

La pyélite chez les enfants

La précision de plus en plus grande que l'on apporte au diagnostic a fait rattacher à leur cause vraie plus d'un symptôme que souvent jusqu'ici on mettait simplement au compte d'une infection gastro-intestinale. Goffert dans un récent travail (in Berlin. Klin. Wochenschrift, avril 1909) met ces faits bien en lumière. Comme il le remarque avec justesse l'affection peut débuter par des symptômes vagues ou pouvant se rattacher à plus d'un autre système : gastro-entérite aiguë, processus pulmonaire aigu ou même méningite, voilà ce que l'on peut être porté à diagnostiquer. L'examen des urines — per-faciles à se procurer chez les enfants nous le reconnaissons — nous donnera souvent la clef.

Thursfield, qui étudie le même problème dans "The Hospital," janv. 1909, montre qu'il existe chez l'enfant trois causes possibles d'infection des voies urinaires. L'agent infectieux peut arriver par le courant sanguin d'un foyer quelconque, il peut remonter de l'urètre et des organes génitaux externes à la vessie et aux reins ; il peut infecter directement les organes urinaires très probablement par les vaisseaux lymphatiques. La fièvre typhoïde est un exemple du premier mode étiologique. Dans beaucoup de cas, il semble que l'infection provienne directement de l'intestin pour aboutir au bassinet.

Le microorganisme qu'on trouve le plus souvent dans la pyélite chez les enfants est le colibacille ; le groupe du proteus et surtout le staphylocoque se rencontre moins souvent.

Les symptômes affectent trois types distincts, suivant que l'infection est aiguë, subaiguë ou chronique. Dans tous ces types les symptômes urinaires peuvent passer inaperçus. Ce n'est guère que dans la forme aiguë que l'attention se trouve attirée sur l'urine par quelque symptôme.

La pyélite d'origine tuberculeuse est très rare dans l'enfance. Par contre, on peut rencontrer la pyélite calculuse qui s'accompagne souvent d'hématurie. La pyonéphrose est très rare, quoique l'hydronéphrose soit plus fréquente.

Le phimosis ou un rétrécissement du méat peut quelquefois causer une pyurie avec des symptômes généraux sérieux.

Le traitement d'une pyélite infectieuse aiguë est en général assez simple. Le repos au lit est essentiel ; même dans les cas subaigus les malades ne s'améliorent guère que s'ils restent au lit. L'indication principale est de désinfecter les voies urinaires, à cet effet, on a recours à l'urotropine ou à l'hermitol, dont l'auteur donne de 0,30 à 0,60 centigrammes dans un verre d'eau trois fois par jour. (1)

Dans la plupart des cas ces mesures sont suffisantes

(1) Les pastilles Necker, dosées à 0,50 centig. d'Urotropine et 0,01 centig. d'Ext. de Jusquiame ont encore meilleur effet sur l'action sédative de l'hyosciamine.

pour arrêter rapidement l'affection, mais parfois celle-ci persiste en dépit du traitement. Les vaccinations faites avec les cultures de colibacille n'ont pas donné de résultats bien encourageants chez l'adulte. La récurrence s'observe surtout chez les malades qui n'ont pas été soignés lors d'une première atteinte ou qui l'ont été trop peu de temps. L'auteur n'a jamais constaté de récurrence après un traitement par l'urotropine et le rétablissement de l'état stérile de l'urine. Dans un cas rebelle qui obligea à pratiquer une opération exploratrice, on trouva l'appendice enflammé adhérent au bassinet.

* * *

Rupture traumatique de l'urètre

La rupture de l'urètre provient ordinairement d'un traumatisme du périnée, chute à califourchon, coup de pied, etc. Elle est complète ou incomplète ; dans ce dernier cas la portion d'urètre intacte appartient à la paroi antérieure.

Les trois symptômes classiques dit Broca (Tribune Médicale nov. 1908.) sont : l'urétrorragie, la tumeur périméale provoquée par l'épanchement sanguin, et la difficulté de la miction résultant à la fois de la compression exercée par cette tumeur sur l'urètre et du spasme concomitant. Cette difficulté de la miction peut aller jusqu'à la rétention ; et alors on sent le globe vésical dur et tendu, à moins que la vessie ne se vide en infiltrant le périnée par suite du relâchement du spasme : dans ce cas le pronostic n'en est pas meilleur.

Le premier précepte à suivre c'est de ne jamais faire le cathétérisme d'abord ; il n'offre aucun avantage, même s'il reste un pont de tissu sain sur la paroi antérieure de l'urètre pour servir de guide au passage de la sonde. Ce qu'il faut faire, c'est utiliser le périnée pour évacuer le sang et l'urine infiltrés : ce n'est qu'une fois cette incision faite qu'on pourra tenter de passer une sonde ; si elle arrive jusque dans la vessie on la laissera à demeure, si elle n'y arrive pas elle servira toujours de repère pour trouver le bout antérieur de l'urètre : le bout postérieur sera recherché soit avec le doigt, soit avec le stylet : si on ne peut arriver à y passer la sonde on ne s'entêtera pas, le malade passera de lui-même soit par son urètre, soit par son incision périnéale, lorsque le spasme aura cessé.

Le rétrécissement consécutif de l'urètre ne peut presque jamais être évité, même si on fait la suture de l'urètre : c'est pourquoi Iselin et Pasteau ont conseillé d'aboucher le bout postérieur à la peau du périnée : plus tard, si le méat périnéal ne se bouche pas de lui-même par cicatrisation, on le ferme par une autoplastie, à larges lambeaux pris sur la peau du périnée.

* * *

Acidification de l'urine par l'acide borique

L'alcalinité de l'urine tend à altérer la muqueuse urinaire, et l'altération de la muqueuse augmente cette al-