

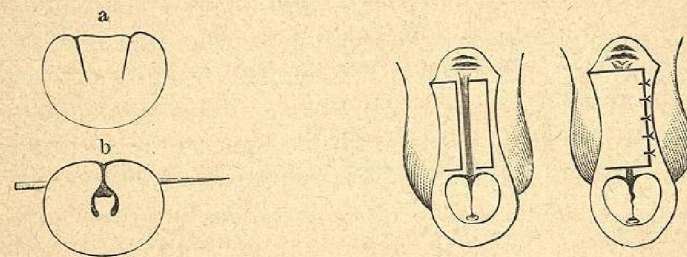
d'étain ou une plaque d'ivoire, et on attend que la face cruentée devienne granuleuse. Au bout de 3 semaines, on coupe le pédicule supérieur du lambeau par une incision dirigée de dedans en dehors, et de bas en haut, et on dispose le lambeau transversalement sur la portion inférieure de la perte de substance; on avive le bord correspondant du pourtour de la solution de continuité de façon à pouvoir y suturer le bord avivé du lambeau. Comme pendant la formation des granulations, le lambeau est un peu revenu sur lui-même, il recouvre environ les 2/3 inférieurs de la solution de continuité.

Une fois le premier lambeau bien adhérent, on taille le second sur le côté opposé. L'incision qui va le limiter en dedans n'atteint que le niveau où le lambeau inférieur est suturé; l'incision externe ne descend pas non plus plus bas; le lambeau est préparé comme le premier; au bout de 3 à 4 semaines, son extrémité supérieure est détachée, il est croisé transversalement sur la partie supérieure de la perte de substance et son bord avivé est suturé au bord avivé de la perte de substance situé du côté opposé au lambeau. Son bord inférieur s'accrole donc au bord supérieur du premier lambeau; ces deux bords sont largement avivés et réunis. Le bord supérieur du second lambeau est encore libre; il faudrait pour bien faire l'aviver et le suturer au bord supérieur de la perte de substance également avivé; mais à ce niveau la peau est trop fine; aussi est-il prudent d'enlever à ce niveau, et au moment même où on taille le second lambeau, une bandelette de peau large de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, qui devient granuleuse; et quand le second lambeau est croisé sur la perte de substance, son bord inférieur granuleux adhère aux granulations qu'on a provoquées sur le bord supérieur de la rupture.

La rupture vésicale étant ainsi comblée, il s'agit de guérir l'épispadias. Thiersch y parvient au moyen de trois opérations. Dans le premier temps, la gouttière du gland est transformée en un canal et l'orifice de ce dernier est transporté à l'extrémité du gland. A cet effet, on fait de chaque côté de la gouttière une incision longitudinale répondant comme profondeur aux 3/4 de l'épaisseur du gland. Du côté de la profondeur les deux incisions convergent légèrement. Le gland est donc divisé en 3 lambeaux, un médian et deux latéraux; le premier est déprimé pendant que les deux autres sont réunis sur la face dorsale de la verge (fig. 228). Comme la gouttière est recouverte sur la face dorsale par de la muqueuse, il n'y a pas à craindre que le petit canal qu'on vient de faire l'oblitére; et on a ainsi la portion balanique du canal de l'urètre.

Dans une seconde opération, on transforme en canal la gouttière dorsale de la verge. On taille dans la peau, sur chacun des bords de la

gouttière, un lambeau quadrilatère ayant la longueur de cette gouttière. L'un des lambeaux a son bord libre le long du bord de la gouttière, l'autre y a son pédicule. (fig. 229). Ce dernier est retourné comme on tourne la page d'un livre, c'est-à-dire que sa surface épidermique regarde la gouttière; l'autre lambeau est attiré au-dessus de lui de façon à ce que les deux surfaces saignantes se touchent. Les deux lambeaux sont réunis par une suture en surjet. Le bord libre du lambeau

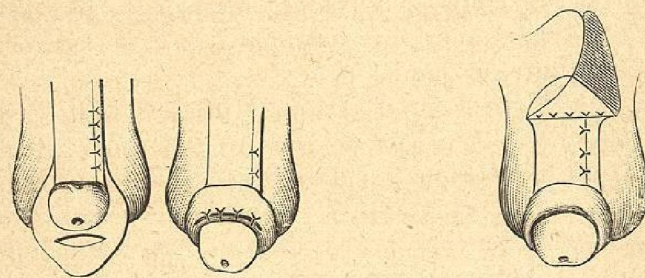


Procédé de Thiersch pour restaurer un épispadias.

Fig. 228. — Restauration du gland. Fig. 229 et 230. — Restauration de l'urètre pénien.

supérieur est réuni au bord de la peau du pénis qui est en face de lui au moyen d'une suture à nœuds.

Il reste encore à réunir l'urètre balanique à l'urètre pénien. Thiersch a inventé à cet effet un excellent procédé. Il transpose dans le petit orifice transversal séparant le gland du pénis un petit morceau de la peau du prépuce. Cette dernière est tendue et on y fait une



Procédé de Thiersch pour restaurer un épispadias.

Fig. 231. — Union des urèthres balanique et pénien. Fig. 232. — Union de la vessie et de l'urètre.

sorte de boutonnière transversale par laquelle on fait passer le gland. La partie la plus inférieure du prépuce vient donc sur le dos de la verge, et, après avivement de tous ses bords, elle est suturée d'une part à la portion balanique, d'autre part à la portion pénienne de l'urètre (fig. 231).

Il ne reste plus maintenant qu'à couvrir la fente en forme d'enton-

noir qui se trouve entre la paroi antérieure de la vessie (faite artificiellement) et le canal de l'urèthre. C'est ce qui a lieu au moyen de deux lambeaux pris de la peau de l'abdomen. L'un des lambeaux est triangulaire et est pris du côté gauche ; sa face épidermique regarde l'entonnoir ; son bord libre est suturé au bord postérieur avivé de l'urèthre ; l'autre lambeau est quadrilatère et allongé ; son pédicule répond à l'aîne droite ; sa face cruentée est appliquée (fig. 232) sur le premier lambeau et suturée. On a donc confectionné une vessie et un canal de l'urèthre communiquant avec elle. Il est vrai que l'on ne peut pas faire de sphincter, mais on peut le remplacer par un compresseur qui intercepte toute communication entre le gland et la vessie, et que l'on peut défaire lorsque l'urine devra être évacuée. Le malade de Thiersch pouvait garder jusqu'à 200 centimètres cubes d'urine.

Le traitement opératoire de l'hypospadias peut être institué sur les mêmes principes. L'urèthre balanique qui fait défaut peut être reconstitué par le procédé de Thiersch. Si le vice de conformation existe à un degré encore plus élevé, il faudra également confectionner l'urèthre pénien. Le procédé le plus connu est celui de Duplay.

Supposons qu'il s'agisse d'un hypospadias pénoscrotal ; le premier acte opératoire aura pour but d'amener la verge dans une direction rectiligne. A cet effet, on soulève fortement la verge, ce qui la tend et la gouttière uréthrale est coupée transversalement. Si cela est nécessaire, l'incision portera profondément dans la cloison des corps caverneux. Cette incision transversale sera réunie dans le sens longitudinal. Dans la même séance, l'urèthre balanique est également formé par avivement et suture des bords.

Dans le deuxième acte opératoire, on forme le canal de l'urèthre. A quelques millimètres de la ligne médiane, et de chaque côté de la gouttière, on fait une incision longitudinale dirigée parallèlement aux bords de cette dernière. Le bord interne de chaque incision est un peu libéré, mais l'externe l'est sur une grande étendue. Par cette dissection on forme donc deux lambeaux qui peuvent se réunir sur la ligne médiane et que l'on suture ici au-dessus d'une sonde destinée à rester dans l'urèthre futur, et en ayant soin de réunir les deux lambeaux en les faisant accoler par une large surface cruentée. Dans un troisième acte opératoire, l'urèthre nouvellement formé est réuni à l'urèthre qui existait déjà par un avivement transversal suivi de suture.

Dans le traitement de l'exstrophie, Sonnenburg et Trendelenburg suivirent des procédés tout nouveaux. Sonnenburg extirpa la vessie, aboucha les deux uretères dans la gouttière uréthrale, et combla la lacune abdominale au moyen de lambeaux. Trendelenburg chercha d'abord à fermer la symphyse.

Il incisa les ligaments postérieurs de la symphyse sacro-iliaque, et grâce à cette manœuvre il porta les arcades pubiennes devenues mobiles au contact l'une de l'autre. Ces arcades furent maintenues dans cette position pendant plusieurs semaines. Puis les bords de la vessie furent avivés et suturés, de façon à former une petite vessie derrière la symphyse<sup>1</sup>.

Neudorfer proposa de faire de chaque côté de la vessie une incision en fer à cheval à convexité externe, et allant jusqu'au fascia transversalis, afin que la vessie, quand ses bords auraient été avivés et suturés, pût se rétracter dans le bassin. Afin de transporter également l'urèthre derrière la symphyse, les pubis doivent être sectionnés à deux centimètres de leur extrémité libre et leurs extrémités internes réunies sur la ligne médiane par une suture.

### § 3. — Ectopie et cloisonnement de la vessie.

**Ectopie.** — Dans certains cas fort rares et très intéressants — il en existe 3 cas dans la science — la vessie est ectopée sans être fendue. Le dernier de ces cas, observé et dessiné par Lichtheim, ressemblait à une exstrophie ordinaire de la vessie avec épispadias ; seulement le malade vidait son urine périodiquement. Ce malade avait un urèthre complet, mais dorsal, et une vessie également complète et munie d'un sphincter. La symphyse n'était pas réunie ; la vessie paraissait être fendue parce qu'il existait une fissure de la paroi abdominale hors de laquelle proéminait le réservoir dont la face externe était recouverte d'une muqueuse. On ne sait par quelle disposition étrange a pu se former cette muqueuse, vérifiée au microscope. Il en était de même de la face externe de la paroi dorsale de l'urèthre.

**Cloisonnement.** — Les cas de séparation de la vessie par une cloison (*Vesica bilocularis*), de vessie double, sont de simples curiosités. Autrefois on considérait les diverticules comme des vessies congénitalement multiloculaires.

(1) Un procédé fort intéressant est celui de P. Segond. Il consiste à disséquer la vessie de haut en bas, en la séparant de la paroi abdominale, de façon à la transformer en une sorte de lambeau, adhérent par son bord inférieur, dont les bords latéraux, avivés, sont suturés aux bords, également avivés, de la gouttière uréthrale.

(A. B.)