

publié, comme devant réussir au moins dans les deux tiers des cas d'incontinence nocturne d'urine, les pilules de mastic ainsi formulées :

℞ Mastic en larmes	32 grammes.
Sirop de sucre	q. s.

Pour une masse que l'on divise en 64 bols ou en 128 pilules, selon que les malades avalent plus ou moins facilement. On fait prendre le tout dans l'espace de cinq ou six jours, et si la guérison n'est pas obtenue après cette première tentative, on recommence immédiatement l'emploi du mastic aux mêmes doses. Si alors l'incontinence persiste, il ne faut pas insister ; mais l'insuccès est l'exception (1).

A ces moyens, nous ajouterons la *belladone*, conseillée par Morand, remise en honneur par Bretonneau et par un grand nombre de contemporains. On donne 1 centigramme par jour, puis 2, 3 et jusqu'à 10 centigrammes. Dans un grand nombre de cas, ce moyen donne les meilleurs résultats et fait disparaître l'incontinence nocturne.

Dans quelques cas on peut avoir recours à l'électuaire que le docteur Millet indique comme lui ayant réussi mieux que tout autre moyen, dans l'incontinence d'urine chez les adolescents :

℞ Cannelle en poudre	32 grammes.
Limaille de fer	100 —
Ergot de seigle	15 —
Sucre	} aa 100 —
Miel	

Mélangez. A prendre 1 gramme matin et soir.

Il s'agit ici, bien entendu, de l'incontinence permanente liée à un état de débilité générale, et non de cette incontinence *nocturne* qui cède si merveilleusement à la *belladone*, et qui semble être le résultat d'une intolérance du muscle vésical réveillée par la chaleur du lit.

CHAPITRE X

DYSURIE ET RÉTENTION D'URINE.

On donne le nom de *dysurie* à la douleur et à la difficulté très-grande qui accompagnent l'émission des urines.

§ I. — Dysurie.

La dysurie peut être accompagnée de rétention d'urine. On l'observe surtout chez les garçons, au moment du travail de la dentition, dans les cas de corps étrangers de la vessie, et principalement dans des circonstances toutes spéciales, à la fin des maladies aiguës. Voici alors la cause de cet accident. Pendant la durée de l'état fébrile, les urines sont rares, elles déposent une grande quantité de sels qui sortent plus tard lorsque les urines reviennent très-abondantes. L'excès des sels irrite l'urèthre, produit la douleur, la difficulté de la miction et l'anurie.

Chaque fois que les enfants veulent uriner, ils pleurent et crient beaucoup ; souvent ils cherchent à se retenir, et n'urinent qu'au dernier moment, ce qui peut amener une véritable rétention des urines.

Des boissons émoullientes, diurétiques, en abondance, et des bains suffisent pour guérir cette disposition, qui ne dure jamais plus de quelques jours et qui n'offre aucun danger.

(1) Debout, *Bulletin de thérapeutique*.

§ II. — Rétention d'urine.

La dysurie qui succède à une dentition laborieuse, ou à un calcul vésical, ou à une maladie aiguë, entraîne quelquefois la rétention d'urine, même chez les enfants âgés de quelques mois. En voici un exemple très-curieux, observé par Rousse (de Bagnères en Bigorre).

Dans ce fait, les accidents de la rétention d'urine, qui auraient pu devenir très-graves, ont été conjurés par le cathétérisme vésical.

OBSERVATION. — Un enfant de six mois, bien constitué, d'un tempérament sanguin et impressionnable, ayant bon appétit, tétant bien, urinant huit à dix fois dans les vingt-quatre heures, devient pâle, abattu, tombe dans l'assoupissement et cesse d'uriner. Cet enfant commence sa première dentition.

Depuis quelques heures seulement les urines sont supprimées. L'enfant est abattu et endormi ; ses extrémités sont froides ; il ne veut plus teter. L'hypogastre est un peu tuméfié, ainsi que le scrotum. Le pénis est un peu en érection. — Linges chauds sur le ventre, lavement d'eau tiède.

A neuf heures, l'enfant n'a pas uriné ; il reste pâle, froid, à moitié endormi et pousse quelques plaintes. Pas de cri hydrocéphalique, d'agitation, de machonnements, de réveils en sursaut ni des convulsions. — Cataplasmes émoullients sur le ventre, bain de son, deux cuillerées de sirop de rhubarbe, lavement émoullient.

A quatre heures du soir, la rétention persiste. Le ventre se gonfle, et l'hypogastre, très-tendu, offre une matité à la percussion, qui indique la réplétion de la vessie.

Même état de faiblesse, d'abattement, de somnolence et de petitesse du pouls. L'enfant vomit de la bile mêlée de quelques grumeaux de lait.

Le cathétérisme avec une sonde de gomme élastique sans mandrin donne issue à un plein verre d'urine.

Aussitôt l'enfant paraît soulagé ; il cesse de se plaindre, mais reste pâle, abattu et refroidi. Il vomit encore deux fois de la bile. — Compresses d'huile camphrée sur le ventre, vésicatoire camphré au bras gauche, 5 centigrammes de calomel, tisane de chiendent nitré pour la mère.

A huit heures du soir, l'enfant a vomé une troisième fois et a rejeté deux à trois cuillerées de bile. Il urine et paraît plus calme ; ses couleurs réparaissent ; il se réveille et tette avec une sorte de rage. La chaleur revient et le pouls reprend son caractère naturel.

Le lendemain, l'enfant urine facilement et paraît en bonne santé.

La rétention d'urine est très-rare chez les enfants à la mamelle ; il y en a peu d'exemples dans les livres spécialement consacrés aux maladies de l'enfance, et où l'on parle plutôt de la dysurie, c'est-à-dire de la douleur et de la difficulté des mictions. La rétention est aussi rare que l'incontinence est commune. Cet accident résulte ordinairement d'une affection cérébrale, de corps étrangers de la vessie, et surtout de graviers ou de calculs urinaires ; il se montre quelquefois à la fin des maladies aiguës ; il accompagne quelquefois enfin le travail de la dentition, si l'on en croit les assertions d'Underwood. Chez l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire, c'est cette dernière influence qui semble avoir été la cause des accidents qu'il a éprouvés.

Malaise général, abattement, somnolence, petitesse du pouls, refroidissement, agitation et plaintes continuelles, vomissements bilieux, distension de la vessie à l'hypogastre par les urines : tels sont les accidents de la rétention d'urine chez un jeune enfant.

Que serait-il donc advenu si l'on n'avait pas reconnu la cause des souffrances, et si l'on n'avait pu réussir à introduire une sonde dans la vessie ? C'est ce qu'il est très-difficile de dire ; mais les troubles graves observés dans le pouls, dans la température du corps et dans les fonctions de l'estomac étaient de nature à faire craindre

une terminaison fâcheuse, et probablement même la mort eût été la conséquence de cette rétention.

Le cathétérisme était la seule ressource dans ce cas embarrassant et difficile; notre correspondant a bien fait d'y recourir, et nous l'estimons très-heureux d'avoir pu vaincre les difficultés de l'opération. La longueur du prépuce, la petitesse du méat et du canal chez un garçon de six mois, étaient autant d'obstacles qui ont été habilement évités. Le choix d'une petite sonde de gomme élastique sans mandrin, de préférence à une sonde de métal, a été pour beaucoup dans ce résultat : c'était le moyen d'arriver plus sûrement dans la vessie sans craindre de faire une fausse route.

CHAPITRE XI

CALCULS DE LA VESSIE CHEZ LES ENFANTS

Les calculs sont très-communs chez les enfants et dépendent sans doute de la gravelle normale des reins du nouveau-né, lorsqu'un fragment d'acide urique, venu des reins dans la vessie, devient le noyau de la pierre. Le docteur Prout rapporte que, sur un total de 1256 calculeux opérés dans les hôpitaux de Bristol, Leed et Norwich, 300 avaient moins de dix ans.

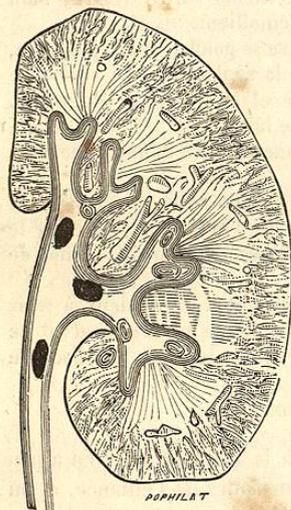


Fig. 115. — Coupe médiane du rein (*).

Sur 478 individus traités à l'hôpital de Norfolk et Norwich pendant un période de quarante-quatre années, il y en avait 227 jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Comme le fait remarquer Giraldès (1), cette maladie semble prédominer dans certains pays; elle est très-commune en Perse, ainsi que l'ont démontré Pollack et Tholozan (2). Ce chirurgien, qui a résidé longtemps en Perse, a publié un résumé de 156 opérations pratiquées pendant huit années, de 1852 à 1860, et dont 118 sur des sujets au-dessous de quinze ans. L'assertion précédente, à savoir, la prédominance de l'affection calculeuse dans quelques contrées, est surtout vraie pour ce qui concerne les enfants. Elle est commune dans le Nord, en Angleterre, et principalement dans le comté de Norfolk, en Hollande. En Amérique,

elle est rare dans divers États, le New-Jersey, la Nouvelle-Angleterre; rare aussi chez les hommes appartenant à la race nègre. L'alimentation, la misère, les habitudes, paraissent jouer un certain rôle dans leur production.

Les calculs sont fréquents dans le premier âge de la vie. On les rencontre même à la naissance. A cette époque, comme je l'ai constaté, on trouve les bassinets quelquefois remplis de petits calculs composés d'acide urique (fig. 115). On observe souvent, ainsi que cela a été signalé par le professeur Schlossberger et confirmé par le professeur Martin (d'Iéna), les tubes urinaires gorgés de matière saline, ayant

(1) Giraldès, *Leçons cliniques* (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

(2) Tholozan, *Bulletin de la Société de chirurgie*.

(*) Les trois points noirs représentent trois graviers, dont deux sont dans le bassinet et un dans l'uretère. (Mallez.)

l'aspect de hachures, d'un jaune de chrome, occupant la place des tubes des pyramides. Je le répète, j'ai maintes fois constaté cela chez des enfants au moment de la naissance.

Chez les enfants, la pierre, rarement multiple, produit souvent la cystite chronique et la suppuration des reins. L'urate de soude en est le principe dominant.

Le diagnostic n'en est pas difficile, cependant il y a des malades chez lesquels la névralgie de la vessie peut, comme chez l'adulte, donner lieu à une grande erreur.

OBSERVATION. — Un enfant de quatre ans accusait depuis quelque temps des douleurs aiguës dans l'émission de l'urine, dont le jet sortait bifurqué ou en spirale, ou se suspendait tout à coup. Prépuce allongé. Bien que la première exploration n'ait pas décelé la présence du calcul supposé, un corps dur, résonnant, ayant été constaté par plusieurs chirurgiens à un second cathétérisme, la taille fut résolue et pratiquée par le procédé bilatéral de Dupuytren. L'opération fut rapide et sans accidents, mais le doigt introduit dans la vessie ne trouva aucun calcul. Quinze jours après, la plaie périnéale était cicatrisée et le malade entièrement guéri (1).

Cette erreur n'est pas la première, d'éminents chirurgiens l'ont commise. Il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter, bien que l'on s'explique difficilement comment la sensation d'un corps dur peut être perçue dans une cavité qui n'en contient pas, et qui ne renferme aucune autre tumeur. Comment expliquer surtout la guérison consécutive? Deux suppositions seules peuvent en rendre compte : c'est l'existence d'une valvule véscico-urétrale divisée et disparue par la cystotomie; sinon, l'existence beaucoup plus probable d'une lacération ou fissure de la muqueuse vésicale au voisinage du col, donnant lieu à des spasmes, guérie par une simple incision, comme cela se passe sur l'intestin et ailleurs. C'est ainsi que Richard (2) en a rapporté des exemples concluants, notamment celui d'un médecin qui se mourait de douleurs vésicales, et qu'il fit cesser instantanément par la lithotomie.

Traitement. — La présence du calcul étant bien évidente, à quelle opération doit-on recourir? Il y en a deux : la taille et la lithotritie; celle-ci, non sanglante, donnant la plupart du temps d'excellents résultats; tandis que l'autre, également avantageuse, amène fréquemment de graves complications. Mais, pour ce qui concerne les enfants, en particulier les plus jeunes, les choses ne se passent pas de même; et l'on peut dire, en thèse générale, que la lithotomie est préférable à la lithotritie. Cette dernière méthode offre cependant quelques succès. En voici quelques exemples dus à M. le docteur Porta :

OBSERVATION I. — Petite fille de cinq ans chez laquelle on essaya vainement, mais sans accident, le 8 avril, après anesthésie par le chloroforme, de broyer la pierre (ayant environ $\frac{3}{5}$ d'un pouce) après avoir introduit une petite pince à polype. Le 18, nouvelle chloroformisation, introduction du lithotriteur de Mathieu qui peut se mouvoir facilement dans la vessie, bien que sa cavité ne fût distendue ni par de l'eau, ni par de l'urine, mais qui ne rencontra pas la pierre. Le 6 mai, un petit lithoclaste à mors plats fut introduit et broya le calcul, dont la poussière montra qu'il était constitué par du phosphate de chaux. Il n'y eut aucun accident, et, huit jours après avoir rendu spontanément de petits fragments aigus, la petite malade était entièrement rétablie.

OBSERVATION II. — Un petit garçon de six ans, chez lequel on broya également la pierre avec un petit lithotriteur. La première opération dura environ quatre minutes. Il n'y eut aucune réaction fébrile et des fragments furent rendus les jours suivants. Trois opérations furent faites : le 3 août, le 10 et le 15, sans que la vessie fût distendue. Le 6 septembre, il ne restait plus de calcul.

(1) D^r Jona, *Giornale Veneto di sc. mediche*.

(2) Richard, *Bull. de la Société de médecine de la Seine*, 1866. — Voy. T. Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, trad. par O. Larcher. Paris, 1870.

Le docteur Oppizzi, commentant ces cas, dit que, dans tous les deux, l'opération de la lithotritie a été remarquable par la facilité avec laquelle s'est broyée la pierre, par la rapidité avec laquelle la guérison s'est effectuée et par l'absence complète de complications ultérieures. On ne doit pas s'attendre toujours à un résultat aussi satisfaisant, mais il croit que, pour les calculs petits et fragiles, la lithotritie est préférable, parce qu'elle offre moins de danger que la taille.

M. de Saint-Germain a tenté avec succès la lithotritie chez un jeune garçon de l'hôpital des Enfants-Malades de Paris. C'est évidemment une méthode qui doit trouver son application chez les enfants comme chez les adultes, et nous sommes entièrement de l'avis du docteur Oppizzi (1).

Voici, selon Giraldès, quels sont les bénéfices donnés pour chacune de ces deux méthodes :

« De cinq à dix ou douze ans, la taille est plus favorable ; elle l'est encore d'un an à cinq, puisque la mortalité n'est que de 1 sur 15. Cependant ce procédé céderait le pas à la lithotritie, si de celle-ci on retirait le même profit. Or, la lithotritie n'a pas été aussi heureuse, sauf quand il s'agissait de calculs peu volumineux chez des sujets de douze ans.

» Sur 21 pierreux lithotritiés par Guersant, 6 succombèrent : 2 des accidents de l'opération et 4 de maladies intercurrentes. A cette époque de la vie, la vessie est presque toujours très-sensible, contractile. Néanmoins il est des circonstances où la lithotritie est applicable.

» Ce qui fait qu'elle est suivie d'accidents du côté de la vessie, c'est que, chez l'enfant, cet organe est pour ainsi dire péritonéal ; de plus, à l'irritabilité naturelle s'ajoute l'irritabilité morbide. La péritonite est la cause la plus générale de l'insuccès de la lithotritie chez les enfants.

» Si c'est pour la taille que l'on se décide, quel procédé emploiera-t-on ? Les tailles se divisent en deux classes : sus-pubiennes et périnéales. Celles-ci sont multiples : bilatérale, latérale, médiane, médio-latérale ; celle de Civiale, les tailles recto-vésicale, prérectale. C'est la taille latérale qu'il faut adopter. Elle est préférée, chez les enfants, par la majorité des chirurgiens.

» La taille latéralisée se compose de trois incisions dont la longueur va en diminuant de l'extérieur à l'intérieur. La première s'étend jusqu'aux muscles bulbo-caverneux et transverse ; la seconde, moins étendue, n'intéresse que la portion musculieuse de l'urèthre ; la dernière incision porte sur la vessie et la prostate.

» Quels sont les instruments dont on fait usage ? Ils varient ; ce sont des instruments conducteurs et des instruments tranchants : des bistouris, des bistouris cachés, connus sous le nom de lithotomes, des gorgerefs tranchants, etc. Giraldès se sert du lithotome caché.

» Les chirurgiens anglais employaient autrefois le gorgeref tranchant. Cet instrument rend l'opération brillante ; mais il a un inconvénient : il peut s'échapper du cathéter et aller couper les parties voisines, le rectum par exemple.

» Reste à indiquer la position du malade, celle des aides. Naguère on attachait le malade avec des lacs : avec le chloroforme, ces mesures quasi-barbares sont inutiles. Un aide maintient le genou, écarte les jambes du patient. L'aide qui tient le cathéter a le rôle le plus important.

» L'opération se fait en deux temps : incision des parties molles et de l'urèthre ; incision de la vessie. Ce dernier temps terminé, le chirurgien introduit le doigt dans la vessie et s'en sert comme d'un conducteur pour l'introduction des tenettes et

(1) *The London medical Record*, 15 avril 1874.

saisit le calcul, qu'il ramène doucement au dehors. Avec le doigt il explore ensuite la vessie, afin de s'assurer que tous les calculs ont été extraits.

» Si par hasard une hémorrhagie succédait à l'opération, on l'arrêterait facilement en touchant légèrement la plaie avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer, ou même en introduisant une canule appropriée, à la faveur de laquelle on exercerait sur les parties saignantes une légère compression. »

CHAPITRE XII

ÉPANCHEMENTS URINEUX CHEZ LES ENFANTS

Il se fait chez l'enfant comme chez l'adulte des infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire des bourses, du périnée et du petit bassin, qui ont les conséquences les plus fâcheuses pour les malades. Chez l'enfant la maladie diffère beaucoup de ce qu'elle est chez l'adulte. On ne l'observe guère que de deux à sept ans et elle résulte presque toujours de graviers arrêtés dans l'urèthre, ainsi que l'a établi Cooper Forster d'après un certain nombre d'observations que je rapporterai plus loin. Dans tous les cas, dit ce chirurgien, l'épanchement urinaire reconnaît pour cause l'arrêt d'un calcul dans un point quelconque de l'urèthre ; ce calcul ulcère la membrane muqueuse du canal, et c'est par cette voie que se fait l'infiltration ; chez l'adulte, au contraire, une semblable cause est tout exceptionnelle. Cependant il ne s'ensuit pas nécessairement, de ce qu'un calcul est arrêté dans l'urèthre, qu'il se formera un épanchement urinaire. Cooper Forster rapporte, en effet, à l'appui de cette dernière assertion, un fait curieux d'un calcul qu'il a extrait de l'urèthre, où il était arrêté depuis plusieurs semaines ; ce calcul présentait une sorte de gouttière analogue à celle qui existe sur un grain de café, gouttière qui permettait à l'urine de s'écouler au dehors ; il avait séjourné pendant plusieurs semaines dans l'urèthre, mais il n'avait pas ulcéré la muqueuse et n'avait donné d'autre signe de son existence qu'un peu de douleur.

Symptômes. — Le premier symptôme des épanchements urinaires semble être une rétention d'urine, qui n'est ni toujours ni nécessairement complète, circonstance qui doit paraître étrange ; mais, chez les enfants, toute diminution de la quantité d'urine rendue, accompagnée de gonflement ou de douleur dans le périnée, doit appeler sérieusement l'attention du chirurgien. Il est constant que, chez les enfants, un épanchement urinaire, qui peut devenir mortel, peut se faire lentement, bien qu'il continue à passer par l'urèthre une certaine quantité d'urine ; la possibilité de cet accident doit toujours être présente à l'esprit. Les malades savent si peu quelle est la gravité d'un épanchement urinaire dans le périnée, et quelquefois ils ont si peu de douleurs dans les premiers moments de l'accident, que souvent l'attention du médecin peut être détournée, lorsque le malade affirme que l'urine passe par l'urèthre. Il serait d'autant plus facile d'écarter cette idée, que souvent le petit malade a eu quelques symptômes indiquant la présence d'un calcul dans la vessie, et que l'état général est quelquefois très-grave dès le début de l'infiltration urinaire.

Une fois cette étiologie de l'épanchement urinaire chez les enfants admise, c'est-à-dire si, en dehors d'un accident, l'infiltration ne reconnaît pas d'autre cause que la présence d'un calcul, le traitement est bien clairement indiqué. A en juger par les résultats obtenus dans les observations IV et V, il faut aller à la recherche du calcul et l'extraire dès que l'on a diminué par de larges incisions le gonflement causé par l'infiltration de l'urine, et non pas attendre, comme cela est généralement

conseillé et pratiqué, que le gonflement des parties soit complètement disparu avant d'extraire le calcul, si l'on en soupçonne l'existence. Dans un cas, une sonde, placée dans la vessie après que le calcul était expulsé, s'était accidentellement bouchée et avait rempli alors le même office que le calcul, en empêchant la sortie de l'urine. Il est vrai que, chez le malade, la pierre était restée sept semaines avant de sortir; mais, malgré la vigueur de cet enfant, le chirurgien était chaque jour plus inquiet de son sort et n'a cessé de craindre que lorsqu'il vit le calcul rejeté; c'est aussi à partir de ce moment que l'enfant commença à se rétablir. Tout délai dans l'extraction du calcul est donc une fâcheuse condition et il faut s'empresse d'aller à sa recherche.

Voici maintenant les observations publiées par M. C. Forster :

OBSERVATION I. — Enfant délicat, deux ans, admis en mai 1854. La veille de son entrée, il fut pris d'une rétention d'urine, qui fut bientôt suivie d'épanchement urinaire comprenant le périnée et le scrotum. On incisa les parties infiltrées, et un petit calcul s'en échappa. Le lendemain on plaça une sonde à demeure dans la vessie; mais la sonde se boucha bientôt, et un nouvel épanchement vint envahir la partie inférieure de l'abdomen; on fit de larges incisions; tout fut inutile, l'enfant mourut le neuvième jour.

Autopsie. — Le péritoine est couvert de lymphes graisseuses. Dans le scrotum, on trouve une petite plaie ulcéreuse, communiquant en arrière avec la base de la vessie, et en avant avec une plaie semblable située près du gland; tout le tissu cellulaire de la région est infiltré. Il y avait aussi une ulcération en dehors de la prostate, s'étendant jusqu'au repli du péritoine à gauche. Tous les autres organes étaient sains.

OBSERVATION II. — Garçon de cinq ans, admis en février 1856. La veille de son entrée, il avait eu d'abord de grandes difficultés à uriner, puis enfin une rétention complète; il se fit une infiltration urinaire dans le périnée et le scrotum, qui se gonflèrent considérablement; on fit de larges incisions: l'infiltration augmenta encore, et un petit calcul fut expulsé. Il y avait chez cet enfant une coloration livide particulière de la peau de l'abdomen, les veines étaient dilatées, l'épanchement remontait jusqu'au sommet du cordon spermatique. L'enfant mourut d'épuisement le vingt-huitième jour après l'opération.

Autopsie. — L'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané a envahi même les muscles abdominaux; ils sont infiltrés d'une sécrétion purulente verdâtre et commencent à se gangrener en certains points. Il n'y a pas de trace de péritonite dans les points correspondants, circonstance notable. La plaie gangréneuse du périnée et du scrotum avait mis à nu une portion considérable de l'urètre, la presque totalité de la portion spongieuse.

OBSERVATION III. — Garçon chétif de quatre ans, admis en mai 1856, avec tous les symptômes d'un calcul vésical. On le porte à la salle d'opérations; mais comme on ne peut retrouver le calcul, on renvoie le malade sans rien lui faire. Cinq jours après, il se fit une infiltration urinaire dans le scrotum, la verge et la partie inférieure de l'abdomen, accompagnée d'une grande prostration; une sonde fut introduite dans la vessie, et l'on incisa le périnée et le scrotum; on ne trouva pas de calcul. L'enfant mourut au bout de douze heures.

Autopsie. — L'urètre est ulcéré en face du scrotum, l'épanchement urinaire s'est fait par là; le calcul est enfoncé dans une cavité gangréneuse.

OBSERVATION IV. — Un vigoureux garçon de vingt-neuf mois est admis en septembre 1856, avec un épanchement urinaire, comprenant le périnée, le scrotum et la verge; il n'a pas eu de rétention d'urine, mais seulement des difficultés à uriner. Une sonde de gomme élastique est introduite dans la vessie et l'on incise les parties infiltrées: l'épanchement se renouvelle à plusieurs reprises pendant sept semaines, on pratique de nouvelles incisions. Enfin, après ce temps, un petit calcul s'échappa par une des incisions. Depuis lors, les accidents cessèrent et la guérison fut prompte.

OBSERVATION V. — Garçon délicat de trois ans, entré en mai 1857. Depuis environ

un mois, il souffre en urinant. Il y a neuf jours, il a eu une rétention partielle d'urine: le scrotum, la verge et la partie inférieure de l'abdomen commencent à s'infiltrer; quelques points même sont gangrénés; l'enfant semble mourant. On le chloroforme et l'on pratique de larges incisions sur les parties infiltrées: on incise le prépuce, qui présentait un phimosis et l'on passe une sonde dans l'urètre, cette sonde fait découvrir un calcul situé dans l'urètre; on ouvre le canal sur ce point et le calcul est extrait. Les parties gangrénées se nettoyaient et se couvrirent bientôt de bourgeons de bon aspect; le dix-huitième jour, on commença à dilater l'urètre, et, au bout de quelques jours, l'urine passa entièrement par ce canal. Une bonne alimentation fortifia l'enfant, qui sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

CHAPITRE XIII

DILATATION DES URETÈRES

Ce n'est pas là une maladie dont le diagnostic soit possible pendant la vie, c'est une lésion anatomique fort rare, dont Morel Lavallée a observé un exemple assez curieux pour être reproduit.

OBSERVATION. — Chez un enfant d'un an, l'uretère gauche dilaté offrait le diamètre de l'intestin grêle. La dilatation commençait au bassin inclusivement et s'étendait jusqu'à 1 centimètre de la vessie. Au-dessous de la dilatation, l'uretère était rétréci dans son diamètre inférieur, mais il recevait encore facilement un stylet.

Chose remarquable, la partie rétrécie de l'uretère rampait dans la paroi de la portion dilatée dans la hauteur d'un centimètre, disposition valvulaire semblable à celle de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Aussi l'uretère distendu par l'urine n'en laissait-il passer aucune trace dans la vessie sous la plus forte pression.

Le mécanisme de la rétention d'urine dans l'uretère était donc dû à la disposition valvulaire de sa partie rétrécie.

La cause de la dilatation consiste sans doute: 1° dans une oblitération qui a disparu; 2° antérieurement, dans la pression excentrique de l'urine retenue dans l'uretère.

L'uretère dilaté répondait à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le rectum était rejeté en face de la symphyse sacro-iliaque droite, et cependant le fond de la matrice était rétrofléchi à angle droit sur son col.

CHAPITRE XIV

TUMEURS DU TESTICULE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Les lésions organiques des testicules sont très-rares chez les jeunes enfants. Jusqu'ici elles ont été divisées en deux classes: les dégénérescences cancéreuses et les dégénérescences tuberculeuses. Il en existe deux nouvelles: la dégénérescence fibro-plastique et l'hypertrophie de la substance testiculaire, dont voici un fait:

Paul Guersant a présenté à la Société de chirurgie le testicule dégénéré d'un enfant de dix-huit mois. Cet organe ayant acquis le volume d'un œuf de dinde, Guersant croyait avoir enlevé une masse cancéreuse de la variété encéphaloïde; il s'était trompé et put voir au microscope que les éléments consécutifs de cette tumeur étaient formés par la substance du testicule hypertrophié.

Il en a peut-être été souvent de même dans plusieurs cas semblables publiés comme des exemples de cancer. Ce produit est si rare chez les enfants, qu'il ne faut en admettre l'existence qu'après une minutieuse vérification.

ARTICLE PREMIER

SARCOCELE

Dans l'observation qu'on va lire, il s'agit d'un véritable cancer du testicule, ayant donné lieu à une diathèse mortelle, caractérisée par d'autres tumeurs encéphaloïdes du foie et des poumons.

OBSERVATION I. — L'augmentation du volume de la glande fut remarquée pour la première fois alors que l'enfant avait dix-sept mois. L'ablation en fut faite dix mois plus tard, en mars 1857. Le testicule, qui avait alors la grosseur du poing d'un adulte, offrait un bel exemple de cancer encéphaloïde. Après l'opération, la santé de l'enfant se rétablit et resta intacte pendant huit mois. Au bout de ce temps, les poumons se prirent, la maladie marcha rapidement, et la mort arriva le 7 février, onze mois après l'opération.

Autopsie. — Les deux poumons sont infiltrés de matière encéphaloïde; un petit noyau gros comme un pois fut trouvé dans le foie, sans aucune autre altération des organes abdominaux. Il n'existait aucune trace d'infiltration cancéreuse ni dans le cordon spermatique, ni dans les ganglions lymphatiques des lombes.

Ce fait offre de l'intérêt au point de vue de la doctrine de la transmission héréditaire des affections cancéreuses : deux tantes de l'enfant, du côté paternel, étaient mortes de cancer au sein (1).

Voici une observation différente : c'est un hydro-sarcocèle vraiment cancéreux enlevé par Amussat sur un enfant de onze ans.

OBSERVATION II. — *Ablation de la tumeur sarcomateuse. Torsion des artères. Réunion par la suture entortillée.* — François Grelet, fils de fermier, à Avançon, commune d'Exirieu, près de Saint-Maixent (Deux-Sèvres), âgé de onze ans, tempérament lymphatique, teint jaune, plombé, intelligence remarquable pour son âge. Le père de sa mère est mort d'un cancer de l'estomac, et la grand'mère de sa mère d'un cancer à la face. Son affection semble remonter à plusieurs années, mais ses parents et lui ne s'en sont aperçus que depuis sept semaines seulement. Jamais il n'a senti aucune douleur, qu'une grande difficulté à la marche occasionnée par le volume et le poids de la tumeur. Cette tumeur occupe le côté droit de l'aîne, envahit le testicule et l'épididyme du même côté. Son volume est à peu près celui de la tête d'un enfant naissant, elle est piriforme, la grosse extrémité en bas et la petite en haut, ayant 59 centimètres dans sa plus grande circonférence perpendiculaire, et 37 centimètres dans sa plus grande circonférence transversale. Elle semble s'étendre jusque dans l'intérieur de l'anneau. Le cordon est gros, tendu, offrant sous le doigt une sensation analogue à celle de l'intestin hernié. Cette tumeur est dure, bosselée, lobulée à sa partie inférieure et postérieure, molle et fluctuante à sa partie antérieure et supérieure. Un grand nombre de vaisseaux variqueux rampent sous la peau.

Le jeudi 12 octobre 1854, à deux heures de l'après-midi, Amussat pratique l'opération, assisté par Lemanski, Seauzeu et A. Pellisson. L'enfant, couché sur une table presque horizontalement, est soumis avec les précautions convenables à l'inhalation du chloroforme. Un des assistants protège la verge et le testicule sain. Amussat pratique deux incisions semi-elliptiques à un demi-pouce au-dessous de la verge. Dissection de bas en haut, écoulement à la partie antérieure de sérosité épaisse, jumentuse; section et torsion d'une grosse artère du volume d'une digitale. En fendant la tunique vaginale plus longuement, une masse ressemblant à une anse intestinale se présente sous l'instrument tranchant. L'opérateur reste dans le doute, ainsi que les assistants. Après quelques recherches, il reconnut que l'objet de cette incertitude est, en définitive, la tunique vaginale retournée en haut et formant le doigt de gant. On en pratique la section. Amussat fait tout autour du cordon la section isolée des vaisseaux, puis, les saisissant au moyen d'un ténaculum, il en fait la torsion. L'effusion du sang s'arrête. C'est alors seulement que l'opérateur fait la section

(1) *Union médicale*, 23 décembre 1858.

du canal déférent. Trois ou quatre points de suture entortillée pour réunir par première intention les deux tiers supérieurs de la plaie. Quant à la partie inférieure, on laisse les deux bords libres, pour le facile écoulement des liquides. Linge fenêtré enduit de cérat, charpie, compresse, bandage en T, puis, par-dessus, un autre en triangle. Le premier appareil a été levé le 14 octobre, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération. Aucun accident; l'enfant est dans l'état le plus satisfaisant; tout fait espérer une guérison prochaine.

Examinée attentivement, la pièce pathologique est de consistance moyenne, élastique, lobulée. A l'incision, la surface de la coupe présente un assemblage de lobules intimement unis les uns aux autres, formant çà et là un léger relief à la surface lisse, d'un blanc rosé, parcourus de nombreux vaisseaux capillaires et ayant l'aspect de certains encéphaloïdes encore assez fermes; mais la pression n'en fait suinter qu'une petite quantité de liquide séreux un peu louche, et le tissu morbide est mollassé, sans friabilité; il cède à la pression, mais ne se laisse déchirer qu'avec peine.

Au microscope on y distingue des fibres, des vaisseaux et une grande quantité de cellules allongées, fusiformes, grenues, entremêlées de noyaux grenus libres et de granules de volumes variable.

ARTICLE II

TUBERCULOSE DU TESTICULE

Les tubercules du testicule se montrent chez des enfants très-jeunes. J'en ai vu plusieurs exemples. En voici un cas observé et opéré par Prestat (1).

OBSERVATION. — *Tumeur du testicule sur un enfant de neuf mois. Ablation du testicule.* — Henry P..., âgé de neuf mois, d'un tempérament lymphatique très-accusé, enfant gras, mais mou et pâle, a présenté dès le cinquième mois de sa vie un gonflement du côté gauche des bourses. Lors de mon premier examen, la transparence de la tumeur, son poids relativement léger, me donnèrent à croire que j'avais affaire à une de ces hydrocèles si fréquentes dans la première enfance et dont un bon nombre guérissent sans opération. Je prescrivis des applications d'eau tenant en dissolution du sel ammoniac. Au bout de six semaines, voyant que je n'avais rien gagné, je conseillai des onctions avec une pommade contenant 1 gramme d'iodure de potassium pour 30 grammes d'axonge. La maladie restait stationnaire, lorsque au milieu de novembre, cet enfant me fut ramené et je constatai que la tumeur était complètement opaque, qu'elle était beaucoup plus lourde et qu'elle augmentait rapidement de volume. Cette tumeur mesurait alors 6 centimètres en hauteur sur 4 de large. Elle était indolente, même à une pression modérée.

Une ponction exploratrice ne ramena que du sang en petite quantité et quelques gouttes d'un liquide visqueux et louche.

J'avais affaire à un sarcocèle tuberculeux; les antécédents de la famille, — un frère aîné a succombé il y a trois ans à une phthisie pulmonaire, une autre fille est lymphatique et presque idiote, — en outre, la coloration fraîche de l'enfant, éloignaient l'idée d'un cancer, affection d'ailleurs assez rare chez l'enfant.

Après avoir pris conseil de Marjolin, je proposai aux parents l'amputation du testicule, qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 30 novembre, avec l'aide de mes collègues de l'Hôtel-Dieu. L'enfant préalablement chloroformé, je disséquai rapidement le testicule en enlevant une portion de la peau de la face antérieure du scrotum, une ligature en masse fut placée sur le cordon testiculaire à la sortie de l'anneau inguinal, aussi haut que possible, et le cordon fut coupé en deçà de cette ligature. L'enfant perdit à peine une petite cuillerée de sang.

Le pansement fut à peu près celui d'une hernie inguinale opérée.

Sauf la douleur inévitable des premiers jours, les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La ligature se détacha le cinquième jour sous une légère traction; la plaie diminua rapidement et aujourd'hui, dix-neuf jours après l'opération,

(1) Prestat, *Gazette des hôpitaux*, n° 12, 1868.