

padias une dilatation des uretères ; la largeur de l'urèthre dorsal et l'incontinence d'urine parlent en faveur d'une stase préalable. De plus, dans les cas où l'épispadias est combiné à une fente de la vessie, on trouve des masses analogues à du tissu cicatriciel, sur le pourtour de la solution de continuité. Enfin Küster communiqua un cas d'exstrophie de la vessie et d'épispadias guéris durant la vie intra-utérine, c'est-à-dire que la solution de continuité était revêtue de tissu cicatriciel.

Il reste encore à se demander pourquoi la rupture se fait parfois vers la face dorsale. Comme l'épispadias est incomparablement plus rare que l'hypospadias, il est bien possible que dans quelques cas isolés l'éclatement de l'organe se fasse dans une direction anormale, ou du moins qu'il entraîne des anomalies de direction et de dimensions.

Quelques cas, comme celui de Dollinger, montrent que l'urèthre peut se bifurquer en avant de façon à ce qu'à côté de l'orifice normal, il en existe un second sur le dos de la verge, au niveau de la couronne ; il est absolument impossible d'expliquer ce second orifice par le développement de l'organe, il doit résulter d'un accident probablement mécanique.

L'épispadias pourrait donc s'expliquer par ce fait que la rupture se produit dans quelques cas sur la face dorsale de la verge. La fente vésicale ne serait qu'un degré plus prononcé de rupture portant à la fois sur l'urèthre, la vessie et la symphyse qui se rompent.

Cette théorie est certes ingénieuse, mais comment se produit chez la femme la fente vésicale avec épispadias ? Il ne saurait être question d'un urèthre balanique, d'un défaut de communication de ce dernier avec un urèthre pénien et d'une stase consécutive.

**Traitement.** — De tous ces vices de conformation, c'est l'épispadias compliqué d'exstrophie vésicale qui est l'affection la plus grave. Le malade atteint d'hypospadias n'est pour ainsi dire que gêné ; celui qui est atteint d'épispadias simple voit souvent son urine tomber goutte à goutte et dès lors est plus à plaindre que le précédent ; quant au malade atteint d'exstrophie de la vessie, il est véritablement infirme ; l'existence insupportable de ces malheureux légitime les entreprises opératoires tentées pour les guérir.

Ce qui va suivre montrera cependant combien le succès est difficile. Le génie et la hardiesse d'un Dieffenbach durent s'avouer impuissants devant le mal. Les premiers projets de traitement datent de 1830 (Delpech, et en même temps que lui Büniger à Marburg, et Froriep à Weimar) ; la première tentative de guérison fut faite par Gerdy ; il aviva les bords de la solution de continuité et sutura par-dessus la vessie réduite ; l'opération échoua. Il faut arriver jusqu'en 1852 pour voir Simon appliquer à son tour un procédé opératoire, qui

consistait à aboucher les uretères dans le rectum ; le malade devait évacuer périodiquement son urine par l'anus. En 1853, Jules Roux reprit ces études, et inventa à son tour un nouveau procédé. La vessie était recouverte par deux lambeaux, dont l'un était emprunté au scrotum et l'autre à la peau de la région supérieure de l'abdomen. Les lambeaux, retournés de façon que leur surface cruentée regardât en dehors, furent réunis, mais se mortifièrent en grande partie.

Plus tard, le professeur Demme proposa de ne pas intervenir chirurgicalement, mais d'appliquer un appareil mécanique destiné à rapprocher la symphyse et à contenir la vessie réduite. Le pénis rudimentaire était relevé de façon à boucher la fente vésicale, et maintenu par une pelotte dans cette position. Nélaton, Richard et Dolbeau inventèrent de nouvelles méthodes plus ou moins compliquées. Le temps essentiel de ces procédés consistait à prendre un lambeau dans la peau du ventre au-dessus de la fente vésicale, et à le retourner de façon que sa face épidermique regardât la vessie. Le lambeau était fait assez grand pour recouvrir la face dorsale de la verge. Dans plusieurs opérations, la portion inférieure du lambeau se gangréna.

Thiersch fit faire un grand progrès à cette question en cherchant à reconstruire d'abord l'urèthre du malade, et à faire de cet urèthre et du recouvrement de la vessie deux opérations distinctes ; Thiersch reconstituait même l'urèthre en plusieurs séances.

Le traitement appliqué aujourd'hui à l'épispadias compliqué de fente vésicale est excessivement laborieux, nécessite des interventions successives et ne peut en général obtenir la guérison avant un an. On cherche d'abord à recouvrir la fente de la vessie. Comme on s'était aperçu que les lambeaux appliqués immédiatement après leur dissection sur la vessie et suturés se mortifiaient souvent, on ne se sert plus depuis Thiersch que des lambeaux préparés en un temps préalable. On ne tourne plus la surface cutanée des lambeaux vers la vessie parce que les poils de la peau donnaient lieu à des incrustations. Enfin on ne taille plus les lambeaux dans la région ombilicale, mais bien sur les côtés de la fente vésicale, parce qu'à ce niveau la peau est plus épaisse et plus éloignée du péritoine.

Thiersch prend deux lambeaux latéraux ; l'un doit couvrir la moitié inférieure, l'autre la moitié supérieure de la perte de substance. Les deux lambeaux sont taillés assez grands pour que chacun d'eux puisse, à l'état frais, recouvrir à lui seul la solution de continuité tout entière. Voici comment est taillé le premier lambeau. L'incision commence au-dessus de la perte de substance au bord interne du muscle droit ; de là elle contourne le bord supérieur de cette perte de substance, se continue le long du bord latéral et se termine un peu au-dessous du milieu du bord inférieur ; l'incision externe est faite parallèlement à cette incision. La bandelette de peau limitée par ces deux incisions est laissée en continuité en haut et en bas avec le reste de la peau ; mais elle est détachée des couches sous-jacentes dans toute sa longueur ; puis on introduit au-dessous du lambeau une feuille