

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, résolatives, 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.



L'hydrocèle n'est pas volumineuse, il n'y faut pas toucher afin de ne pas faire courir à l'enfant les chances malheureuses d'une opération quelconque. Il faut attendre que la tumeur ait pris un volume plus considérable. Quand l'hydrocèle enkystée se présente avec cette condition, les mouchetures avec la lancette ou l'application pendant cinq à huit jours, de deux petits sétons très-minces, à travers la tumeur suffisent souvent pour amener la guérison. Si la tumeur est volumineuse, il faut recourir à la ponction et à l'injection iodée comme dans le cas d'hydrocèle ordinaire.

Il reste quelquefois après la guérison de l'hydrocèle un engorgement du scrotum et du testicule qui mérite d'attirer l'attention du médecin, et qui exige un traitement particulier. Cet engorgement disparaît très-facilement sous l'influence de l'application persistante d'un emplâtre de Vigo, renouvelé plusieurs fois.

## CHAPITRE VII

### FONGUS ET CANCER DU TESTICULE

Les fungus cancéreux du testicule n'existent pas chez les très-jeunes enfants. On rencontre plus souvent le fungus bénin. Guérin en a vu trois exemples.

La maladie commence par un gonflement du testicule. Sur le sommet de la tumeur se fait une ulcération, et par la solution de continuité de la peau se développe le fungus, qui grossit rapidement.

Le volume de ces tumeurs, dit Jarjavay (1), est ordinairement celui d'une noisette ou d'une noix; il peut même atteindre celui d'un œuf de poule (fig. 110).

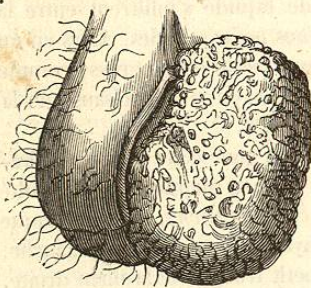


FIG. 110. — Fongus du testicule; aspect extérieur.

Leur forme est sphérique dans certains cas, ovoïde, bilobée, avec ou sans pédicule dans d'autres. Leur aspect est celui d'une mûre, c'est-à-dire qu'elles sont recou-

(1) Jarjavay, *Arch. gén. de méd.; Gaz. des hôpitaux*, 1849; et *Bull. de thérap.*, 1849, t. XXXVII, p. 243.

(\*) A, testicule; B, épiddidyme; C, tunique albuginée; D, tunique vaginale; E, fungus; F, artères et veines testiculaires; G, artère testiculaire; H, canal déférent et artère différentielle; I, veines du cordon.

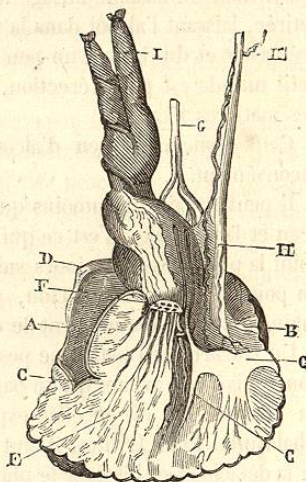


FIG. 111. — Fongus du testicule. Dilatation et développement du système vasculaire (\*).

vertes à leur périphérie par des granulations plus ou moins saillantes qui rappellent jusqu'à un certain point les bourgeons charnus des plaies, et entre lesquelles on voit une matière fluide, jaunâtre, purulente, qui les circonscrit. Leur coloration est ordinairement d'un rouge pâle, et leur consistance toujours très-ferme. Un pédicule bien prononcé et circonscrit par un anneau très-appreciable, formé par la tunique vaginale, sépare la production morbide de la glande qui peut être à peu près intacte ou considérablement diminuée de volume, quelquefois même complètement disparue. Une coupe faite sur le fungus laisse voir une masse jaunâtre, compacte et silonnée par des vaisseaux; la couleur dominante dépend de la présence constante de cette substance jaune, signalée par A. Cooper, Brodie et Curling, comme le résultat de l'orchite chronique.

On y constate également, en plus ou moins grand nombre, des vaisseaux séminifères, ainsi que des artères, des veines du tissu fibro-plastique. La figure 111 donne une idée de la dilatation et du développement du système vasculaire dans le cas de tumeurs de cette espèce, en même temps que les rapports de la tumeur avec les parties voisines.

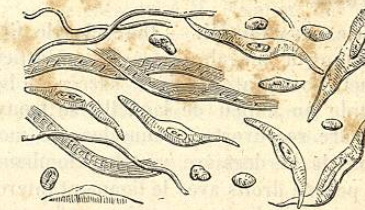


FIG. 112. — Fongus du testicule; examen microscopique.

À l'examen microscopique de la tumeur (fig. 112), on y distingue tous les éléments du tissu fibro-plastique, noyaux fibro-plastiques ovoïdes, contenant un ou deux nucléoles, et fibres fusiformes, offrant à leur partie la plus renflée un noyau plus ou moins allongé, qui ne diffère des noyaux libres que par une largeur moindre et une longueur un peu plus grande; enfin des canalicules spermaticques.

Dans le troisième fait observé par Gosselin, le jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agissait donc d'un fungus compliqué d'un état syphilitique, et l'on fit prendre à la mère de l'iodure de potassium pour refaire la constitution de l'enfant.

Quant au traitement local, on pourrait choisir entre les trois procédés suivants :

La castration; l'occlusion de la tumeur par la peau scrotale incisée autour du champignon et disséquée ensuite pour être ramenée au-devant de la tumeur et maintenue en place à l'aide de sutures; ou enfin un pansement compressif exécuté avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par Curling, que Gosselin s'est arrêté, en se réservant d'en adopter un plus radical, s'il n'amenait pas la guérison.

## CHAPITRE VIII

### INCLUSION SCROTALE ET TESTICULAIRE

Les bourses sont quelquefois le siège de tumeurs formées par les débris d'un fœtus inclus dans le scrotum : Saint-Donat, Prochaska, Dietrich, Ekl, André, Velpeau, Goodsir, Lucien Corvisart, Verneuil, en ont signalé des exemples; c'est une maladie très-rare et qui peut rester latente, et n'être connue qu'à un âge avancé chez l'adulte, ou découverte et opérée chez le jeune enfant. Verneuil a rassemblé tous les faits relatifs à cette question (1).

(1) Verneuil, *Archives de médecine*.



OBSERVATION I. — Un enfant observé par Prochaska était né avec une tumeur dans l'aîne prise pour une hernie. Cette tumeur conserva le même volume jusqu'à l'âge de trois ans; mais alors elle commença à s'accroître avec une telle rapidité que, dans l'espace de quelques semaines, le scrotum distendu descendait jusqu'au niveau de la partie moyenne de la cuisse. Enfin l'inflammation se développa et amena la formation d'un abcès, d'où sortit une lymphe fétide mélangée de sang, avec diverses parties d'un fœtus, après quoi l'enfant se rétablit.

OBSERVATION II. — Un autre enfant, observé par le même auteur, offrait au moment de la naissance une tumeur semblable, mais d'un volume tel qu'elle descendait jusqu'aux genoux, de manière à cacher les membres inférieurs. Elle renfermait, outre une masse de liquide, une masse organique ayant la structure d'un fœtus monstrueux.

OBSERVATION III. — Dietrich (de Glogau) a vu un enfant de quelques mois affecté de tumeur inégale et froide au testicule droit descendant jusqu'au genou, pour laquelle on pratiqua avec succès la ligature. Cette tumeur renfermait une masse fétide au milieu de laquelle se trouvaient un fémur, le coccyx, les os du bassin encore recouverts de muscles, un morceau du sacrum avec la surface d'articulation de la dernière vertèbre lombaire, des rudiments de vertèbres, le tibia et le péroné droits avec le ligament interosseux, les os du pied cartilagineux, les orteils réunis et inclinés en arrière, enfin quelques duplicatures de la peau avec leurs glandes sébacées.

OBSERVATION IV. — Ekl, professeur à Landshut, a observé un enfant né avec une tumeur considérable du scrotum qui prenait chaque jour du volume. Vers l'âge de dix-huit mois la tumeur, longue de cinq pouces, fut ouverte, et il en sortit des côtes, le rachis, les deux orbites et les deux fémurs d'un fœtus. L'enfant guérit assez rapidement.

OBSERVATION V. — André (de Péronne) a vu un enfant de six ans né avec une tumeur du scrotum, opéré à dix-huit mois par la ponction, comme s'il s'agissait d'une hydrocèle, et chez lequel la tumeur, restée très-volumineuse, devint le siège d'une inflammation suivie d'abcès fistuleux par où sortirent un fragment d'os et quelques poils. Au bout de six semaines, une partie de l'intérieur de la tumeur fit en quelque sorte hernie par l'ouverture fistuleuse du scrotum, elle fut liée, et après sa chute on vit qu'elle renfermait trois dents et un petit fragment d'os. L'enfant a guéri.

D'autres faits de ce genre ont été observés chez l'adulte par Verneuil et Velpeau, mais je n'ai pas à en parler ici; je me borne à transcrire ceux qui sont relatifs à la période infantile. Ceux qui ont été observés chez l'homme doivent servir à démontrer que les tumeurs d'inclusion fœtale du scrotum ne sont pas incompatibles avec la santé et qu'elles peuvent séjourner longtemps dans l'économie sans produire de graves accidents.

OBSERVATION VI. — Chassaignac met sous les yeux de l'Académie le spécimen photographique d'une tumeur énorme constituée par un fœtus anormalement développé, et enlevée avec succès par l'écraseur linéaire par le professeur Pancoast, de Philadelphie.

Le sujet, enfant de deux ans, présentait à la partie latérale gauche de la face et du cou une tumeur congénitale très-volumineuse. A la surface de cette tumeur, constituée par cinq lobules principaux, on distinguait, en première vue deux mains et deux pieds.

La dissection, pratiquée après l'ablation totale au moyen de l'écrasement linéaire, a fait découvrir dans la masse adipeuse une portion considérable de l'intestin, un estomac, un rectum, quelques pièces du squelette du bassin. Le professeur Pancoast, après avoir tassé autant que possible le pédicule de la tumeur, l'entoura avec une forte chaîne d'écraseur linéaire, et, faisant marcher l'instrument avec une sage lenteur, obtint la séparation totale sans effusion de sang. La plaie ne donna lieu qu'à une suppuration insignifiante, et la guérison survint sans aucun accident.

OBSERVATION VII. — Chassaignac a employé le même procédé avec un succès complet dans un cas de tumeur congénitale formée par un molluscum énorme développé à la partie supérieure de la poitrine, et descendant jusqu'au niveau des parties sexuelles, chez un homme de quarante-neuf ans. Le pédicule membraniforme, occupant une étendue transversale de 4 à 5 pouces, dut être subdivisé en trois portions, sur chacune desquelles fut appliquée la chaîne d'un écraseur distinct.

De chacun des quatre premiers espaces intercostaux la tumeur recevait une branche artérielle du volume de la radiale.

Malgré cette énorme vascularité, la section de la tumeur ne fut suivie d'aucune hémorrhagie. La malade jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

OBSERVATION VIII. — Un enfant de vingt mois, nommé Berrot, né avec quelque chose de particulier aux bourses, offrait, lorsqu'on le présenta à M. Nélaton, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon dans le scrotum droit. Une ponction ne fit point sortir de liquide. On enleva la tumeur et l'enfant guérit.

La tumeur ne renfermait pas de testicule. Elle était composée de graisse, de kystes séreux, dans un plus gros kyste, de poils, et à côté deux os triangulaires, un os long accolé à deux autres os longs, comme si c'étaient deux omoplates, un humérus attaché au cubitus et au radius. Il y avait encore d'autres os dont la nature a été très-mal déterminée.

OBSERVATION IX. — Un enfant de huit ans fut opéré par les docteurs Duncan et Goodsir d'une tumeur congénitale du scrotum, dans laquelle on trouva le testicule transformé en une masse ovoïde du volume de la dernière phalange de l'index et renfermant du tissu fibreux, de la graisse et des granulations arrondies jaunes, dures comme les tubercules; près de la réflexion de la tunique vaginale sur la surface du testicule étaient fixés deux appendices en massue, d'un demi-pouce de long, formés de tissu cartilagineux, avec ses corpuscules, et de tissu osseux évident. Ces appendices étaient couverts d'une portion de peau semblable au tégument ordinaire, garni de poils et doublé de tissu adipeux sous-cutané.

Le plus curieux de tous ces faits, le mieux observé et le plus étudié à la fois, est celui de Verneuil, recueilli dans le service de Guersant.

OBSERVATION X. — Un enfant de deux ans, né avec une tumeur du scrotum, est présenté à l'hôpital des Enfants. Alors la tumeur scrotale avait environ le volume d'un petit œuf de poule, couverte de téguments mobiles, très-sains. Elle n'offrait aucune bosselure ou irrégularité. Elle était entièrement indolente. On ne sentait ni testicule ni épидидyme, et, après deux ponctions inefficaces, la castration fut pratiquée avec un plein succès. Une incision à la partie postérieure du scrotum permit d'énucléer la tumeur et de faire la ligature du cordon en masse.

Le pédicule de la tumeur est formé par le cordon, dans lequel se trouvent le canal déférent, les vaisseaux spermatiques et les vestiges du corps de Wolf; à son extérieur se voit le testicule aplati et atrophié, ayant 2 à 3 millimètres sur 12. La tumeur elle-même, molle, enkystée, lisse, bosselée, offre :

1° Au centre, une grande cavité anfractueuse, à parois vasculaires et recouvertes par une matière grise pulpeuse qui n'est autre que de la substance grise cérébrale avec des vaisseaux capillaires, des tubes nerveux, des corpuscules de substance grise et de la matière amorphe.

2° Plusieurs autres cavités indépendantes les unes des autres, remplies les unes de liquide transparent et filant, les autres d'une bouillie avec du sébum et des poils libres ou adhérents à la paroi. Un de ces kystes renferme des éléments qu'on a reconnus pour être ceux du pigment choroïdien; un autre, ceux de la peau avec ses papilles, ses poils, ses glandes sébacées, les noyaux du réseau de Malpighi et les écailles épidermiques. Enfin, on trouvait, çà et là, dans l'épaisseur de la masse, du tissu adipeux et des noyaux cartilagineux dont les éléments étaient parfaitement caractérisés.

D'après tous ces faits, si concluants et si bien étudiés pour la plupart, Verneuil établit que les tumeurs formées d'une inclusion scrotale ou testiculaire sont plus



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