et *réductible*, en hydrocèle vaginale et hydrocèle enkystée du cordon. On pourrait la confondre avec la hernie congénitale et le testicule tuberculeux; mais, dans un cas, la réductibilité de la tumeur avec gargouillement, et, dans l'autre, l'opacité permettraient d'éviter l'erreur.

L'hydrocèle n'est pas une maladie grave et l'on peut abandonner provisoirement cette maladie à sa marche naturelle. Elle guérit quelquefois toute seule, et quand il faut en débarrasser les malades, c'est à l'aide d'une opération qui n'est jamais bien dangereuse.

Dans l'hydrocèle vaginale, on peut songer à l'opération par *incision* ou par *mouchetures* avec une lancette, ainsi que je l'ai pratiquée avec succès, ou par l'*injection iodée*, comme dans l'hydrocèle ordinaire. Ce dernier procédé ne doit pas être mis en usage chez les enfants à la mamelle, à cause de l'inflammation qu'il excite, et il est plus convenable d'attendre un âge plus avancé pour y recourir.

Si le scrotum reste engorgé, il faut le recouvrir avec des applications topiques, résolutives, et mieux encore avec un emplâtre de Vigo.

On a réussi chez trois enfants d'un à huit ans par l'emploi du *cyanure de mercure* :

Axonge.....	15 grammes.
Cyanure de mercure.....	30 centigrammes.

Six à huit frictions jusqu'à érythème douloureux, et alors on panse avec un linge graissé. — Le docteur Koch a ainsi vu disparaître ces trois hydrocèles en six semaines.

OBSERVATION II. — *Hydrocèle guérie par un emplâtre de cyanure de mercure*. — Un garçon, Charles-Arthur, âgé de deux ans, avait depuis quelques mois une hydrocèle de la tunique vaginale gauche venue sans cause appréciable; elle avait le volume d'une grosse noix, et le testicule était dans l'état normal.

Je fis appliquer un emplâtre de cyanure de mercure qui devait rester en place dix jours et être renouvelé ensuite par un autre emplâtre semblable. Cette application produisit un érythème prurigineux, ou un accident de salivation, et au bout de six semaines le malade était guéri.

Dans le cas d'hydrocèle communiquant avec le péritoine, il faut faire rentrer le

liquide dans le ventre et appliquer un bandage herniaire bien fait qui l'empêche de sortir et facilite sa résorption : on guérit quelquefois les enfants par ce moyen employé pendant longtemps. Si ce moyen ne réussit pas, on peut faire une ou plusieurs ponctions successives; quelques chirurgiens font une injection iodée en ayant soin d'exercer une compression sur l'anneau inguinal pour empêcher l'entrée du liquide excitant dans l'abdomen. C'est un exemple dangereux à suivre; cependant il paraît, d'après Ad. Richard, que cela peut réussir. On doit :

1° Évacuer le liquide jusqu'à la dernière goutte à l'aide d'un trocart explorateur court et d'un très-petit calibre, celui conseillé par Ad. Richard pour l'opération de l'hydrocèle par l'alcool.

2° Comprimer sur le bas du ventre et le trajet inguinal par la main d'un aide.

3° Injecter de 6 à 7 grammes d'alcool pur à 40 degrés (aréomètre Baumé).

4° Immédiatement après, retirer brusquement la canule, qui laisse ainsi le liquide dans la poche.

5° La compression du trajet inguinal est continuée pendant une minute, puis l'enfant est abandonné à lui-même.

Les suites de l'opération sont d'une extrême simplicité. La tumeur grossit un peu vers le soir, est très-légèrement douloureuse le lendemain, puis devient très-vite absolument indolore. Vers le dixième, le douzième ou le quinzième jour, *en l'espace de quelques heures*, c'est-à-dire du jour au lendemain, la tumeur disparaît et le malade est guéri.

Si l'enfant est d'âge à marcher, il n'est nullement besoin de le condamner au repos; il mange, il joue, il dort comme d'habitude.

Il est, chez les petits enfants, une particularité de l'injection alcoolique qui impose d'une manière absolue l'usage d'un très-petit trocart. Au moment où la canule est retirée, laissant l'alcool dans la vaginale, souvent, par la contraction énergique du crémaster et du dartos, un peu du liquide injecté est expulsé. En même temps le petit malade est pris d'érection, et peut même laisser échapper involontairement des matières fécales.

Cette issue d'un peu d'alcool s'arrête presque tout de suite et n'offre aucun inconvénient.

Il peut se faire néanmoins que quelques gouttes de liquide s'infiltrent entre la peau et la vaginale. C'est ce qui est arrivé à l'un de nos petits malades. Alors en un point la peau rougit les jours suivants; il se forme une petite saillie grosse comme un pois, analogue à un clou, puis le petit abcès s'ouvre et se guérit sans que la vaginale souffre aucunement de ce travail voisin.

Un trocart aussi petit que possible est donc nécessaire pour cette délicate opération. Mais il faut avouer qu'un pareil instrument vient un peu augmenter la difficulté du manuel. On est en effet exposé à faire une *ponction blanche*, si l'on manque d'habitude. Pour l'éviter, il faut tendre fortement l'hydrocèle avec la main gauche, en la détachant et l'isolant le plus possible; tenir le petit trocart de la main droite, en appliquant la pulpe du pouce et la deuxième phalange de l'index assez près de l'extrémité pointue de l'instrument.

Pour la ponction, au lieu de plonger presque avec élan, ainsi qu'on le fait chez l'adulte, il faut *insinuer la pointe* comme si l'on maniait un bistouri.

La guérison une fois accomplie, une bonne précaution est de faire porter pendant trois ou quatre mois un bandage inguinal au petit malade; car mettre à l'abri contre la production d'une hernie est un des avantages sérieux de l'opération de l'hydrocèle congénitale.

L'hydrocèle enkystée du cordon réclame un traitement quelque peu différent.