nait beaucoup, et, selon la mère, les urines avaient un goût sucré. Elles n'ont pu être examinées.

Les deux premiers enfants suivis pendant six semaines furent mis à l'usage du vin de quinquina, aiguisé d'acide chlorhydrique (1 gramme pour 100), et prirent des bains alcalins. Leurs urines devinrent moins abondantes, pesaient 1 à 2 degrés, étaient plus colorées et n'avaient plus le goût fade qu'elles avaient au début du traitement, bien qu'elles ne pesassent que 0 degré et qu'elles ne continssent pas de sucre.

L'enfant de dix-sept mois était en voie d'amélioration ; il mangeait moins, dormait mieux, buvait plus raisonnablement ; les urines étaient plus abondantes, mais tout à coup survint un croup rapidement mortel.

Ces faits, dont la signification est incertaine, ont cependant l'intérêt de la rareté. Ils montrent la glycosurie polyurique, tandis que chez les enfants la polyurie existe ordinairement toute seule.

Traitement. — Le diabète peut guérir complètement chez les jeunes sujets, et j'en ai traité plusieurs avec succès.

Le traitement ne diffère pas de ce qu'il est dans l'âge adulte. Aucun motif, quant à présent, ne force à le modifier.

Une alimentation animale, du bon vin, du vin de quinquina aiguisé d'acide chlorhydrique, du chlorure de sodium, du bicarbonate du soude, 2 à 3 grammes ; du bromure de potassium, 3 grammes ; 2 à 3 gouttes de teinture d'iode ; le séjour à la campagne, l'exercice gymnastique ; le gluten, en potage et en pain, d'une façon exclusive ; les œufs, le lait, du biscuit d'amandes ou de noisettes, la suppression du pain ordinaire et de tous les féculents, telles sont les bases du traitement de la glycosurie.

Dans un cas de guérison cité par Morton, l'enfant fut mis à la diète lactée la plus sévère. La seule boisson qu'on lui permit pour étancher sa soif, fut un mélange de miel et d'eau ferrugineuse. Il se trouvait très bien de ce régime, et son état s'améliorait sensiblement. Il s'aggravait chaque fois qu'une dent se préparait à sortir. Alors on fit prendre tous les matins quelques centigrammes de rhubarbe, et le soir un peu de diascordium au moment du coucher. Au bout de deux années, c'est-à-dire à la fin de la première dentition, la guérison était complète.

CHAPITRE IX

CANCER DU REIN

Le cancer du rein est aussi rare chez les enfants que les autres cancers. Les symptômes sont très obscurs. Il produit l'amaigrissement, l'état cachectique et une fièvre lente, paroxystique, qui ressemble à la fièvre intermittente, irrégulière, des enfants. Comme avec ce symptôme il y a tumeur, si par hasard elle se trouve à gauche, on peut croire à une rate hypertrophiée, ce qui confirme dans l'idée d'une fièvre intermittente. Cette erreur a été signalée par Martineau dans le fait suivant :

Observation I. — Un enfant de deux ans que l'on croyait affecté de fièvre intermittente irrégulière, avec tumeur bosselée de l'hypochondre gauche, mourut. On trouva un cancer du rein gauche surmonté de la rate adhérente. Elle avait 30 centimètres de long sur 25 de large et pesait 1,980 grammes. Elle avait refoulé tous les organes voisins. Couverte d'une membrane lisse, remplie de caillots sanguins à divers états, elle renferme des îlots de substance blanche jaunâtre, vasculaire, encéphaloïde, et au microscope offre les éléments du *sarcome fasciculé* (1).

(1) Martineau, *Bull. de la Société des hôpitaux*, mars 1875.

Observation II. — *Sarcome congénital 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.

Observation III. — 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 2,500 grammes. Il était revêtu d'une 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

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

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'urèthre, 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'urèthre, pour éviter une agglutination nouvelle.

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 distention 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 du l'urèthre n'est pas à l'extrémité du gland.

Il y a quatre espèces d'hypospadias. Dans la première, l'urèthre 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 fesse naviculaire. Dans la seconde espèce, l'urèthre 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'urèthre. 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 comme assez fréquente. D'après ce chirurgien, l'urèthre 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, dit Boyer, l'urèthre 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'urèthre, 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'urèthre 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 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'urèthre 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, 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'urèthre persistait, la fistule de l'hypospadias étant à peu près fermée.

Dans les cas où l'urèthre 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 réunit 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, 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'urèthre ou le méat urinaire; l'urèthre 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 : soit de la constipation, soit des urines chargées d'acide urique, soit enfin d'oxyures du rectum.

Il faut donner à boire un demi-verre d'eau de Vichy en cas de gravelle urique; 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 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 ovalaire 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 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, il s'écoula peu de sérosité, mais en comprimant la tumeur, il sortit une humeur semblable à de la bouillie claire. On agrandit 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 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 circoncision 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

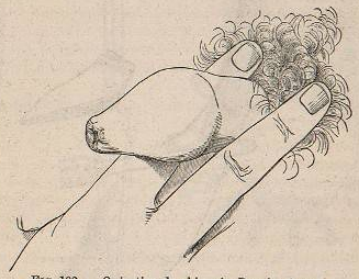

Fig. 102. — Opération du phimosis. Premier temps.

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 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 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, plus simple et plus innocente qu'aucune de celles employées jusqu'à ce jour, donne à l'opéré tous les avantages de la conformation

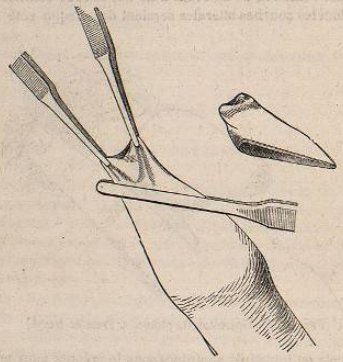

FIG. 103. — Opération du phimosis. Deuxième temps.

la plus régulière et la plus parfaite, et parait 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 médius de la main droite, et tire la peau du côté du pubis (fig. 102). 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. 103). Avec la main droite, celui-ci applique alors la pince à pression continue, sorte de pince à branches entre-croisées, munie en dedans des mors de pointes destinées à fixer les parties, à empêcher le glissement de la muqueuse (fig. 104 et 105). Cette pince est appliquée obli-

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

quement 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 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

FIG. 104. — Pinces à pansement à branches entre-croisées.

FIG. 105. — La même, fermée.

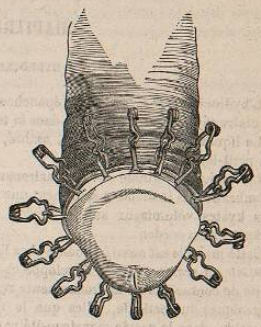

FIG. 106. — Le pénis, avec les serres-fines appliquées.

trait, la coupe est oblique et le frein se trouve conservé. On a enlevé un lambeau, comme on le voit dans la figure 103.

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 muqueuse 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 sont 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 106 représente l'opération terminée, le nombre, la distance des serres-fines. On voit les serres-fines sous toutes leurs faces. 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 soin, la réunion existe. (Aug. Vidal de Cassis.)

CHAPITRE VI

HYDROCÈLE

L'hydrocèle est formée par l'épanchement de sérosité dans le cordon testiculaire (*hydrocèle enkystée*) ou dans la tunique vaginale (*hydrocèle 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.

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. 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, 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 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*.

Hydrocèle vaginale. — 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.

Diagnostic. — 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.

Traitement. — 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 de *pommades résolutives* ou d'applications bi-quotidiennes de *collodion riciné* sur les bourses ou la tumeur du cordon, et enfin 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.

Comme *application topique résolutive*, 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. Ce moyen n'a aucun danger.

OBSERVATION II. — *Hydrocèle guérie par un emplâtre de cyanure de mercure.* — 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 légèrement douloureuse le lendemain, puis devient 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 exige un traitement particulier. Cet engorgement disparaît facilement sous l'influence de l'application persistante d'un emplâtre de Vigo, renouvelé plusieurs fois.

CHAPITRE VII

FONGUS ET CANCER DU TESTICULE

Les fongus cancéreux du testicule n'existent pas chez les très jeunes enfants. On rencontre plus souvent le fongus 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 fongus, qui grossit rapidement.

Le volume de ces tumeurs, dit Jarjavay (1), est ordinairement celui d'une

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

noisette ou d'une noix; il peut même atteindre celui d'un œuf de poule (fig. 107). 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 recouvertes 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 appréciable, 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 fongus laisse voir une masse jaunâtre, compacte et sillonnée par des vaisseaux; la couleur dominante dépend de la présence constante de cette substance jaune, signalée par A. Cooper, Brodie et

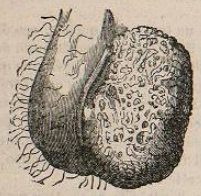

FIG. 107. — Fongus du testicule; aspect extérieur.

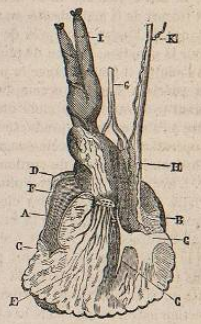

FIG. 108. — Fongus du testicule. Dilatation et développement du système vasculaire (*).

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 108 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.

A l'examen microscopique de la tumeur (fig. 109), 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 spermatiques.

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

En voici un exemple sur un enfant de 10 mois.

OBSERVATION. — Un enfant bien portant, âge de 8 mois environ, fut présenté à M. Depaul; il avait une tumeur cylindrique, solide, située dans le scrotum à gauche, se continuant avec le cordon et paraissant, par conséquent, siéger réellement dans le testicule gauche; elle mesurait 3 centimètres de hauteur, 2 centimètres de dimension transversale. — La peau était mobile sur le testicule; il n'y avait pas d'épanchement dans la tunique vaginale. On resta dans le doute au sujet du diagnostic, et cette tumeur fut traitée par les fondants.

FIG. 109. — Fongus du testicule; examen microscopique.

L'enfant continuait à prospérer, à n'éprouver aucune douleur, même quand on touchait sa tumeur; un jour la peau du scrotum devint rouge, adhérente en un point de la tumeur; plus tard un abcès s'ouvrit en ce point, et il resta un orifice fistuleux qui s'agrandit, et par lequel le tiers de la tumeur environ fit hernie.

La castration fut faite sans anesthésie, elle fut facile; le cordon fut sectionné très rapidement avec l'écraseur; aucune hémorrhagie primitive ni secondaire. L'enfant avait à ce moment 10 mois.

L'opération eut des suites très simples; au bout de quinze jours la cicatrisation de la plaie de castration était à peu près complète.

La tumeur présentait un aspect rugueux dans sa partie herniée, lisse dans sa partie supérieure. A la coupe, elle présentait un tissu blanc-jaunâtre dont le râclage donnait un suc cancéreux. — A l'examen microscopique, on constata que cette tumeur était un cancer; mais ce cancer avait cela de particulier qu'il était de composition mixte: sarcomateux dans une partie de la tumeur, il était squirrheux dans la plus grande partie.

Dans un fait observé par Gosselin (1), le jeune enfant présentait en même temps des plaques muqueuses caractéristiques à l'anus. Il s'agissait donc d'un fongus 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 antiseptiques, résolutives, légèrement caustiques au besoin. C'est à ce dernier mode de traitement, préconisé par Curling, que Gosselin s'est arrêté.

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, 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 (2).

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité*, 3e édition. Paris, 1879, tome II, p. 645.

(2) Verneuil, *Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire* (*Archives de médecine*, 1855)

Observation I. — Un enfant observé par Prochaska était né avec une tumeur dans l'aine 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 (de Landshut) a observé un enfant né avec une tumeur considérable du scrotum. 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 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 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. Ils servent 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.

Chassaignac a mis sous les yeux de l'Académie (1) le spécimen photographique d'une tumeur énorme constituée par un fœtus anormalement développé, et enlevée avec succès par l'écraseur linéaire par Pancoast, de Philadelphie.

Observation VI. — Un 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, à 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. Pancoast, après avoir tassé autant que possible le pédicule de la tumeur, l'entoura avec une forte chaîne d'écraseur linéaire, et obtint la séparation totale sans effusion de sang. La plaie ne donna lieu qu'à une suppuration insignifiante, et la guérison survint sans accident.

Observation VII. — Chassaignac a employé le même procédé avec un succès complet chez un homme de quarante-neuf ans, 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. 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 a joui depuis d'une santé parfaite.

(1) Chassaignac, *Bull. de l'Acad. de médecine.*

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 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 indolente. On ne sentait ni testicule ni épididyme, 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, 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 restés 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 ou *énurésie* est un écoulement involontaire de l'urine. Dans l'état normal, 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° 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° 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 continuelle et a lieu le jour et la nuit.

3° 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. C'est l'*incontinence nocturne*. 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.

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 incontinences complètes, 2° des incontinences 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, le 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 bien comprendre le mécanisme de l'incontinence d'urine, il faut se rappeler qu'elle est *diurne* et *continue*, *nocturne* et *intermittente*. Cette dernière est celle qu'on observe surtout chez les enfants.

1° L'*incontinence diurne* résulte d'une paralysie de vessie qui amène sa dis-

tension et le reflux par regorgement; d'une inflammation de vessie ; de la prostate; d'une maladie de la moelle, du cerveau, etc.

2° L'*incontinence nocturne* est caractérisée par l'émission des urines pendant le sommeil. Elle est toujours idiopathique et ne dépend pas d'une altération matérielle appréciable des centres nerveux ou des organes génito-urinaires. C'est la plus commune de toutes. Elle dépend d'une paralysie du col de la vessie avec spasme de l'organe, qui, pendant le sommeil, chasse l'urine de son réservoir naturel; c'est un affaiblissement du sphincter vésical qui ne peut lutter contre la contractilité des parois de la vessie. C'est une paralysie essentielle produite par les maladies aiguës, qui produisent une foule d'accidents de même nature sur d'autres parties du corps, des paraplégies, ou des hémiplégies, des amauroses, des paralysies du voile du palais, etc.; phénomènes indiqués par Tissot, et sur lesquels j'ai appelé l'attention (1).

J.-L. Petit a bien fait connaître les variétés qui peuvent se rencontrer. « Il y a, dit-il, trois espèces de pisseurs au lit : les paresseux, qui refusent de se lever aux premiers avertissements du besoin. Ceux qui dorment si profondément, que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est pas assez forte pour les réveiller; il n'y a alors que le col de la vessie qui sente, et qui, accoutumé à obéir à cette sensation, s'ouvre spontanément et laisse écouler les urines sans que l'âme en ait conscience. La troisième variété comprend ceux qui rêvent pisser contre un mur ou dans un pot; ils sentent qu'ils ont envie d'uriner et pissent effectivement. Ceux-là sont rares, il ne leur arrive pas souvent de pisser au lit la nuit. Quoique cette espèce soit rare, j'en ai vu qui ont pissé ainsi pendant longtemps. »

L'*incontinence nocturne* s'observe surtout chez les enfants, plus souvent chez les garçons que chez les filles, rarement chez les adultes, et plus rarement encore à un âge avancé. J'ai vu des filles de quinze et de vingt ans qui avaient cette dégoûtante maladie et que rien n'avait pu guérir.

Parmi ses causes prédisposantes, il faut citer : la faiblesse et la constitution lymphatique des enfants. Mondière cependant a remarqué que tous les malades qui étaient venus réclamer ses soins étaient forts, à chairs fermes et sans aucun attribut de la constitution lymphatique : ce n'est donc pas, dit-il, à une faiblesse de l'organisme qu'est due la maladie, mais bien à l'atonie d'un seul organe, comme le prouvent assez les insuccès du traitement par les toniques, et les résultats que l'on obtient en employant des moyens dont l'action va agir sur cet organe faible ou sur les centres nerveux qui président à ses fonctions.

L'incontinence dépend quelquefois des mauvaises habitudes d'onanisme, de la longueur et de l'irritation chronique du prépuce qu'il faut couper, de calculs dans la vessie, de la chlorose, et, en dernière cause, de l'atonie du sphincter vésical ou de la surexcitabilité de la vessie.

Cette névrose est héréditaire et succède quelquefois en cette qualité à d'autres névroses des parents, sous forme d'hérédité par métamorphose. On observe alors chez les ascendants ou chez les collatéraux de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, etc.

Elle est quelquefois simulée, non dans le premier âge, mais par les adultes qui veulent se faire exempter du service militaire. M. Champouillon a

(1) E. Bouchut, *Du nervosisme et des maladies nerveuses*, 2e édition. Paris, 1876, p. 51, et *Des paralysies et des névroses causées par la convalescence des maladies aiguës* (*Union médicale*, 1860).

rapporté plusieurs exemples de cette fraude, en indiquant les moyens de la découvrir (1).

La simulation d'incontinence nocturne est plus commode, moins fatigante que celle de l'incontinence complète d'urine; aussi est-ce à elle que les soldats donnent la préférence.

On a conseillé, pour obtenir l'aveu d'une imposture, de recourir à des moyens violents, douloureux, tels que l'application de vésicatoires ou de moxas sur les lombes ou au périnée. Ces manœuvres, qui ont quelque chose de cruel, ont cependant l'avantage d'être utiles si la maladie est réelle.

D'autres fois on emploie l'intimidation, on place le malade comme si l'on allait lui pratiquer une opération sanglante, etc. — Voici le moyen dont se sert Champouillon, et qui lui a toujours réussi; il n'est point douloureux, et il est toujours suivi de succès quand il est bien employé :

On fait saler assez fortement les aliments du fraudeur, de manière à le faire boire beaucoup; puis on verse secrètement dans sa tisane quelques gouttes de laudanum, qui le plongent dans un profond sommeil. Au milieu de la nuit, on pratique le cathétérisme et l'on retire généralement une grande quantité d'urine. Si l'imposteur n'avoue pas sa défaite, Champouillon le fait observer les nuits suivantes, et enjoint de le plonger dans un bain d'eau glacée, si l'incontinence se reproduit. Sur 144 individus suspects, soumis à cette méthode de vérification, un seul s'est obstiné à mouiller son lit.

Symptômes. — Dans l'incontinence nocturne, l'urine s'amasse dans son réservoir, et l'abondance du liquide porte une excitation trop vive sur la vessie qui, à cet âge, est toujours très irritable et l'oblige à se contracter sans que le besoin d'uriner se fasse sentir ou sans exciter une impression assez vive peut troubler le sommeil.

Outre le symptôme prédominant consistant dans l'écoulement involontaire de l'urine, on voit, surtout chez les enfants, les parties génitales et la région supérieure et interne des cuisses se couvrir d'un érysipèle pustuleux qui est le siège d'une douleur âcre et cuisante, d'excoriations avec gerçures, épaississement et racornissement du scrotum. On peut éviter ces accidents causés par l'urine du côté du scrotum et des cuisses, par des soins de propreté; l'écoulement, étant alors le seul trouble, n'amène aucun dérangement dans la santé de l'enfant, qui conserve son caractère habituel et la gaieté de son âge.

Marche, durée, terminaison. — L'incontinence nocturne d'urine a une marche ordinairement continue; quelquefois cependant l'émission involontaire cesse pendant quelque temps; des maladies intercurrentes, telle que la variole, la scarlatine, une pneumonie, etc., peuvent faire disparaître momentanément cette infirmité.

Quelquefois on observe des améliorations passagères, sans qu'on puisse bien s'en expliquer la cause; mais en général la maladie, pendant toute sa durée, reste ce qu'elle était au début.

Pronostic. — Peu grave par elle-même, l'incontinence d'urine n'en est pas moins une infirmité dégoûtante. Généralement on la voit cesser avec l'arrivée de la puberté; mais il n'est pas rare cependant non plus de rencontrer des jeunes filles réglées chez lesquelles cette affection existe encore. Dans quelques cas elle a disparu après le mariage.

(1) Champouillon, *Gazette des hôpitaux*, 1859. — Voyez aussi E. Boisseau, *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*. Paris, 1870, p. 378.

Traitement. — Un grand nombre de moyens ont été proposés contre l'incontinence nocturne.

En première ligne, il faut parler des remèdes populaires qui, par la frayeur qu'ils inspirent, ont quelquefois réussi d'une façon toute morale. Ainsi on a employé le gésier d'un coq rôti et mis en poudre, la vessie d'une chèvre ou d'un sanglier, le poisson qu'on trouve dans le ventre du brochet, les souris rôties ou réduites en cendres, qu'on faisait manger aux enfants atteints d'incontinence.

Il faut mentionner aussi, pour les proscrire, les moyens moraux destinés à frapper fortement l'imagination des enfants : ainsi on leur faisait écraser dans leurs mains des souris vivantes, ou on les faisait assister à la mort d'une personne chère, on les mettait brusquement en présence d'un cadavre, on les surprenait par une détonation. Ces moyens ridicules, qui n'ont jamais donné de succès, peuvent avoir des résultats fâcheux, en déterminant chez les enfants des maladies beaucoup plus graves que celles dont ils sont affligés, telles que l'épilepsie ou quelque autre névrose.

On a prétendu obtenir la cessation de l'incontinence en faisant honte aux enfants devant les personnes étrangères, en les exposant aux railleries de leurs camarades, en les privant de certains plaisirs, ou même en leur infligeant de sévères corrections. Ces divers moyens ont pu réussir quelquefois, mais alors les enfants qui ont été guéris ainsi doivent être placés dans la première variété de pisseurs au lit de J.-L. Petit ; c'est-à-dire que la paresse seule était cause de leur état. Dans tous les autres cas, ces moyens sont inutiles, et il y aurait de la cruauté à punir un enfant d'une faute qu'il n'est pas en son pouvoir d'éviter.

D'autres moyens externes ou internes, bien présentés par Gagey (1), ont plus d'importance.

Médication externe. — L'eau froide a été employée en bains, en douches et en lotions, soit sur les parties génitales, soit au périnée, soit sur l'hypogastre. Underwood a beaucoup vanté ce moyen, qui aurait également réussi entre les mains d'autres médecins.

« Beaudelocque et Guersant ont obtenu de bons résultats de l'usage des bains froids. Dupuytren ne connaissait rien au-dessus des immersions froides, et il prétend avoir guéri des incontinences en cinq ou six jours.

« Les bains de mer, les bains aromatiques, les bains de vin même, ont produit quelquefois un peu d'amélioration. Lallemand (de Montpellier) (2) a donné des bains aromatiques ; et, à l'en croire, il n'aurait pas vu un cas d'incontinence résister à leur action.

« La cautérisation du méat urinaire a été pratiquée par Chambiers chez une jeune fille dont l'incontinence avait résisté à un grand nombre de médications. L'auteur voulut ainsi exagérer la sensibilité de l'urèthre, espérant que le passage de l'urine éveillerait la vessie endormie, et qu'une fois l'habitude de l'organisme vaincue, l'affection deviendrait facile à guérir. Onze jours après, l'incontinence ne reparut pas. » Elle a été également pratiquée avec succès par le docteur Dupertuis, qui y a eu recours chez de petites filles et chez des jeunes garçons dans l'urèthre desquels il injectait une solution de nitrate d'argent. Je l'ai employée quelquefois chez des petites filles, et l'opération a été plusieurs fois suivie d'un bon résultat.

« Goulard, Beaudelocque, Mondière, se sont bien trouvés de l'usage répété

(1) Gagey, thèse.
(2) Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836-1842.

de la sonde ; ils pouvaient à volonté faire disparaître la maladie ou la laisser revenir, selon qu'ils cessaient le traitement ou qu'ils le reprenaient.

« Samuel Lair enduisait le bec de la sonde avec la teinture de cantharides, et s'en servait pour irriter le col de la vessie chez la femme, la portion prostatique de l'urèthre chez l'homme. La cautérisation du col de la vessie fut pratiquée par Demeaux au moyen du porte-caustique de Lallemand.

« Les vésicatoires, les ventouses sèches, les moxas, les frictions sèches ou avec des substances aromatiques, ont été aussi préconisés par différents auteurs. »

On a proposé la compression uréthrale à l'aide de l'appareil de Nuck ou à l'aide d'une sorte de poire métallique que l'on introduit dans le rectum ; elle est supportée à son extrémité inférieure par une petite plaque allongée qui repose sur l'anus, et qui est destinée à empêcher l'instrument de pénétrer trop profondément ; un petit tuyau est ménagé dans la longueur de l'instrument pour permettre aux gaz de s'échapper (fig. 110). L'appareil peut être enlevé toutes les cinq ou six heures pour laisser l'enfant uriner plus aisément, et ensuite réappliqué. Au bout d'un certain temps, la vessie prend son degré de tonicité normal, et les enfants finissent par être complètement guéris.

FIG. 110. — Appareil à compression uréthrale (*).

Cet appareil ne peut pas s'appliquer aux jeunes filles ; toutefois on peut introduire un embout analogue dans le vagin ; seulement il faut que le bandage soit disposé de façon que la pression de la pelote ait lieu sur le canal de l'urèthre. Ce sont des moyens qu'il ne faut employer qu'à la dernière extrémité ; car c'est une véritable défloration. On ne doit y recourir qu'après avoir épuisé l'action des autres moyens.

Une coupe du rectum et du col de la vessie (fig. 111) permettra de comprendre comment doit agir le compresseur. La disposition anatomique représentée est celle que l'on rencontre le plus souvent ; cependant il existe quelques différences relativement à la distance qui sépare l'anus du col de la vessie et de la prostate ; les différences les plus importantes sont celles qui tiennent à l'embonpoint plus ou moins considérable du sujet. Le chirurgien devra donc préalablement pratiquer le toucher rectal pour se rendre compte de la disposition des parties et pour mesurer la distance qui sépare l'anus du point où la compression doit être faite ; il choisira ensuite un appareil ayant la dimension voulue pour arriver à la même profondeur que le doigt, et agir comme le ferait ce dernier (1). Je me sers seulement d'un petit anneau de caoutchouc qui ferme le bout du prépuce et que l'on place tous les soirs en couchant les enfants. Dès que l'enfant urine, le flot est arrêté par l'anneau et réveille l'enfant, qui se lève pour uriner.

« Je terminerai cette énumération des moyens externes par l'*électricité*. Webster et Mauduit disent avoir guéri des incontinences en tirant des étincelles le long du raphé et près du pubis. Je crois qu'au moyen des appareils dont la science dispose on pourrait obtenir de véritables succès.

« *Médication interne.* — Mon traitement est le *bromure de potassium*, 3 ou 4 grammes par jour, suivant l'âge, et suivant l'âge aussi l'*hydrate de chloral*,

(1) *Bull. de thérap.*, 1860, t. LIX, p. 329.
(*) A, plaque ; B, poire ; C, ouverture supérieure.

2 à 4 grammes tous les jours en une fois, trois heures après le dernier repas. — Voici ma formule.

Sirop de fleur d'oranger.	80 grammes.
Bromure de potassium.	1 —
Hydrate de chloral.	2 à 3 grammes.

A prendre en une fois.

On a donné d'abord les toniques, le *quinquina*, la *gentiane*, etc., en même temps qu'une alimentation fortifiante. Les astringents, tels que le *cachou*, la *ratanhia*, etc., n'ont pas donné de meilleurs résultats. — On a conseillé les *injections sous-cutanées de nitrate de strychnine*, un demi-milligr., au voisinage du sacrum. — Une seule suffit pour arrêter la maladie pendant un certain temps, et si l'incontinence reparaît, on recommence. (Kelp.)

« Les *ferrugineux* ont été employés de tout temps, seuls ou unis à d'autres médicaments. Ainsi Guersant associait au quinquina l'oxyde noir de fer à la dose de 4 à 8 grammes; plus tard on a associé la limaille de fer aux cantharides; enfin on a donné, en même temps que la strychnine, le carbonate ou l'oxyde noir de fer.

« On a eu quelques succès avec les ferrugineux donnés seuls; cependant il ne faudrait pas trop compter sur cette médication.

« Mondière rapporte l'observation d'une jeune fille chlorotique, atteinte

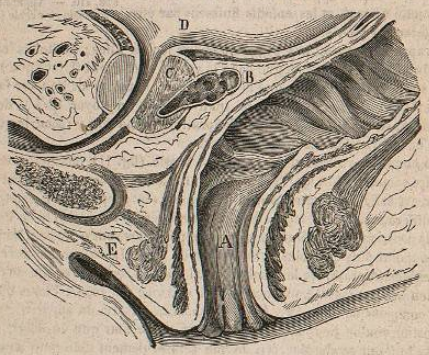

FIG. 111. —Coupe du rectum et du col de la vessie (*).

d'une incontinence nocturne d'urine qui a cédé au sous-carbonate de fer uni aux toniques. Voici la formule qu'il a employée:

℞ Quinquina rouge concassé.	8 grammes.
Gentiane jaune coupée.	12 —
Camomille romaine.	15 —
Sous-carbonate de fer.	15 —

Faites macérer pendant quarante-huit heures dans un litre de bon vin blanc. A prendre 60 grammes par jour.

« Les *cantharides*, employées à l'extérieur, ont été aussi données à l'inté-

(*) A, rectum ; B, vésicule séminale ; C, prostate ; D, col de la vessie ; E, glandes de Cowper.

rieur. Richter, Baumès, Underwood et plusieurs autres médecins s'en sont très bien trouvés. La préparation qu'on devra employer de préférence est la teinture, qui irrite moins les voies digestives que les autres préparations. On la prescrira à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, chez les adultes; chez les enfants d'un à trois ans, on en donnera seulement 2 gouttes. Quant aux âges intermédiaires, il faudra, après avoir débuté par 3 ou 4 gouttes, élever progressivement la dose, en la modérant si les enfants en paraissent incommodés.

« On a encore vanté l'*ergot de seigle*, 50 centigr. à un gramme; la *sabine*, la *créosote*, l'*eau de chaux*, le *copahu*, le *cubèbe*, etc. Ces médicaments ont aussi réussi quelquefois, mais ont échoué le plus souvent.

« Le *cubèbe* cependant aurait donné d'excellents résultats entre les mains de M. Deiters. Ce médecin a trouvé que le *cubèbe* avait plus d'effet que les autres agents thérapeutiques. Pour lui, l'incontinence d'urine, chez les enfants, peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence des vers intestinaux. Dans le premier cas, le cubèbe agit comme tonique; dans le second, comme anthelminthique. On donne ce médicament à haute dose. Pour un enfant, deux pincées, c'est-à-dire quelques grains; pour un enfant un peu plus âgé, une demi-cuillerée, deux ou trois fois par jour. L'effet produit est prompt et permanent; et, quoique parfois l'incontinence reparaisse par intervalles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses et bientôt disparaissent complètement.

« Parmi les moyens conseillés contre l'incontinence, il faut citer l'*occlusion du méat urinaire* par le collodion. Ce moyen mécanique, imaginé par Corrigan, consiste à tirer le prépuce en avant pour en faire une espèce de coupe que l'on remplit de collodion; quand celui-ci est sec, le prépuce est clos et l'enfant ne peut uriner. Il suffit, le matin, de presser le prépuce avec les doigts pour enlever le collodion, et l'on trouve quelquefois alors l'urine accumulée autour du gland. La même indication peut être remplie avec l'anneau de caoutchouc dont j'ai parlé plus haut.

« Nous arrivons au traitement favori de Mondière, la *noix vomique*. Ribes, le premier, fit connaître l'action de ce médicament. Il administrait la *noix vomique* à un soldat atteint d'une paralysie des membres inférieurs avec incontinence d'urine et de matières fécales; au bout de quinze jours l'incontinence d'urine avait disparu. Il reconnut ainsi l'action élective de la noix vomique sur la vessie.

« Mondière associait à la *noix vomique* l'oxyde noir *de fer* dans les proportions suivantes :

℞ Extrait de noix vomique.	40 centigrammes.
Oxyde noir de fer.	4 grammes.

Faites vingt-quatre pilules; en prendre trois par jour.

« On commence par une dose assez faible, qu'on augmente graduellement jusqu'à ce que l'incontinence disparaisse. »

La *strychnine* se donne à la dose de 5 milligrammes et plus dans du sirop; mais cette médication est dangereuse, et il faut avoir soin de surveiller les enfants pour éviter les accidents. Dès que l'enfant aura éprouvé quelques roideurs dans les membres, on devra diminuer la dose.

Le *mastic* a été employé avec succès dans quelques circonstances, et Debout a 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).

La *belladone*, conseillée par Morand, a été 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. L'*atropine* se donne aussi en granules de demi-milligramme, un matin et soir.

Dans quelques cas, on peut avoir recours à l'électuaire, que Millet indique comme lui ayant réussi mieux que tout autre moyen, 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, de l'incontinence permanente liée à un état de débilité générale, et non de cette incontinence *nocturne* qui cède si merveilleusement au chloral, au bromure de potassium, à la belladone, et qui semble être le résultat d'une intolérance du muscle vésical réveillée par la chaleur du lit.

CHAPITRE X

ANURIE, DYSURIE ET RÉTENTION D'URINE

On donne le nom d'*anurie* à la suppression prolongée de l'urination, et celui de *dysurie* à la douleur et à la difficulté très grande qui accompagnent l'émission des urines.

§ I. — Anurie et Dysurie.

L'*anurie* s'observe souvent chez les petits enfants qui ont un accès de fièvre passager, ou qui ont un état fébrile dû à une maladie aiguë en cours d'évolution. — Cela inquiète souvent les familles, mais il n'y a pas à s'en préoccuper, surtout si, en urinant, il n'y a pas d'urine dans la vessie et si la percussion de l'hypogastre au-dessus du pubis ne révèle pas de matité médiane.

L'anurie qui accompagne la néphrite albumineuse est plus grave, car l'absence ou l'insuffisance de sécrétion rénale peut devenir rapidement très grave, en raison de l'urémie qui en résulte.

La *dysurie* peut être accompagnée de rétention d'urine. On l'observe surtout chez les garçons, plus rarement chez les petites filles, 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.

(1) Debout, *Bulletin de thérapeutique.*

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 émollientes, 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.

§ II. — Rétention d'urine.

La *rétention d'urine* se montre d'emblée ou se rattache à la dysurie qui succède à une dentition laborieuse, ou à un calcul vésical, ou à une maladie aiguë; elle s'observe 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, tetant 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 hydrencéphalique, d'agitation, de mâchonnements, de réveils en sursaut ni de convulsions. — Cataplasmes émollients sur le ventre, bain de son, deux cuillerées de sirop de rhubarbe, lavement émollient.

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 vomi une troisième fois et a rejeté deux à trois cuillerées de bile. Il urine et paraît plus calme ; ses couleurs reparaissent ; 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.

J'en ai vu plusieurs exemples chez les enfants à la mamelle, filles ou garçons, et dans les livres consacrés aux maladies de l'enfance, 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 Underwood. Chez l'enfant dont je viens de rapporter l'histoire, et chez quelques autres que j'ai connus, c'est cette dernière influence qui semble avoir été la cause des accidents.

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.