

Se basant sur la coïncidence de l'épispadias avec certaines anomalies, telles que la non-réunion de la symphyse pubienne et l'écartement des corps caverneux, M. Richet, adoptant d'ailleurs les idées de Coste, a regardé l'épispadias et l'exstrophie de la vessie comme des degrés différents du même vice de conformation. Exagérant encore l'opinion de M. Richet, M. A. Richard fait consister l'épispadias dans une fissure des corps caverneux.

MM. Dolbeau et Guyon ont combattu cette opinion. Pour eux, l'exstrophie de la vessie, la division du pubis, etc., ne sont que des complications de l'épispadias et ce vice de conformation n'est lui-même qu'une *fissure de la paroi supérieure de l'urèthre dans sa partie spongieuse*.

M. Voillemier adopte cette interprétation des faits et donne une définition plus large de l'épispadias, auquel il rattache le vice de conformation consistant dans une division longitudinale, plus ou moins étendue, de la paroi supérieure de l'urèthre.

Nous ne trancherons pas la question débattue par ces auteurs, car elle est difficile à résoudre, la coïncidence de plusieurs vices de conformation sur le même sujet étant loin d'être rare. Nous ne devons pas oublier combien il est souvent difficile de déterminer si ces anomalies dépendent d'une même cause et quelle relation il existe entre elles.

Dans la plupart des quelques faits d'épispadias qui ont été publiés, il existait un déplacement du canal. Ce dernier, en se dégageant de dessous le pubis, se plaçait sur la face supérieure des corps caverneux, qu'il longeait dans toute leur longueur. Mais ces deux difformités ne coexistent pas toujours, puisque Ruysh a vu l'urèthre déplacé de cette façon, sans complication d'épispadias.

Cependant on a pu constater aussi que l'urèthre présente parfois un épispadias tout en occupant sa place ordinaire. Les corps caverneux sont alors nécessairement séparés l'un de l'autre, disposition notée par M. Barth, dans un fait soumis à son observation.

Le siège de l'ouverture anormale dans l'épispadias est constant. La paroi supérieure du canal est toujours divisée, à partir de l'extrémité du gland, et la fissure se prolonge plus ou moins en arrière. Presque toujours elle s'étend jusqu'au devant du pubis. Un seul fait rapporté par M. Marchal (de Calvi), et dans lequel la division du canal n'allait pas jusqu'au gland, fait exception à la loi générale.

L'épispadias présente chez les enfants un aspect tout particulier. Comme la verge est encore rudimentaire, le gland est appliqué contre le pubis et relevé de manière que sa face inférieure regarde presque directement en avant. Il n'est pas recouvert par le prépuce qui se trouve ramassé au-dessous de lui. En abaissant la verge vers le scrotum, on voit qu'il n'existe pas, à proprement parler, de méat urinaire. Un large sillón, qui n'est autre chose que l'urèthre, dont la face supérieure est divisée, partage la face dorsale du pénis. La gouttière ainsi formée est légèrement concave et se prolonge jusque sous les pubis où elle se termine par une ouverture ronde surmontée d'une sorte de repli cutané à concavité antérieure; elle est tapissée par une muqueuse analogue de tous points à la muqueuse uréthrale. On remarque sur les côtés de la gouttière, deux bourrelets étendus de l'extrémité du gland jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen. Cette disposition rappelle assez bien celle des grandes lèvres et explique les erreurs commises sur le sexe d'individus affectés d'épispadias.

Chez l'adulte, par suite du développement des corps caverneux, la verge s'est allongée et élargie; elle est encore un peu relevée vers le pubis. La gouttière uréthrale est moins profonde, les bourrelets moins saillants, la muqueuse plus pâle et moins sensible au toucher; enfin le repli falciforme s'est allongé et forme à la racine de la verge une gaine rudimentaire.

De même que les signes physiques, les troubles fonctionnels diffèrent chez les enfants et chez les adultes.

Chez les enfants, il existe toujours une incontinence d'urine que l'on a rapportée à un vice de conformation des parties postérieures de l'urèthre. La preuve en est fournie par ce fait que chez les adultes, on ne constate d'incontinence que dans les cas où les pubis sont écartés, ainsi que cela a été constaté plusieurs fois.

Chez les adultes affectés d'épispadias limité à la partie pénienne, la miction se fait à peu près normalement. Le sperme s'écoule en bavant ; aussi les individus atteints de cette anomalie sont-ils en général considérés comme impropre à la fécondation. Mais les faits de fécondation artificielle actuellement connus, doivent faire regarder cette opinion comme trop absolue. L'épispadias est seulement un obstacle relatif à la fécondation.

Cette infirmité a été considérée comme incurable jusqu'au milieu de ce siècle. Le premier, Dieffenbach essaya de la guérir par une opération. Cette tentative n'eut pas un meilleur résultat que l'opération essayée pour la guérison de l'hypospadias. En 1848, Blandin fit une tentative à peu près semblable et le malade succomba à des accidents locaux et généraux. Ces faits prouvaient suffisamment que la section précédée d'un simple avivement était une méthode de traitement insuffisante. C'est ce que comprit M. Nélaton et il imagina deux procédés d'autoplastie entièrement nouveaux.

Nous ne décrivons pas ici ces deux remarquables opérations. Il nous suffira de rappeler que, dans le premier cas, la fissure de la paroi uréthrale fut comblée par trois lambeaux : un lambeau abdominal médian et deux lambeaux latéraux très-étroits, taillés sur les bords de la gouttière uréthrale ; dans le second cas, même lambeau abdominal mais doublé par un lambeau scrotal en forme de pont, sous lequel fut introduite la verge déjà doublée de son lambeau abdominal. C'était, suivant l'expression de l'inventeur, une *autoplastie par redoublement*.

Les résultats obtenus furent satisfaisants ; il n'y eut pas d'accidents sérieux. Chez le premier malade, l'incon-

tinence fut corrigée en partie, et chez le second elle cessa complètement. L'opération de Nélaton constitua donc un véritable progrès ; entre les mains de MM. Jobert de Lamballe, Dolbeau, Foucher et Follin, elle a également donné des résultats satisfaisants.

Enfin, dans un cas d'épispadias sans incontinence d'urine et avec existence d'un canal complet sur une longueur de 1 centimètre, M. Voillemier a cherché à former un canal nouveau, en plongeant un trocart entre les deux corps caverneux.

Le procédé de M. Nélaton reste le meilleur et pour ainsi dire le seul procédé qu'on doive employer contre l'épispadias.

3° POCHE URINEUSES CONGÉNITALES.

Décrit habituellement sous le nom de *dilatation de l'urèthre*, ce vice de conformation est des plus rares. Deux cas ont été relatés par M. Guyon. (Th. Agrég. 1863). Chez le premier malade, en l'absence de toute autre anomalie, on pouvait, en suivant la paroi inférieure de l'urèthre, arriver dans une cavité assez grande, correspondant à une poche extérieure. Cette poche se gonflait pendant la miction en se remplissant d'urine et ne pouvait se vider d'elle-même.

Dans le second cas, il existait à l'extrémité inférieure du pénis, un appendice flasque, ayant la forme d'une bourse et étendu de l'arcade du pubis à la fosse naviculaire. L'urine s'y accumulait pendant la miction comme dans l'observation précédente. Une opération fut pratiquée avec un plein succès.

Un fait très-important à noter dans ces deux observations, c'est qu'aucun de ces malades n'avait de phimosis, d'atésie du méat ou de rétrécissement. Rien ne s'opposait donc à la sortie des urines de façon à expliquer la dilatation du canal. C'est qu'il s'agit là, ainsi que l'a soutenu avec raison M. Voillemier, d'un arrêt de développe-

ment et d'une affection secondaire. Ce vice de conformation est très-rapproché de l'hypospadias. « L'arrêt de développement a porté sur la paroi inférieure de l'urèthre, mais les ligaments ont été épargnés, autrement on aurait eu un hypospadias complet. »

Si une anomalie semblable se présentait au praticien et qu'une opération fut jugée nécessaire, la conduite à suivre devrait se rapprocher, autant que possible, du procédé opératoire adopté chez le deuxième malade, cité plus haut : après introduction d'un catheter dans l'urèthre, le chirurgien avait fait sur la poche, et dans le sens de la longueur, deux incisions courtes se regardant par leur concavité ; puis excisant la partie de peau comprise entre ces lignes, il réunit les bords de la plaie par des points de suture.

4° RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX.

On désigne sous ce nom, un vice de conformation assez commun chez les nouveau-nés et dans lequel l'étroitesse du méat est portée assez loin pour empêcher la libre sortie de l'urine. Cette diminution congénitale du calibre de l'urèthre se rencontre exclusivement au méat. Bien que l'on ait mentionné des cas où cette altération aurait existé congénitalement sur d'autres points de la longueur de l'urèthre, les faits rapportés par quelques chirurgiens sont loin d'entraîner la conviction à cet égard. Les observations si souvent citées de Phillips et de Syme (d'Edimbourg), et les faits d'anatomie pathologique eux-mêmes ne démontrent nullement l'existence du rétrécissement congénital ailleurs qu'à l'orifice externe de l'urèthre. Quelques rares cas de valvules congéniales, siégeant à l'intérieur du canal ne sauraient être regardés comme des exemples de rétrécissement, puisque leur présence ne s'accompagnait d'aucun trouble de la miction. (Observation de Jarjavay).

La dilatation est impuissante à modifier l'étroitesse

congénitale du méat urinaire. Il faut recourir d'emblée à l'instrument tranchant et déchirer l'ouverture du méat. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire, qui est d'ailleurs des plus simples.

5° OCCLUSION DU MÉAT URINAIRE ISOLÉE OU LIÉE A L'OBLITÉRATION CONGÉNITALE DE L'URÈTHRE.

Sous le nom d'*occlusion*, M. Voillemier désigne l'interruption de la cavité du canal par adhérence de la muqueuse, tandis qu'il appelle *oblitération* la fusion des parois de l'urèthre et leur transformation

Les occlusions ont pour siège habituel le méat urinaire, mais on peut les rencontrer sur tous les points de l'urèthre, depuis son extrémité antérieure jusqu'au col de la vessie. On voit quelquefois la muqueuse du gland se continuer au-devant du méat, sans présenter ni cicatrice, ni dépression indiquant l'orifice de l'urèthre. Ordinairement le méat présente un orifice très-étroit et la muqueuse forme un diaphragme trop petit pour être soulevé par l'urine. Souvent, le méat urinaire est parfaitement fermé, on peut y introduire un stylet, mais celui-ci est brusquement arrêté par un obstacle.

Il n'existe que très-peu d'exemples d'occlusion occupant les parties profondes du canal ou le col de la vessie.

Le diagnostic de cette malformation est des plus faciles. Le chirurgien la reconnaît en examinant l'enfant aussitôt après sa naissance. Elle peut échapper à un premier examen quand elle siége dans la fosse naviculaire ou au col de la vessie, mais l'attention sera bientôt éveillée par les souffrances de l'enfant, faisant, sans résultats, des efforts pour uriner. Le cathétérisme permettra alors de reconnaître que l'urèthre n'est pas libre.

Le diagnostic est moins facile si l'occlusion occupe le col de la vessie, car à la rigueur la rétention pourrait dépendre d'une autre cause, et l'impossibilité d'introduire la sonde tenir au peu d'habileté du chirurgien.

Rien de plus simple que la manœuvre opératoire réclamée par l'occlusion du méat ; il suffit de diviser la muqueuse dans le sens de l'ouverture normale avec un bistouri ou une lancette ou, mieux encore, avec le petit uréthrotome de Civiale qui rend la manœuvre plus facile et moins douloureuse.

Quand les adhérences de la muqueuse existent dans toute l'étendue du gland, l'intervention est plus délicate. Il faut alors agir dans la direction du canal, de façon à en rétablir la continuité. C'est ainsi qu'ont fait Honerkopff, Textor et Voillemier avec un plein succès. Pour ponctionner exactement dans la direction du canal, il est nécessaire de prendre pour repère le point où l'urètre, dilaté par l'urine, forme un relief.

L'oblitération congénitale de l'urètre occupe ordinairement une certaine étendue du canal et quelquefois le canal tout entier. Le plus souvent, elle s'accompagne d'autres anomalies qui sont au-dessus des ressources de l'art. Ce vice de conformation est d'ailleurs assez rare. Plusieurs faits en ont été rapportés par M. Depaul et les enfants qui en étaient atteints ont tous succombé.

CHAPITRE II.

AFFECTIIONS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE.

L'urètre peut être lésé soit par des violences extérieures, soit par des corps étrangers introduits dans sa cavité ; il peut encore être blessé par un cathétérisme maladroit, traumatisme qui porte le nom de *fausse-route*, ou être incisé méthodiquement pour la guérison des rétrécissements de l'urètre, opération appelée *urétrotomie*. De ces lésions, les unes sont *accidentelles*, les autres *chirurgicales*. Nous laisserons de côté tout ce qui est relatif aux corps

étrangers ou aux incisions chirurgicales, et nous ne nous occuperons, dans ce chapitre, que des traumatismes *accidentels*, y compris les *fausses-routes*, qui constituent, sans contredit, la lésion la plus fréquente et la plus souvent méconnue.

Nous passerons donc en revue : 1° les plaies simples ; 2° les plaies contuses ; 3° les contusions ; 4° les fausses-routes ; 5° les plaies par armes à feu.

A. — *Plaies simples*. — Grâce à sa situation anatomique, l'urètre est presque entièrement caché par les parties voisines quand la verge est à l'état de repos : aussi échappe-t-il très-facilement à l'action des corps vulnérants, piquants ou tranchants. Il peut être atteint isolément dans sa partie périnéale, mais, dans la partie pénienne, il ne peut être blessé sans que les corps caverneux soient plus ou moins intéressés.

Les plaies de l'urètre, *par instruments piquants*, ne présentent pas de gravité. C'est à peine si on en soupçonnerait l'existence, si elles ne s'accompagnaient d'un petit écoulement de sang par le méat urinaire. Elles n'ont en effet d'autre résultat qu'une ecchymose sous-cutanée au point où a pénétré l'instrument vulnérant, phénomène insuffisant pour indiquer la blessure du canal. Ces petites plaies guérissent d'elles-mêmes ou avec l'emploi de compresses résolatives.

Les lésions par *instrument tranchant* varient suivant leur étendue et leur siège. Celles de la région prostatique ou membraneuse sont fort rares et ont peu de gravité, ainsi que le démontre leur cicatrisation spontanée, et assez rapide, après les opérations de taille périnéale. Néanmoins comme les plaies accidentelles ont toujours moins de netteté que celles résultant d'une opération régulière, il faudra placer une sonde à demeure dans la vessie pour prévenir la possibilité d'une infiltration d'urine ; des compresses froides seront appliquées sur le périnée, enfin le malade devra éviter d'écartier les cuisses. L'emploi de ces moyens très-simples suffira presque toujours pour assurer