

DE

L'HYDROCÈLE

CHEZ L'ENFANT

ET DE SA FRÉQUENCE A STRASBOURG.

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA HAUTE FACULTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE SCHRUMPF

DE BETHESDA (AFRIQUE MÉRIDIONALE)



STRASBOURG

IMPRIMERIE R. SCHULTZ ET C^{ie}, succ. de BERGER-LEVRAULT.

1875

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät
zu Strassburg i/E.

Strassburg, im Juli 1875.

Referent : Prof. LÜCKE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D' LÜCKE

Hommage respectueux.

G. SCHRUMPF.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

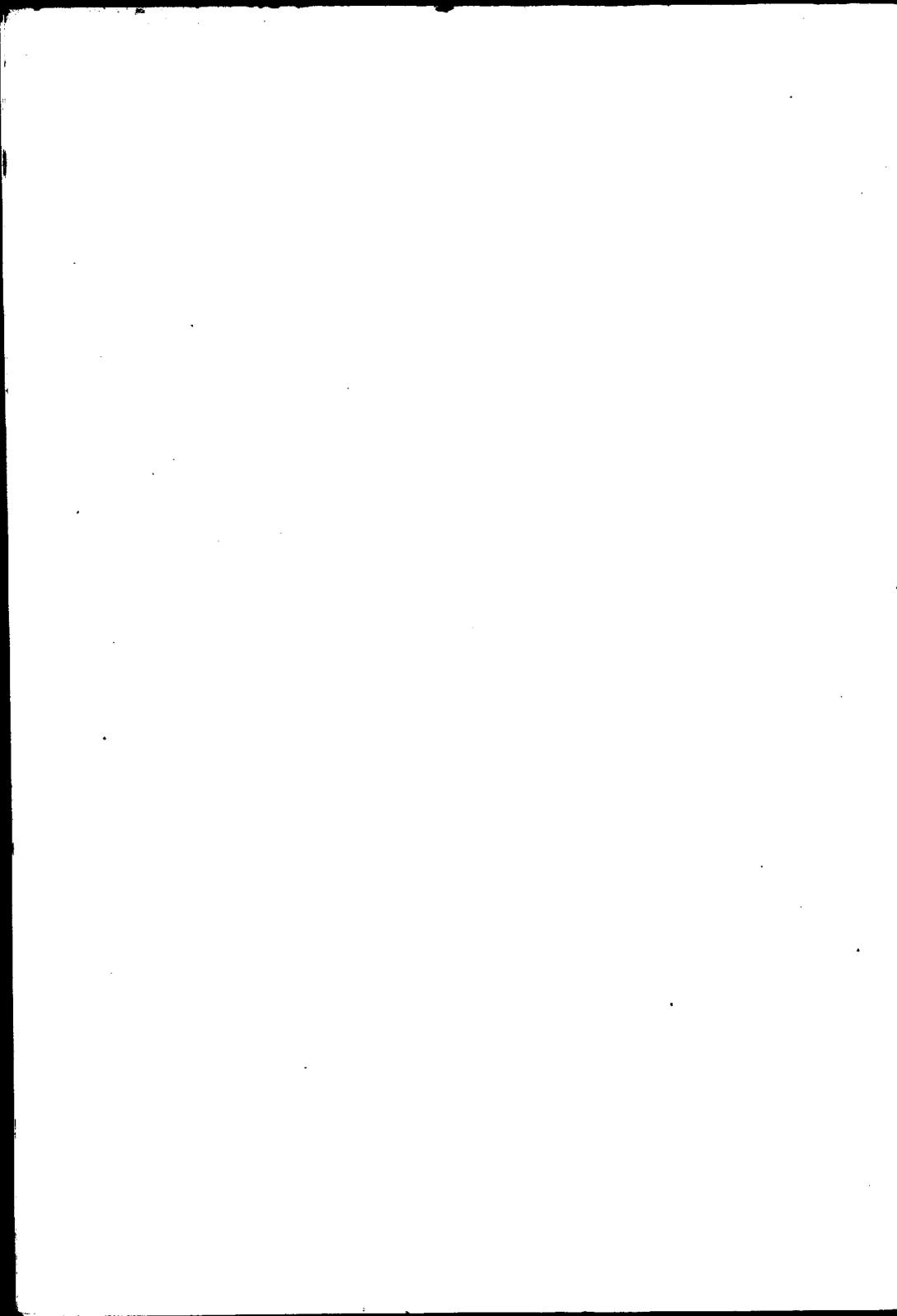
A MA FAMILLE.

G. SCHRUMPF.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D^r JOESSEL

Témoignage d'estime et de reconnaissance.

G. SCHRUMPF.



DE
L'HYDROCÈLE CHEZ L'ENFANT

ET DE

SA FRÉQUENCE A STRASBOURG.

INTRODUCTION.

L'hydrocèle des nouveau-nés, affectant aussi bien la vaginale que le cordon spermatique, est une maladie très-répondue à Strasbourg. Il nous a été donné de voir, à plusieurs reprises, deux ou trois mères demander en même temps aux secours de l'art un remède à cette affection, qui semblait les effrayer beaucoup.

Chacun de nos semestres d'étude nous a permis d'observer bon nombre d'hydrocèles chez les enfants; aussi étions-nous arrivé à peu près au terme de nos études médicales, en conservant la conviction que cette affection se faisait partout remarquer par sa fréquence. Grand fut notre étonnement, lorsque nous apprîmes par la bouche de notre savant maître, M. le professeur LÜCKE, que l'hydrocèle était loin de se montrer aussi fréquemment ailleurs et que

cette abondance d'hydrocèles à Strasbourg l'avait frappé.

Il n'entre point dans le cadre de notre œuvre de soulever à nouveau une question, qui semble avoir trouvé depuis longtemps sa solution. Le but de ce travail est d'étudier spécialement l'hydrocèle, telle qu'elle se présente chez l'enfant dans notre ville, d'établir sa fréquence en essayant de classer et de distinguer les causes qui peuvent l'amener.

Le nombreux matériel dont nous disposons a pu nous permettre de rassembler nous-même toutes les observations que nécessitait notre étude; mais nous devons surtout à la polyclinique chirurgicale de notre ville, d'avoir pu suivre dès leur début un grand nombre d'hydrocèles.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION.

Si nous nous en rapportons à l'étymologie du mot *hydrocèle* (ὕδωρ, κήλη), ce nom devrait, purement et simplement, désigner une tumeur aqueuse; mais l'analyse chimique ayant démontré que le liquide contenu dans ces tumeurs diffère absolument de l'eau, il en résulte que le terme d'*hydrocèle*, quoique consacré par l'habitude, est un terme parfaitement impropre.

Cette affection occupe généralement les bourses chez l'homme. On l'a également, quoique très-rarement, rencontrée chez la femme, où elle occupe l'anneau externe du canal inguinal: c'est l'hydrocèle

du canal de Nuck. En outre, on a désigné sous ce nom différentes tumeurs observées au cou ou sur les membres¹.

Pour se faire une idée exacte des maladies des enveloppes du testicule et du cordon, il faut étudier ces tuniques dans leur développement embryonnaire.

Le testicule occupe originairement l'intérieur de l'abdomen. Quelque temps avant la naissance, le testicule s'engage dans le canal inguinal. Le péritoine, qui l'entoure, forme une dépression qui s'allonge de plus en plus jusqu'au fond du scrotum. A ce moment, ce diverticulum séreux s'oblitère en général et cet appendice du péritoine devient ligament vaginal. CAMPER, le premier, a démontré que cette oblitération est souvent incomplète, et que cet arrêt de développement se présente bien plus fréquemment que ne l'admettaient la plupart des auteurs. Dans ce cas on peut trouver, dans la vaginale, du liquide provenant de la cavité péritonéale, ce qui constitue l'hydrocèle congénitale des auteurs.

L'hydrocèle communicante est connue de longue date. D'après AMMON², SCHREGER, en 1811, a pour la première fois décrit anatomiquement l'hydrocèle congénitale. CHASSAIGNAC³ a fait remarquer combien l'expression d'hydrocèle congénitale est impropre, et propose pour la désigner le nom d'hydrocèle péritonéo-vaginale. En effet, dans la prétendue

1. Dr. ROBERT, Thèse de Strasbourg. 1864.

2. AMMON, *Journ. f. Chir.* 1846.

3. CHASSAIGNAC. *Revue méd. chir.* Juin 1853.

hydrocèle congénitale, ce n'est pas l'amas de sérosité qui est congénital, mais l'ouverture de communication entre le péritoine et la vaginale.

KOCHER¹ de Berne repousse également cette dénomination comme peu scientifique; le mal, en effet, n'étant pas congénital et pouvant se présenter même à un âge avancé. MELCHIORI² l'appelle hydrocèle communicante en l'opposant aux autres variétés d'hydrocèles qui ne communiquent pas avec le péritoine.

D'après de nombreuses observations faites à la polyclinique chirurgicale de notre ville, nous avons été conduit également à rejeter le nom d'hydrocèle congénitale employé comme synonyme d'hydrocèle des nouveau-nés. A notre avis, l'hydrocèle congénitale serait celle formée dans le sein de la mère quelque temps avant la naissance de l'enfant, et nous estimons au contraire que l'hydrocèle des enfants, loin d'être congénitale, ne se forme qu'après la naissance, sous l'effet de telle ou telle cause prédisposante. A l'appui de notre manière de voir, nous citerons ce seul fait, qu'à Strasbourg même, à la clinique d'accouchement, on n'a pas observé, depuis trois ans, un seul cas d'hydrocèle chez les nouveau-nés. Or les enfants ne séjournent dans cette institution que pendant les huit à dix premiers jours de leur existence, c'est-à-dire

1. KOCHER, *Krankheiten der Hüllen des Hodens und Samenstrangs*, page 173.

2. MELCHIORI, *Dell idroccele della tonaca vaginale, sue varietà*. *Annal. univers.*, vol. 196. Maggio et Guigno. 1856.

pendant un laps de temps qui permet d'observer à fond une affection congénitale, mais qui devient quelquefois insuffisant pour l'étude d'une hydrocèle acquise. Sans rejeter entièrement l'hydrocèle congénitale, nous la considérerons donc comme une affection qui ne se présente que très-rarement.

Cette discussion nous amène naturellement à parler des différentes classifications de l'hydrocèle, parmi lesquelles celles de MELCHIORI et de KOCHER présentent un intérêt tout particulier.

MELCHIORI¹, en se basant sur des études anatomiques, distingue deux grandes classes: hydrocèles communicantes et hydrocèles non-communicantes, d'après leurs rapports avec la cavité péritonéale. Chacune de ces divisions est elle-même subdivisée en plusieurs sous-classes.

Quant à KOCHER², il crée une nouvelle nomenclature, d'où découle sa classification. Il invoque l'origine inflammatoire de ces affections pour les classer en périorchites ou hydrocèles vaginales, et en périspermatites ou hydrocèles du cordon.

Quant à nous, désirant rester dans le domaine de la simple pratique clinique, nous abandonnerons ces classifications parfois trop savamment élaborées, et, reprenant les anciennes dénominations, tout en restant également sur un terrain purement anatomique, nous diviserons l'hydrocèle en :

1. MELCHIORI, *Annal. univers.*, vol. 196.

2. KOCHER, *loc. cit.*, page 65.

- 1° Hydrocèle de la tunique vaginale ;
- 2° » communiquante de la tunique vaginale ou péritonéo-vaginale de CHASSAIGNAC ;
- 3° » communiquante du cordon spermatique ;
- 4° » enkystée du cordon spermatique ;
- 5° » congénitale vraie (de la tunique vaginale et du cordon).

Nous croyons ainsi pouvoir réunir, dans nos cinq classes, toutes les variétés d'hydrocèles.

ÉTIOLOGIE.

Les causes qui peuvent provoquer cette affection sont loin d'être entièrement connues, et nous avons supposé tout d'abord, avec M. le professeur LÜCKE, que la fréquence de l'hydrocèle dans la ville de Strasbourg devait être attribuée à un mode tout spécial et vicieux d'emballotement des enfants; mais rien jusqu'ici, et malgré les nombreuses recherches auxquelles nous nous sommes livré, n'est venu justifier cette hypothèse.

Par contre, en parcourant les divers quartiers de la ville, nous avons pu constater que celui de la Krutenau, l'un des plus humides, fournit le plus grand nombre de malades. Dans la ruelle du Brochet, par exemple, et dans celle du Renard-Prêchant, nous avons trouvé le même jour cinq cas d'hydrocèle de la vaginale, et ce qui prouverait, sur ce point, la

fréquence de cette affection, c'est que l'empirisme y a déjà pris pied. Une bonne vieille commère du quartier s'est attiré la considération générale en distribuant un onguent, prétendu souverain, qui guérit infailliblement l'enfant en quelques semaines. La préparation de cet incomparable onguent est d'ailleurs entourée du plus profond mystère par la bonne vieille, qui reste persuadée de la vertu qu'il possède.

A quoi pouvons-nous attribuer cette fréquence d'hydrocèle dans le quartier de la Krutenau plutôt que dans tel ou tel autre? Nous estimons que la position même du quartier en donne la raison: cette partie de la ville étant bâtie sur un terrain bas et marécageux, à l'emplacement même qu'occupaient anciennement les fossés des fortifications. Les moindres crues de l'Ille amènent de l'eau dans les caves; de là des infiltrations et la quasi permanence de nappes d'une eau stagnante et corrompue; de là aussi les fièvres intermittentes et la fréquence des hydrocèles.

Nous supposons également que l'hérédité doit jouer ici un rôle important. Ce point est difficile à établir d'une façon indubitable, parce que les grands-parents qui, seuls, pourraient nous guider dans nos recherches, ou bien n'existent plus, ou bien ne peuvent nous fournir que des renseignements excessivement vagues. Ordinairement, d'ailleurs, ils confondent l'hydrocèle avec la hernie. Cependant, pour certains cas, nous avons pu clairement constater que cette affection était héréditaire.



Quelques auteurs ont signalé ce fait, et dans les *Archives de Virchow* se trouve consigné un cas très-curieux d'hydrocèle héréditaire rapporté par HOLLAND. Il s'agit d'hydrocèle ayant affecté trois générations; la quatrième génération, représentée par une femme, transmet cette affection à la cinquième. PLUSKAAL¹ nous cite également le cas d'un père atteint d'une hydrocèle qu'il transmet à ses trois fils.

Nous venons de parler des causes générales qui, nous en sommes convaincu, agissent en partie sur l'enfant. Il nous reste à établir les causes particulières qui semblent être chez lui le vrai point de départ de l'hydrocèle. C'est en nous basant sur l'observation seule que nous tâcherons d'élucider cette question.

Il faut remarquer tout d'abord, ainsi que l'a fort justement fait observer le docteur BIERBAUM², à Dorsten, que cette affection n'atteint pas, de préférence, les enfants de constitution faible et débile, en ménageant ceux qui jouissent d'une santé plus robuste. Ce que nous avons remarqué surtout, c'est la grande fréquence de l'hydrocèle dans les classes pauvres. On pourrait nous faire observer, à ce sujet, que n'ayant eu en grande partie sous les yeux que les enfants des hôpitaux, c'est-à-dire des enfants pauvres, nous n'avons pu observer que ces derniers; mais l'objection ne saurait être sérieuse, puisqu'il nous a

1. PLUSKAAL, *Oester. med. Wochenschr.* 1843.

2. *Erlebnisse aus der Kinderpraxis*, von Dr JOS. BIERBAUM, in Dorsten. (*Journ. f. Kinderkr.*, 7. Oktober 1858.)

été facile de nous renseigner exactement auprès des médecins qui traitent toutes les classes de la population. Du reste, M. le professeur BÖECKEL, une autorité dans la matière, affirme avoir rencontré le plus souvent l'hydrocèle chez les enfants pauvres.

Nous pouvons donc admettre que ces enfants sont plus disposés que les autres à être atteints, et nous étudierons dès lors quelles sont les circonstances qui ont précédé chez eux l'apparition de cette affection.

Nous avons eu l'occasion d'observer des enfants qui, après s'être légèrement refroidis, se sont mis à tousser et à crier ; les mères indiquent ce fait comme précédant de quelques jours, parfois même de quelques heures, l'apparition, aux parties génitales, d'une tumeur, que nous reconnaissons être une hydrocèle.

Les enfants sont restés agités et la tumeur a continué de se développer. D'autres ont cessé de tousser et de crier, mais il semble que l'impulsion mécanique une fois donnée, le germe devait grandir, et l'affection passer à sa dernière phase.

A côté de l'éternel refroidissement invoqué pour expliquer presque toutes les maladies, nous pouvons placer ici toutes les affections qui atteignent le nouveau-né, sans que pour cela sa santé soit réellement compromise. Nous rappellerons ici le catarrhe bronchique, le coryza, le catarrhe intestinal, les coliques, la dentition etc.

Toute douleur chez l'enfant en bas âge est accusée par des cris, qui deviendraient, dans le cas qui nous occupe, une cause purement mécanique d'hydrocèle ; en effet, l'ouverture supérieure du canal

péritonéo-vaginal se dilate par suite des cris, des mouvements, des efforts de l'enfant, qui contracte ses muscles abdominaux et laisse passer ainsi un peu du liquide péritonéal dans la vaginale. Dans cette circonstance, il nous paraît à peu près certain que le liquide contenu dans l'hydrocèle avait originairement occupé la cavité péritonéale, le canal dût-il rester en communication avec le péritoine, ou dût-il s'oblitérer. Cette théorie serait donc purement mécanique; une fois établie, cherchons à l'examiner dans ses détails.

A l'appui de notre théorie, nous citerons des cas où l'hydrocèle, plus grande le soir, diminuait pendant la nuit (Observation XVII, p. 36). Ceci indiquerait que le liquide a été refoulé dans le péritoine, ou que bien plutôt il y a eu résorption; en tous cas, un sommeil bienfaisant a empêché l'enfant de contracter violemment ses muscles abdominaux. La position horizontale de l'enfant dans son sommeil ne manque pas d'importance dans ce cas. CHASSAIGNAC cite le cas curieux d'une hydrocèle vaginale qui disparaissait pendant la nuit pour reparaitre au matin; on ne pouvait la réduire que dans la position horizontale.

En outre, ce qui prouverait que la pression des muscles abdominaux n'est pas étrangère à la formation de cette hydrocèle, c'est la fréquence des hernies compliquant cette affection. Nous avons, il est vrai, trouvé peu de hernies inguinales chez les enfants atteints d'hydrocèle, mais, par contre, nous avons souvent pu constater chez eux la hernie ombilicale.

Nous avons également remarqué qu'un temps rigoureux amène avec lui plus d'hydrocèles que la belle

saison. Ce fait ne saurait plus nous étonner, car l'hiver est réellement l'un des moments les plus favorables au développement des catarrhes bronchiques, qui, nous le savons, provoquent la toux et par conséquent la contraction des parois abdominales.

On pourrait nous faire, au sujet de cette manière de voir, plusieurs objections, que nous allons essayer de réfuter.

1° Pourquoi, dans ces conditions, n'observerait-on pas autant et même plus de hernies inguinales chez les enfants de Strasbourg? Nous répondrons, avec MELCHIORI¹: que le plus souvent l'ouverture de communication entre le péritoine et la vaginale est si petite, qu'elle peut bien laisser passer le liquide séreux sans toutefois permettre à l'intestin de s'engager.

2° Pourquoi ne parvient-on pas, dans chacun de ces cas, à repousser le liquide dans l'abdomen, en d'autres termes à réduire l'hydrocèle? L'étroitesse même de l'ouverture de communication sera un obstacle parfois insurmontable à cette réduction. Nous ne saurions mieux comparer l'opération qu'à celle qui consisterait à faire sortir d'un flacon à goulot très-étroit l'eau qu'on y a introduite sans difficulté goutte à goutte. D'ailleurs une minime quantité de liquide péritonéal agirait comme irritant dans la vaginale et serait dans bien des cas le point de départ d'une exsudation locale; cette dernière, par son vo-

1. G. MELCHIORI, *loc. cit.*

lume, peut également empêcher tout reflux du liquide dans le péritoine; une anse intestinale peut s'engager à travers des orifices qu'elle ne peut plus quitter, et l'étranglement est constitué. Pour la hernie, l'étranglement serait l'exception, pour l'hydrocèle ce serait la règle.

3° Pourquoi le liquide de l'hydrocèle n'est-il pas entièrement semblable à celui contenu dans la cavité péritonéale? Rappelons seulement ici que l'irritation subie par la vaginale produira infailliblement un exsudat, qui viendra modifier dans sa composition le liquide péritonéal; mais exceptionnellement et dans les cas où la communication est très-large, on pourra trouver un liquide entièrement semblable à celui contenu dans la cavité péritonéale.

Abordons en second lieu la théorie que nous appellerons inflammatoire.

Un grand nombre de nos observations et l'examen attentif de nos petits patients nous autorisent à trouver parfois dans cet état morbide la cause initiale d'un épanchement séreux.

Ici nous pouvons supposer: ou bien que la vaginale communique encore avec le péritoine, ou bien que le point de communication est totalement obitéré. La marche de l'affection ne sera pas entièrement modifiée pour cela. Une cause irritante extérieure produira sur place, c'est-à-dire dans la vaginale, un exsudat; quelques gouttes de sérosité pourront aussi passer du péritoine dans la vaginale, et nous aurons ici encore une irritation qui deviendra le point de départ d'une exsudation plus forte.

KOCHER¹, admettant l'inflammation comme cause de toutes les hydrocèles, rejette cette dénomination et emploie les noms de périorchite et de périspermatite analogues à ceux de pleurite et de péricardite. « L'étiologie de l'hydrocèle, dit-il, est loin d'être aussi obscure qu'on veut bien souvent le dire, et la statistique prouve que la plupart des causes qui agissent ici sont analogues à celles qui cliniquement produisent l'inflammation, telles que traumatisme, blennorrhagie etc. En outre, l'anatomie pathologique démontre dans l'hydrocèle du testicule un processus inflammatoire analogue à celui qui se manifeste dans d'autres organes; on y constate tous les degrés, jusqu'à ceux dont la nature inflammatoire n'a été mise en doute par personne. »

Rien de plus facile à établir que la marche de cette hydrocèle. Nous avons dit plus haut que cette affection atteint de préférence les classes pauvres; or ces enfants se trouvent dans des conditions défavorables tant sous le rapport de la propreté que des mille petits soins dont on entoure ailleurs leurs premières années d'existence. La mère pauvre doit travailler pour vivre, et, préoccupée qu'elle est du ménage, il lui est naturellement impossible de se consacrer tout entière à son enfant et d'accourir à ses moindres cris. Or, les nouveau-nés pleurent le plus souvent chaque fois qu'ils sont entourés de langes mouillés. L'enfant semble parfois n'éprouver aucune gêne de cet état de choses, d'autres fois la nature paraît se

1. KOCHER, *loc. cit.*, page 63.

révolter et la peau du scrotum ainsi que celle qui recouvre la partie supérieure des cuisses devient rouge et érythémateuse. Chez des enfants prédisposés à cette affection, cela suffit; les enveloppes si minces des testicules permettent au processus de se porter jusque sur la vaginale, qui semble, dans ce cas, se comporter identiquement comme la synoviale d'une articulation ou comme toute autre séreuse. Cette irritation devient le point de départ d'une exsudation, et l'hydrocèle est constituée. Bien d'autres causes, qu'il serait trop long d'énumérer ici, peuvent conduire au même résultat; outre l'irritation produite par l'urine et les fèces, nous pouvons citer d'autres causes, telles que le frottement qu'éprouve le scrotum pendant l'accouchement, la descente retardée du testicule, la compression que subit cette partie, etc.

Telles sont les causes occasionnelles qui produisent la plupart de nos hydrocèles à Strasbourg.

Une autre cause a été mise en avant par différents auteurs. MELCHIORI, par exemple, cite quelques cas d'hydrocèle chez des enfants faibles et mal nourris; il généralise ce fait, regarde cette affection comme provenant d'un défaut de nutrition, et invoque comme preuve à l'appui de cette théorie la disparition prompte de cette tumeur aqueuse sous l'influence d'une bonne nourriture et de préparations de quinquina.

BRYAND¹ a également observé des cas analogues. KOCHER croit que, dans ces cas, il faut admettre un

1. BRYANT, page 154.

dérangement dans l'acte de la résorption. Nous n'avons observé, quant à nous, qu'un seul cas analogue, à Strasbourg, et chez un enfant très-chétif et présentant des signes très-évidents de syphilis congénitale.

Il nous reste à parler de l'hydrocèle du cordon spermatique. Cette affection est loin de présenter chez nous la fréquence de l'hydrocèle vaginale; cependant nous l'avons observée assez souvent pour la mentionner.

Nous savons que le conduit vagino-péritonéal s'oblitère généralement lors de la naissance, et que l'on ne trouve plus qu'un prolongement cellulo-fibreux, qui, en recouvrant les vaisseaux spermatiques, va rejoindre la tunique vaginale constituée en cavité close. Cette oblitération physiologique, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, n'a pas toujours lieu. Il peut arriver que ce travail ne s'effectue qu'incomplètement et reste perméable sur tout son parcours: c'est là l'hydrocèle communicante du cordon. En outre, ce canal peut ne s'oblitérer que sur certains points et donner ainsi plusieurs variétés d'hydrocèle, d'après le siège même de l'oblitération. Dans certains cas le canal est oblitéré sur tout son parcours, excepté en un seul point où il présente un petit renflement, une petite cavité, qui peut très-bien contenir une petite quantité de liquide originairement descendu du péritoine, ou devenir le siège d'un transudat suivi d'hypersécrétion qui constitue l'hydrocèle enkystée.

Cette hydrocèle ne se présente pas plus que l'autre

à l'état congénital; GUERSANT¹ fils, en parlant d'un jeune garçon âgé de treize ans, démontre cliniquement chez lui une hydrocèle congénitale du cordon. Voici le résumé de cette observation, qui ne nous semble réellement pas confirmer le diagnostic : L'enfant est affecté d'une hydrocèle qui peut facilement être réduite; les parents se sont aperçus de la présence de la tumeur depuis quelques années seulement. Nous croyons que cette dénomination d'hydrocèle congénitale du cordon doit être également rejetée, car le plus souvent elle est acquise. Dans le cas, par exemple, que nous venons de citer, le moment de l'apparition de la tumeur n'est pas clairement indiqué, et il semblerait plus naturel d'admettre une hydrocèle constituée par un ancien sac herniaire. Nous ne voulons pas rejeter entièrement l'hydrocèle congénitale du cordon, mais nous voulons, du moins, constater sa grande rareté.

Si maintenant nous comparons l'âge des différents enfants atteints d'hydrocèle vaginale ou d'hydrocèle du cordon, nous reconnaissons, pour la première des deux affections citées, que les enfants étaient en général moins âgés; car nous avons remarqué que l'hydrocèle vaginale s'observe ici en moyenne à l'âge de quatre à sept semaines, tandis que l'hydrocèle du cordon ne se laisse voir chez l'enfant qu'entre l'âge de trois mois à un an et demi.

Le nombre d'hydrocèles du cordon qu'il nous a été donné d'observer est trop minime pour nous per-

1. GUERSANT fils, *Gaz. des hôpît.*, n° 110. 1845.

mettre de trancher ici définitivement la question étiologique. Cependant notre théorie dite inflammatoire nous semble rendre assez bien compte du mode de sa production, et si nous avons recours à l'observation, nous voyons que le mode de production par irritation est plus fréquent, surtout dans les cas d'hydrocèles enkystées. Les frottements réitérés des extrémités, une irritation locale peuvent amener facilement cette affection chez des enfants prédisposés. Nous ne pouvons invoquer notre théorie mécanique qu'avec une grande réserve dans ces cas; car on peut se demander alors pourquoi l'affection ne se montre pas tout aussi bien dès les premières semaines qu'après quelques mois. Cependant si l'hydrocèle communique avec le péritoine, le liquide peut directement avoir été fourni par cette séreuse; si l'ouverture de communication est très-petite, un mécanisme analogue à celui que nous avons déjà cité, en parlant de la formation de l'hydrocèle vaginale mécanique, peut entrer en jeu et produire l'hydrocèle communicante de MELCHIORI, et cette dernière forme, quoique très-rarement, peut être congénitale.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

L'hydrocèle vaginale simple des enfants constitue une tumeur de forme variable, généralement ovale, qui n'atteint jamais un volume très-considérable.

Le testicule est situé à la partie postéro-supérieure et un peu interne.

La fluctuation que présente généralement l'hydrocèle peut être difficile à constater, tantôt à cause de la petitesse de la tumeur, tantôt à cause de la grande distension de la tunique vaginale par le liquide.

La transparence due au liquide de l'hydrocèle est un des signes les plus importants du diagnostic. Pour arriver à constater sûrement cette transparence chez l'enfant, il faut se servir du stéthoscope, pour empêcher les rayons lumineux de frapper l'œil de l'observateur; en effet, les téguments de l'enfant sont si minces, qu'ils laissent passer très-facilement la lumière, et l'on doit se mettre à l'abri de cette erreur.

On peut confondre surtout l'hydrocèle avec une hernie. Dans la hernie, la tumeur commence à partir de l'anneau inguinal; dans l'hydrocèle elle se forme généralement à la partie la plus déclive du testicule; dans l'hydrocèle, le cordon s'isole parfaitement au-dessus de la tumeur, et le testicule est parfois difficile à bien sentir; dans la hernie, le cordon n'est senti que d'une façon confuse et le testicule est situé beaucoup plus bas.

L'hydrocèle vaginale ne reçoit pas d'impulsion par la toux, comme la hernie; elle n'est pas sujette aux mêmes variations de volume. Le diagnostic devient plus difficile lorsque l'hydrocèle se prolonge jusqu'à l'anneau inguinal.

Dans les cas d'hydrocèle communicante, ce tableau sera un peu changé; si l'ouverture de communication est assez grande, l'hydrocèle recevra une impulsion par la toux. On pourra faire refluer une partie du liquide dans le péritoine; ce dernier point

pourrait faire croire à une hernie. Dans ce cas on maintient le doigt sur l'anneau inguinal et l'on attend; si la tumeur reparait sans qu'on n'ait rien senti passer, on aura à faire à une hydrocèle.

TRAITEMENT.

L'hydrocèle chez les enfants est une affection si peu grave et qui guérit si souvent sans intervention aucune, que nous avons peine à comprendre l'inépuisable quantité de moyens dont on s'est servi pour la traiter.

On a proposé tour à tour les dérivatifs, tels que la teinture d'iode et les vésicatoires, puis les résolutifs, la digitale et l'ammoniaque.

CURLING relève les dangers des vésicatoires, qui peuvent amener la gangrène ou l'érysipèle.

TH. KEATE cite cinq cas de guérison d'hydrocèle avec applications trois fois répétées par jour de la solution suivante :

Rp. Ammon. mur. pulv. 30^{gr},00
Acet. vin.
Spirit. vin. ana. 120^{gr},00

On a recommandé ensuite la ponction simple, ou bien la ponction suivie d'injections. Le liquide à injecter a été diversement modifié; aujourd'hui on est généralement d'accord pour employer la teinture d'iode. Les belles recherches de VELPEAU sur les injections iodées dans les cavités closes, démontrent clairement l'innocuité de l'iode introduit en injections dans la cavité péritonéale.

KOCHER¹ fait remarquer que pour les hydrocèles peu tendues des enfants la ponction avec le trocart n'est pas facile; pour pratiquer la ponction, on a toujours besoin de déployer une certaine force, et de cette façon on risque de blesser le testicule. Il conseille alors la ponction avec l'aiguille en différents endroits; on provoquerait ainsi un œdème du scrotum par le passage du liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par ce procédé, la résolution du liquide a lieu chez l'enfant au bout de vingt-quatre heures.

JOBERT² a employé avec succès la discision sous-cutanée. LINHARDT³ opère de cette façon les hydrocèles des nouveau-nés.

SCHMITH⁴ abandonne l'incision pratiquée jusqu'alors pour amener la cure radicale de certaines hydrocèles d'adultes; il fait ressortir les différents avantages du fil de soie passé à travers la tumeur et qu'on y laisse séjourner quelque temps. ANGELSTEIN⁵ emploie le même procédé pour opérer l'hydrocèle des enfants; le fil doit être enlevé au plus tard après vingt-quatre heures, car il se présente déjà un gonflement inflammatoire au bout de deux ou trois heures. La guérison suit entre le troisième et le cinquième jour.

Après qu'on eut constaté à plusieurs reprises une

1. KOCHER, *loc. cit.*, page 287.

2. JOBERT, *Gaz. des hôp.*, n° 88, 1840.

3. Oester. *Zeitschr.* 1865.

4. H. SCHMITH, *Med. times.*, nov. 1870.

5. *Zeitschr. f. Kinderheilkunde*, t. XIX, 1852.

réaction trop vive et la formation de pus après l'emploi du fil de soie, SIMPSON d'Edimbourg imagina de remplacer le fil de soie par un fil métallique; mais ce mode opératoire a également amené des accidents chez l'adulte, et même des récidives.

M. le professeur BÖECKEL a employé en 1860 pour la première fois le séton métallique, composé d'un fil mince en argent, dans un cas d'hydrocèle enkystée du cordon; on enleva le fil au bout de deux jours, et la guérison s'ensuivit. BÖECKEL fut amené à essayer de ce traitement inconnu jusqu'alors par l'examen du procédé cité plus haut et employé par les médecins anglais pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale. Cette méthode présente l'avantage de pouvoir régler l'inflammation par l'enlèvement plus ou moins prompt du fil métallique.

Ce mode opératoire, qui fait communiquer directement une cavité close avec l'air extérieur, ne nous semble pas être exempt de tout danger; cependant, nous savons que ce chirurgien n'a pas eu d'accidents à enregistrer.

Tels sont les différents traitements qui ont été tour à tour employés par les différents chirurgiens.

Nous ferons remarquer cependant que cette affection est si bénigne, que la plupart du temps un onguent tout à fait anodin suffit pour soulager l'enfant et calmer les inquiétudes des parents. Le temps même se charge souvent de la guérison, témoin cet onguent si estimé du public de la Krutenau et délivré avec tant de respect par la vieille dont nous avons parlé plus haut.

Toute opération qui présenterait le moindre danger pour l'enfant doit donc être absolument rejetée.

Voici, du reste, la manière dont nous procédons généralement à la polyclinique chirurgicale de notre ville.

Si les enfants sont affectés d'hydrocèle vaginale simple, nous prescrivons un onguent ioduré ou bien nous faisons immédiatement une ponction, généralement avec la seringue de Pravaz, et extrayons de cette façon le liquide contenu dans l'hydrocèle. Nous sommes, il est vrai, convaincu que cette affection peut guérir en quelques semaines sans intervention aucune; mais, d'un autre côté, la ponction ne présentant aucun danger, nous rendrons souvent de la sorte un service signalé à l'enfant en prouvant à sa mère que cette petite tumeur contenait réellement de l'eau. Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné de voir de ces malheureux enfants porteurs de bandages herniaires qui comprimaient plus ou moins bien leurs hydrocèles, et qui leur arrachaient des cris de révolte contre cette erreur de diagnostic, le plus souvent commise par la mère elle-même.

Quelquefois cette simple ponction ne suffit pas et l'hydrocèle se produit à nouveau : nous faisons alors une nouvelle ponction suivie d'une injection iodée.

Si l'hydrocèle vaginale communique largement avec le péritoine, cas très-rare dans notre ville, nous avons recours à un bandage soigné et approprié.

Dans les cas d'hydrocèle enkystée du cordon, nous pratiquons la ponction suivie de l'évacuation du liquide, et le plus souvent nous la faisons suivre d'une

injection iodée, car nous avons remarqué que ces hydrocèles ont moins de tendance à guérir spontanément que les précédentes.

Ce mode de traitement nous a toujours pleinement réussi; il se recommande par sa simplicité et par son innocuité complète.

OBSERVATIONS.

La plupart de ces observations ont été recueillies par nous-même pendant l'exercice de nos fonctions comme assistant de la polyclinique chirurgicale. Nous devons ici adresser des remerciements bien sincères à notre ami et collègue M. le docteur GIRARD, notre ancien chef de service, qui nous a donné l'initiative de ce petit travail et qui a bien voulu nous assister parfois de ses conseils. Pour d'autres cas d'hydrocèles, nous avons consulté les registres policliniques des derniers semestres et nous sommes ensuite allé à la recherche de nos petits patients.

M. le professeur BŒCKEL a également eu la bonté de nous permettre d'observer dans son service deux cas d'hydrocèle, que nous rapportons également. Somme toute, nous avons réuni une trentaine de cas d'hydrocèles. Il nous serait trop long de les citer tous ici, nous nous contenterons de mentionner les observations que nous avons jugées présenter quelque intérêt, et de passer rapidement sur celles qui ne semblent être que la copie fidèle d'un type déjà cité.

OBSERVATION I.

François Huber, enfant âgé de quelques semaines, est atteint de scarlatine. La maladie suit un cours assez régulier, cependant l'enfant tousse beaucoup. Quelques jours après le début de cette affection fébrile, la mère s'aperçoit qu'une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette, occupe le côté droit des bourses. Inquiète, elle rend un docteur attentif à ce fait; il prescrit l'application journalière d'un onguent qui amena la résolution complète de la tumeur dans l'espace de quinze jours.

Six mois plus tard, le même enfant est atteint de coqueluche; sa mère, remarquant du même côté des bourses une tumeur entièrement analogue à la précédente, présente l'enfant à la policlinique chirurgicale; on constate une hydrocèle vaginale simple. Un sirop calmant, une pommade iodurée et surtout le rétablissement complet de l'enfant eurent bientôt raison de cette seconde hydrocèle.

La cause mécanique, dans ce cas particulier, s'est montrée deux fois et deux fois l'hydrocèle s'est produite.

OBSERVATION II.

Wilhelm Sparr, âgé de quatre mois, habitant les environs de la ville, est amené à la policlinique. On constate chez lui une hydrocèle vaginale double occupant le côté droit et le côté gauche. Double ponction suivie d'extraction du liquide au moyen de la

seringue de Pravaz. Récidive au bout de quinze jours, du côté droit; nouvelle ponction suivie d'injection iodée; guérison radicale.

La mère, interrogée sur les causes qui avaient pu amener cette affection, nous raconte que l'enfant était indisposé depuis quelque temps, refusait toute nourriture, et que la tumeur s'était montrée à la suite d'une toux fatigante.

OBSERVATION III.

Groskost, Michel, âgé de deux mois, habitant la Krutenau, est atteint d'hydrocèle vaginale. L'enfant est d'une constitution très-forte et n'a jamais été malade. Sa grand'mère attribue cette affection à des efforts faits par l'enfant, qui s'amusait continuellement à contracter ses muscles abdominaux chaque fois qu'on l'étendait dans son berceau. Cette hydrocèle, de la grosseur d'une petite noisette, acquit bientôt le volume d'un œuf de pigeon, puis disparut au bout de quinze jours à trois semaines grâce à l'application de compresses d'eau de mauve.

OBSERVATION IV.

Schiff, Jules, habitant la Krutenau, était âgé de huit jours quand sa mère s'aperçut pour la première fois d'une petite tumeur occupant la partie droite des bourses.

Cette tumeur continuant à augmenter, la mère, tout inquiète, alla chercher conseil à l'hôpital.

L'enfant est peu robuste, il est nourri artificiellement. On constate du côté droit une hydrocèle de la vaginale; le testicule est situé en haut et en arrière. En outre l'enfant est affecté d'une hernie ombilicale semblable à un doigt de gant insufflé, tellement elle est développée.

Le lait trop épais que la mère donne à son enfant ne semble pas lui convenir; de là, catarrhe intestinal et vomissements de la part de l'enfant qui, ramenant ses pieds vers l'abdomen, contracte avec des signes de douleur ses parois abdominales. Ici la hernie ombilicale et l'hydrocèle vaginale semblent avoir une cause identique. Traitement: Modification de la nourriture de l'enfant; hernie ombilicale réduite et maintenue en place avec une bande de sparadrap. Onguent ioduré pour l'hydrocèle. Guérison.

OBSERVATION V.

D. Ch., de la Krutenau, âgé de sept semaines, est affecté d'hydrocèle congénitale double ayant pour cause une bronchite. — Ponction. — Récidives. — Guérison complète au bout cinq semaines.

OBSERVATION VI.

Lott, Émile, rue de la Monnaie, âgé de quatre semaines, présente une hydrocèle vaginale droite, ayant une cause entièrement analogue à la précédente.

OBSERVATION VII.

Brack, Th., enfant âgé de trois semaines, atteint d'hydrocèle double, ayant pour cause un catarrhe bronchique.

OBSERVATION VIII.

Gropfinger, Michael, est un enfant assez robuste, âgé de trois semaines et habitant la Krutenau. Il présente du côté droit, un peu au-dessous de l'anneau inguinal externe, une tumeur ovale, de la grosseur d'une noix. Le plus grand diamètre de cette tumeur suit la direction du cordon. On constate que le testicule gauche occupe sa place normale, mais que le droit n'a pas encore opéré sa descente complète. Le testicule, qui semble occuper la partie postérieure de cette tumeur, est difficile à limiter à cause d'un léger épanchement qui remplit la vaginale. On pratique une ponction avec la seringue de Pravaz et l'on retire une cuillerée d'un liquide transparent. Quinze jours après, on fait une nouvelle ponction, suivie d'injection iodée. — Guérison.

La mère ne peut indiquer la cause qui aurait pu amener cette affection; pour nous, il est évident que le testicule, dans sa descente, a agi comme cause irritante sur la séreuse vaginale; d'ailleurs, dans cette position le testicule était froissé par chaque mouvement des extrémités.

OBSERVATION IX.

Jung, Charles, âgé de quatre semaines, habite Strasbourg. Depuis peu de jours, sa mère a cru voir que le testicule gauche devenait plus gros que le droit et qu'il continuait peu à peu à se développer. On constate une hydrocèle vaginale de la grosseur d'une petite poire. Dans les plis de l'aîne, sur les fesses et jusque près du nombril on constate des taches d'un rouge vif séparées par des portions de tégument normal. Un suintement séreux particulier s'échappe de quelques crevasses que présente la peau. On conseille à la mère de tenir son enfant aussi proprement que possible, de lui donner quelques bains et de protéger les parties irritées avec un peu d'onguent de zinc. Huit jours plus tard, ponction. Guérison.

OBSERVATION X.

Louis Bookmeier, âgé de neuf semaines, habitant les environs de la ville, est affecté d'hydrocèle du côté droit; intertrigo occupant les plis fessiers, la partie interne et supérieure des cuisses et le scrotum. L'enfant est bien constitué et n'a jamais été malade.

Traitement. — Bains de son, soins de propreté, onguent simple. Guérison.

OBSERVATION XI.

Westphal, Alfred, de Strasbourg, âgé de huit jours, hydrocèle vaginale droite. Érosions de la peau des parties génitales. Ponction. — Guérison.

OBSERVATION XII.

Drendé, Ernest, âgé de onze mois, des environs de Strasbourg, présenté à la polyclinique chirurgicale, est atteint d'une hydrocèle enkystée du cordon, siégeant du côté gauche.

La cause qui a pu amener cette affection est inconnue.

Ponction avec un trocart fin, injection iodée. Guérison.

OBSERVATION XIII.

Faurer, Charles, âgé de quatre mois, présente du côté droit une hydrocèle enkystée du cordon. Le début de cette affection remonte à trois semaines environ; à ce moment, l'enfant était également affecté d'un érythème urinaire qui a entièrement disparu aujourd'hui. Ponction. — Guérison.

OBSERVATION XIV.

Le nommé A. S. est un enfant âgé de onze mois. Il est affecté également d'une hydrocèle enkystée du cordon. La manière dont l'enfant est soigné par sa mère nourricière, ne laisse à peu près aucun doute sur le mode de production de cette affection.

L'enfant est tenu d'une façon déplorable sous le rapport de la propreté. La peau qui recouvre le scrotum, le bas-ventre est rougie et enflammée.

Traitement. — Bains et onguent simple.

OBSERVATION XV.

Vogel, Émile (habitant la Krutenau), âgé de six semaines, est un enfant robuste et bien nourri; sa grand'mère a remarqué depuis quelques jours une tumeur siégeant aux parties génitales. Elle se rappelle parfaitement que le père de l'enfant avait montré également une tumeur analogue, peu de jours après la naissance.

Nous constatons une hydrocèle de la vaginale.

Traitement. — Ponction avec la seringue de Pravaz. — Guérison.

OBSERVATION XVI.

Rufel, Eugène (habitant la Krutenau), est un enfant robuste, âgé de deux mois. Il présente du côté droit une hydrocèle vaginale de la grosseur d'une noix. Le testicule est situé en haut et en arrière. Sa mère dit avoir remarqué pour la première fois cette tumeur peu de jours après sa naissance.

Le grand-père de l'enfant a été atteint d'une tumeur semblable qui a été également ponctionnée.

Traitement. — Ponction qui donne passage à un liquide jaunâtre.

OBSERVATION XVII.

Busch, Charles (habitant la Krutenau), âgé de huit jours. Hydrocèle vaginale. L'enfant est né avec cette tumeur. Nous ne parvenons pas à la réduire, malgré

une pression prolongée. Le volume de l'hydrocèle est moins considérable le matin que le soir; le repos de l'enfant influe sensiblement sur le volume de la tumeur.

Ce serait là un cas exceptionnel d'hydrocèle congénitale communicante.

OBSERVATION XVIII.

M. B., enfant âgé de quinze jours, présente une hydrocèle très-curieuse. L'examen attentif du petit patient nous permet de constater que le scrotum est infiltré par un liquide séreux, puis que la vaginale communique largement avec le péritoine et qu'elle contient une quantité assez forte de liquide. A la partie supérieure se trouve une hernie que l'on réduit facilement et qui fait entendre le gargouillement caractéristique.

La mère dit avoir constaté une anormité le jour même de sa naissance.

L'enfant étant assez faible et la communication avec le péritoine par trop grande, nous conseillons à la mère d'attendre quelque temps, puis, si la chose empire, de faire porter à son petit un bandage bien approprié.

OBSERVATION XIX.

Ed. Poledi est affecté d'une hydrocèle vaginale. Cette dernière a été aperçue quelques heures après sa naissance. La tumeur est aussi plus grande le soir que le matin; l'enfant n'a jamais été malade.

Traitement. — Ponction au moyen du séton métallique. — Guérison radicale.

OBSERVATION XX.

Charles Frédéric Merk, âgé de treize semaines, est présenté à la policlinique chirurgicale. Constitution bonne; l'enfant n'a jamais été malade.

Depuis la veille, l'enfant est inquiet, la nuit a été mauvaise et agitée. Au matin, sa mère aperçoit pour la première fois au niveau du pli de l'aîne une tumeur qu'elle essaie de repousser dans l'abdomen. Vomissements.

L'examen attentif de l'enfant donne à constater du côté gauche une tumeur s'étendant depuis l'anneau inguinal externe et descendant jusqu'au fond des bourses. Du même côté, le testicule n'occupe pas sa place normale: il est situé plus haut et difficile à sentir. Le ventre est tendu, les extrémités plus froides que le reste du corps; l'enfant n'a pas eu de selles depuis vingt-quatre heures. Tous ces symptômes parlent en faveur d'une hernie étranglée. On essaie le taxis sans résultat. Bains prolongés. Deux heures après nous revoyons l'enfant, qui est tout aussi agité que le matin; il n'a pas eu de selle. Essais infructueux de réduction; nouveau bain prolongé.

Une heure plus tard, lorsque nous pensions que le moment d'opérer était venu, nous tentons un dernier essai de réduction dans le bain même où se trouvait l'enfant; cette tentative est couronnée d'un plein

succès. Nous sommes alors frappé d'une chose toute particulière : en maintenant avec deux doigts l'ouverture de l'anneau inguinal fermée, nous constatons que la tumeur, qui avait totalement disparu, se reforme peu à peu, quoique beaucoup moins volumineuse. Un nouvel essai de réduction ramène la production du même phénomène ; le testicule est alors entouré de liquide dont nous constatons la présence grâce à la fluctuation et à la transparence qu'il présente.

C'est là un des cas rares d'hydrocèle communicante qu'il nous ait été donné de constater à Strasbourg.

Traitement. — Bandage compressif ; guérison de l'hydrocèle sans intervention aucune. Au bout de quelques semaines, le testicule a gagné le fond des bourses.

OBSERVATION XXI.

Henri Steiner est un enfant peu robuste, âgé de deux mois ; on constate chez lui une hydrocèle enkystée du cordon de la grosseur d'un œuf de pigeon. Peu de temps avant l'apparition de cette tumeur, l'enfant a été couvert de taches d'un rouge cuivré, siégeant surtout sur la peau du ventre et des cuisses. Les anamnèses nous apprennent que la mère a eu trois enfants ; le premier a été expulsé mort du sein de sa mère ; le second avait des ulcérations à l'angle de la bouche et dans la paume des mains : il mourut au bout de peu de temps à la suite de nombreux petits abcès dont son corps fut couvert.

Cet enfant est chétif et mal nourri.

Traitement. — Drainage avec fil métallique. Nous n'avons plus revu l'enfant depuis lors.

OBSERVATION XXII.

Auguste Herbrand, âgé de trois semaines. — Cet enfant est affecté d'une hydrocèle vaginale du côté droit. Sa mère raconte avoir remarqué, il y a quelques jours, pour la première fois cette grosseur extraordinaire.

On fait une ponction, il sort une petite quantité d'un liquide séreux et transparent.

Huit jours après, récidive: nouvelle ponction suivie d'injection de teinture d'iode. Suppuration; l'enfant meurt huit jours environ après la dernière injection.

Les renseignements pris nous apprennent que la mère avait fait déjà une cure antisyphilitique, que l'enfant a présenté en venant au monde des bulles occupant les mains et des ulcérations autour de l'anus.

L'enfant souffrait beaucoup de maux de ventre, et ramenait ses jambes vers l'abdomen, puis vomissait le plus souvent le peu de lait qu'on était parvenu à lui faire avaler. C'est dans cet état cachectique d'un enfant sûrement voué à la mort, dont tout le système nutritif était déplorable, que l'on a fait une ponction généralement tout à fait inoffensive. Les soins peu intelligents et peu maternels qu'il recevait chez lui et son état maladif ne pouvaient qu'aider à établir un pronostic très-fâcheux.

Nota. Une observation curieuse, recueillie dans le quartier de la Krutenau par notre ami et collègue le docteur A. WOLFF, nous est mentionnée à la dernière heure. Il s'agit de cinq enfants, tous issus d'un même père et d'une même mère, qui ont été affectés d'hydrocèle de la vaginale; le cadet de ces enfants, aujourd'hui en traitement, est âgé de quelques mois.

Somme toute, il résulte de nos recherches, que nos 32 observations recueillies en deux ans peuvent se classer comme suit:

21 cas d'hydrocèle de la tunique vaginale.

3 cas d'hydrocèle communicante de la tunique vaginale.

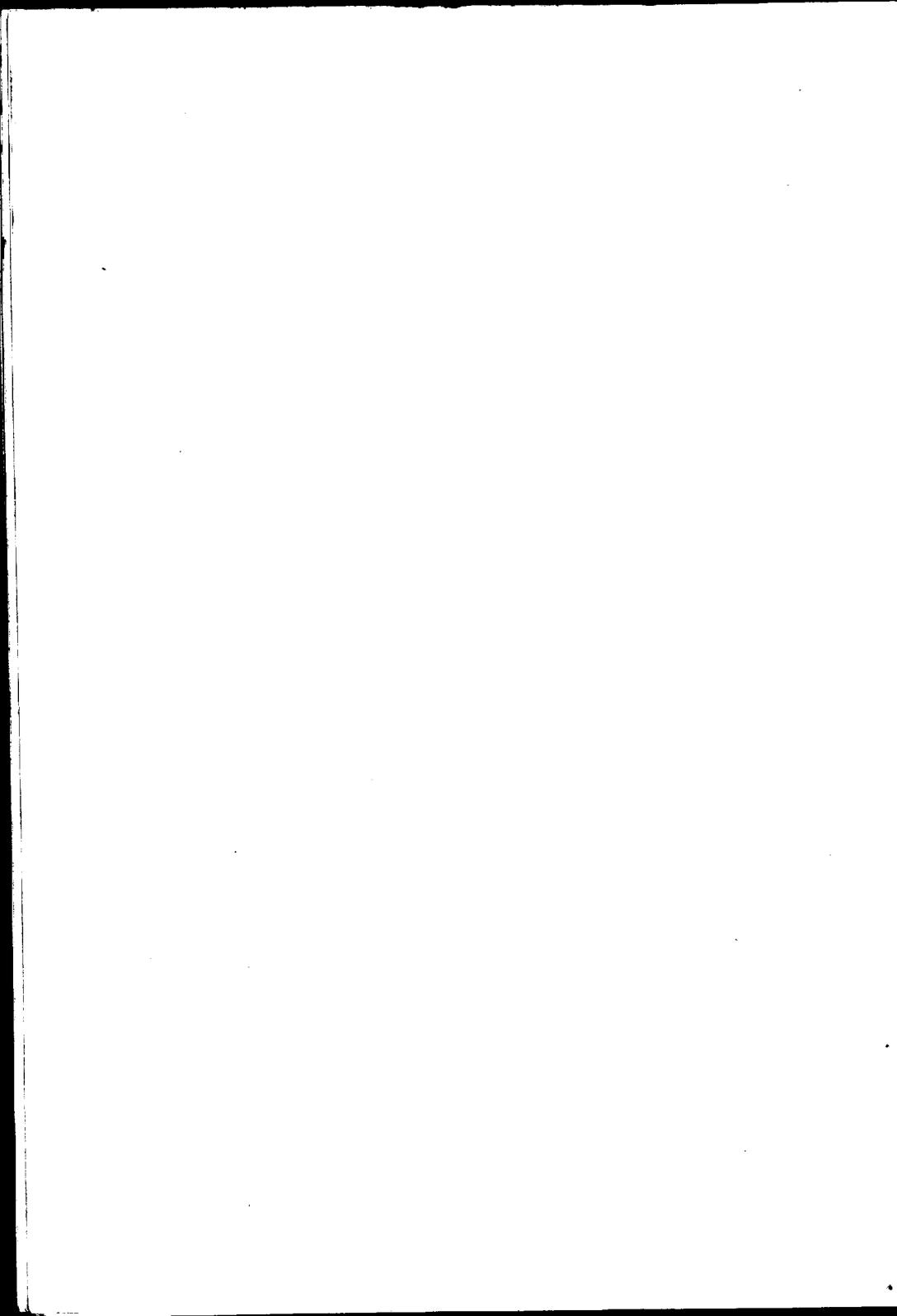
— hydrocèle communicante du cordon spermatique.

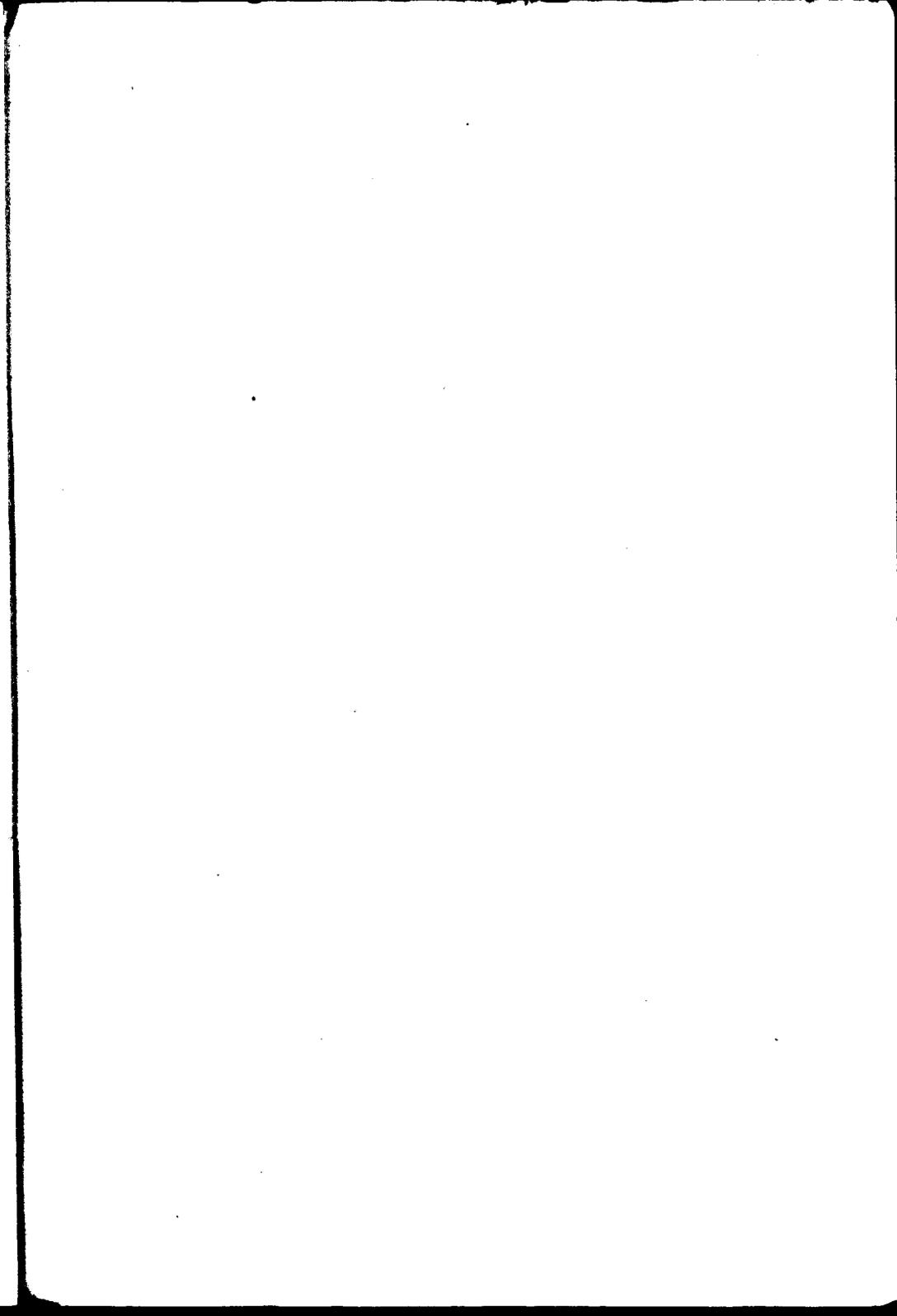
6 cas d'hydrocèle enkystée du cordon spermatique.

2 cas d'hydrocèle congénitale vraie (de la vaginale et du cordon).

32 cas.







11375

