

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 symphyse¹.

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.)