

Les résultats fonctionnels qu'elles ont donnés mériteraient d'être soigneusement analysés. Lorsque les uretères sont greffés à la base du pénis, bien entendu l'incontinence persiste. Mais, chez les autres malades qui ont subi l'uretéro-rectostomie, il serait intéressant de savoir exactement quel fut le fonctionnement du nouveau sphincter. Plusieurs observations manquent, à ce point de vue, de détails suffisants; cependant le malade de Krynsky pouvait retenir ses urines dans l'ampoule rectale pendant trois ou quatre heures, sans autre inconvénient qu'un certain degré de résorption de sa partie aqueuse. Ce résultat concorde avec ceux obtenus par Chaput sur des malades à qui il avait pratiqué, pour d'autres raisons, l'uretéro-rectostomie: l'un d'eux n'avait que trois selles par vingt-quatre heures, l'autre en avait de cinq à sept.

Ces résultats sont donc encourageants et autorisent les tentatives du même genre.

3^e Méthode de suture directe des marges de la vessie. — Refouler dans l'abdomen la saillie constituée par la face postérieure de la vessie, fermer la vessie en juxtaposant les lèvres de la fissure, et reconstituer le col, tel serait l'idéal. Malheureusement il est irréalisable. Gerdy, Rigaud, Wyman (1), Duret (2) ont bien cherché à suturer bord à bord les deux lèvres de la fissure vésicale; mais cette suture n'est possible que lorsque l'écartement de la symphyse est minime.

Aussi, dans la majorité des cas, les chirurgiens qui ont adopté cette méthode ont-ils été obligés de procéder, dans un temps préliminaire, au rapprochement des bords écartés de la symphyse. Pour cela, Passavant (3) place le malade dans une gouttière en forme de coin, dont les bords exercent une pression sur les épines iliaques, pour les refouler vers l'axe du corps et les rapprocher. Il obtient encore le même résultat à l'aide d'une ceinture dont les extrémités se croisent au-devant de l'abdomen et sont tirées par des poids de 6 à 8 kilogrammes.

Trendelenburg (4) procède plus rapidement: il commence par détruire de chaque côté les ligaments de l'articulation sacro-iliaque et par rapprocher les deux os des îles à l'aide d'une traction continue exercée par une ceinture spéciale et des poids.

Dans une seconde opération, il réalise l'affrontement des bords de la vessie et de l'urètre, au moins jusqu'au commencement de la partie bulbeuse: cette seconde opération est faite six à huit semaines après la première.

Neudörfer (5) a déjà modifié l'opération de Trendelenburg: il lui

- (1) WYMAN, *Med. Record*, 1885, vol. XXVIII, p. 646.
 (2) DURET, *Assoc. franç. d'urol.*, 2^e session, Paris, 1897, p. 341.
 (3) PASSAVANT, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXXIV, 1887, p. 463.
 (4) TRENDELENBURG, *loc. cit.*
 (5) NEUDÖRFER, *Fortschritte der Med.*, Bd. IV, 1886, p. 255.

reproche de rétrécir le bassin, de modifier défavorablement la position des membres inférieurs et d'exposer les sujets à ne marcher qu'avec une certaine difficulté, par suite d'interruptions en deux points de la continuité de la ceinture pelvienne. Aussi propose-t-il de sectionner les deux branches horizontales du pubis à 2 centimètres de leur bord libre et de suturer sur la ligne médiane les deux moitiés en refoulant en arrière le ligament interpubien, qui se laisse déprimer. Ce procédé n'a pas été employé: les succès de l'ischiopubiotomie en obstétrique autoriseraient à la rigueur à le tenter. Mais en ce qui concerne le sphincter, pas plus que l'opération de Trendelenburg, celle-ci n'est capable d'assurer la continence des urines.

La suture directe des bords de la vessie sans rapprochement des pubis, convient à des cas trop limités: elle a été pratiquée trop rarement pour qu'on puisse apprécier sa valeur.

Duret (1) (de Lille), cependant, a obtenu un bon résultat par ce procédé chez une jeune fille de neuf ans: un an après, la vessie pouvait contenir une soixantaine de grammes de liquide.

Quant à la méthode de Trendelenburg, elle est particulièrement grave: à elle seule elle endosse une partie de la mortalité causée par les opérations pour exstrophie. Depuis 1889 elle a été seize fois mise en pratique avec quelques variantes (Pousson): dix fois la disjonction des synchondroses sacro-iliaques fut obtenue sans incision des parties molles, à l'aide de la ceinture et de la gouttière de Trendelenburg et de Passavant; deux fois, Trendelenburg et Makins (2) eurent recours à la disjonction à ciel ouvert; deux fois, Berg pratiqua une ostéotomie iliaque verticale passant par la partie la plus élevée de la grande échancrure sciatique; enfin, deux fois, Schlange mobilisa au ciseau et au maillet les tissus résistants interposés au pubis en les empêchant de se rapprocher. Sur ces 16 malades, on note 4 morts par suite de circonstances indépendantes de l'opération; une mort par intoxication iodoformée (Trendelenburg); 1 mort par chloroforme, 2 par néphrite aiguë (Berg). On ne peut donc considérer ces opérations comme absolument bénignes.

D'ailleurs, le résultat fonctionnel est loin d'être brillant: ces opérations ont pour but de reconstituer la vessie et le sphincter; or, le sphincter n'existe pas, et, après comme avant, les malades sont condamnés à l'incontinence; et ce résultat médiocre est acquis au prix d'un traitement long, complexe et grave.

C'est pour atténuer cette gravité que Segond (3), par un procédé ingénieux, a combiné le mode de dissection de la vessie de Sonnen-

- (1) DURET, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1891.
 (2) MAKINS, *Brit. med. Journ.*, mars 1888, p. 696.
 (3) SEGOND (Paul), Note sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. *Congrès de Chirurgie*, 1889, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1890, p. 193.

burg, l'autoplastie de Le Fort, pour réaliser en fin de compte la suture des bords de la vessie aux lèvres de la gouttière pénienne.

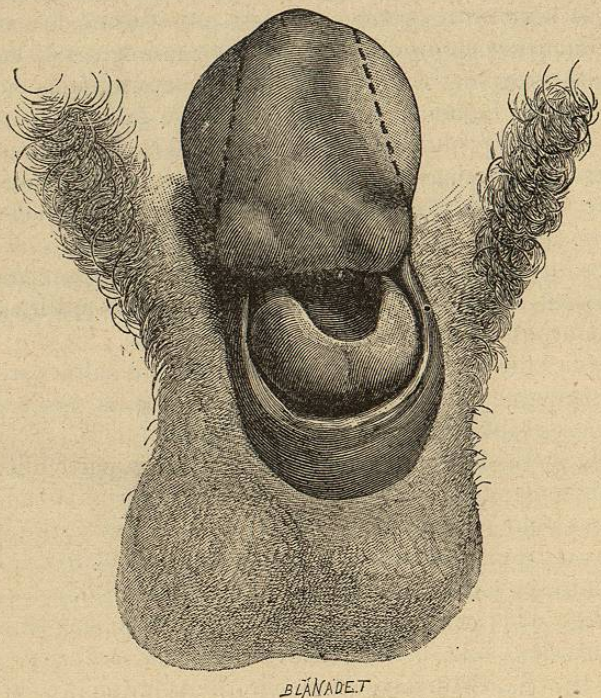


Fig. 11. — Exstrophie de la vessie; sa paroi vésicale postérieure repoussée en avant sera disséquée, puis rétrécie suivant les lignes pointillées avant d'être rabattue sur la gouttière pénienne (d'après SEGOND).

Procédé de Segond. — « Je dissèque, dit Segond, la vessie, comme Sonnenburg, jusqu'au niveau de l'abouchement des uretères; mais, au lieu de la sacrifier, je la conserve pour la rabattre sur la gouttière pénienne; puis, imitant la pratique de Le Fort, je perfore le prépuce à sa base, et, le faisant passer au-dessus du gland, j'étale sa surface cruentée sur la face supérieure du lambeau vésical rabattu. Pour terminer l'opération, il ne reste plus qu'à combler, par un procédé autoplastique quelconque, la brèche qui résulte de la dissection de la vessie. Les conditions nouvelles créées par cette manière de voir sont faciles à comprendre. L'urine, à sa sortie des uretères, s'écoule dans une sorte de canal à renflement supérieur; ses parois sont formées d'un côté par la gouttière pénienne, et de l'autre par la vessie rabattue, elles sont en conséquence exclusivement muqueuses, et par tant incapables de favoriser la formation des concrétions calculeuses. Le déficit est, en d'autres termes, réparé avec des tissus analogues d'aspect et de structure; le grand écueil des méthodes autoplastiques

est évité, et le désidératum poursuivi par Sonnenburg est ainsi réalisé. Mais, qu'on le note bien, ce résultat est obtenu sans le moindre sacrifice; tous les tissus disponibles sont utilisés, et, de plus, les orifices des uretères sont respectés, dès les premiers temps de l'opération, de la manière la plus efficace. »

L'opération comporte quatre temps, dont il est facile de suivre l'exécution sur les figures.

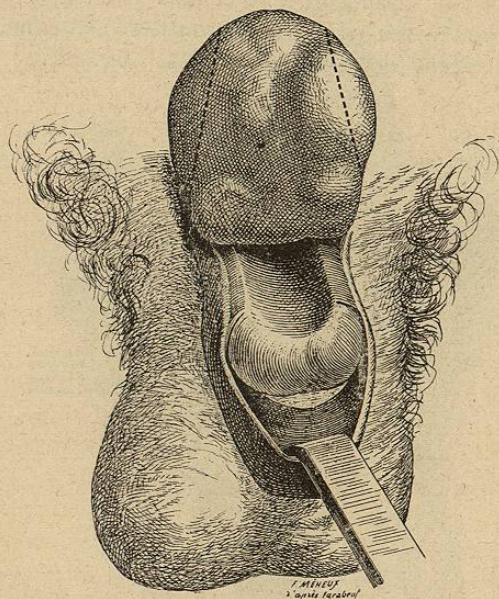


Fig. 12. — Exstrophie de la vessie. Les bords de la gouttière pénienne sont avivés ainsi que la peau adjacente. En outre, le feuillet cutané antérieur du prépuce a été ponctionné en travers, l'écarteur n'est là que pour montrer le prépuce ainsi traité et développé en capuchon étoffe (d'après SEGOND).

1^{er} temps. — Disséquer la vessie et la rétrécir par excision de ses bords, afin qu'elle ait les dimensions voulues pour s'adapter à la gouttière pénienne, sur les bords de laquelle elle va être rabattue et suturée. En disséquant avec attention, en ayant bien soin de diriger le tranchant du bistouri vers la vessie, ce premier temps de l'opération s'exécute sans difficultés. La seule précaution à prendre est de bien surveiller sa lame, lorsqu'elle approche des uretères. Il faut redoubler d'attention quand on les voit apparaître, et, du reste, c'est à ce moment qu'il convient d'arrêter la dissection du lambeau vésical. Celui-ci, pour être rabattu sur le pénis, doit être plié au niveau même de l'abouchement des uretères (fig. 11).

L'excision des bords latéraux du lambeau vésical réclame, à son tour, une certaine attention. Il importe, en effet, de conserver, au

pourtour de chaque orifice urétéral, le maximum possible de tissu vésical, sans quoi on s'expose à rencontrer les plus sérieuses difficultés lorsqu'on veut fermer la vessie de chaque côté des urètres. L'étoffe manquant, le serrement du fil tiraille l'orifice urétéral et ferme sa lumière. Aussitôt l'uretère devient turgescant, et la suture, impossible dans ces conditions, doit être remise à plus tard.

2^e temps. — Aviver les bords de la gouttière pénienne, rabattre la vessie disséquée sur cette gouttière et fixer les bords du lambeau vésical rabattu aux lèvres avivées de la gouttière pénienne, par quatre sutures au fil d'argent (deux de chaque côté) (fig. 12).

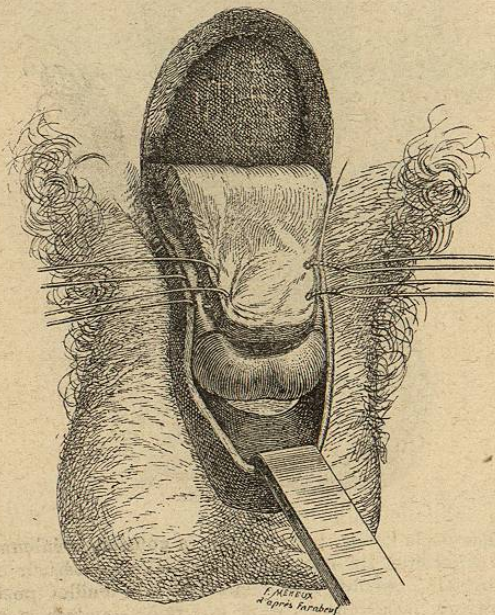


Fig. 13. — Exstrophie de la vessie. — L'avivement des bords de la gouttière pénienne et de la peau adjacente est fait, le prépuce est montré en capuchon par l'écarteur. La vessie rétrécie est rabattue sur la gouttière et les deux fils sont placés de chaque côté. Ils ont gardé assez de longueur, après torsion, pour pouvoir être pressés tout à l'heure au travers de la peau préputiale, lorsqu'elle sera étalée au-dessus du lambeau vésical (d'après SEGOND).

3^e temps. — Inciser le feuillet cutané antérieur du prépuce sur tout le pourtour sous-pénien, ponctionner en travers son feuillet cutané postérieur dans une étendue suffisante pour que la boutonnière ainsi pratiquée laisse passer le gland, relever tout le capuchon préputial par-dessus la verge, l'étaler sur la surface cruentée du lambeau vésical rabattu, et la fixer dans cette position par des sutures appropriées (fig. 13).

4^e temps. — Terminer les sutures et combler la plaie qui succède à la dissection de la vessie (fig. 14).

Ce quatrième temps ne peut être fixé d'une façon rigoureuse, et la perte de substance créée sera comblée par des lambeaux empruntés aux parties voisines, suivant qu'elle sera plus ou moins considérable. Richelot s'est contenté de rapprocher les deux bords de la plaie cutanée par des points de suture (1). Segond, dans une de ses opérations, fit de chaque côté, à une certaine distance, deux incisions libératrices, qui favorisèrent le rapprochement des surfaces cruentées.

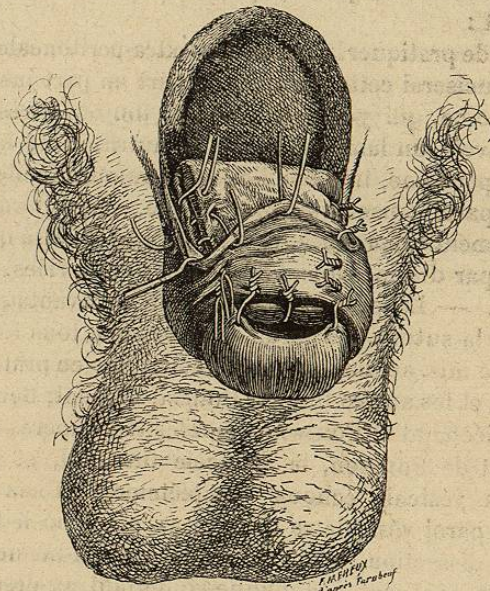


Fig. 14. — Exstrophie de la vessie. — Le lambeau vésical ayant été disséqué, rétréci, rabattu et fixé de chaque côté par les fils, le capuchon préputial préparé a été relevé par-dessus la verge et la face cruentée du lambeau vésical. Les fils ajustent le pourtour du méat. Les fils ont traversé la peau préputiale pour pouvoir être ultérieurement rétrécis. Un crochet soulève la peau préputiale pour montrer la marche du fil du côté droit. Un fil réunit la peau de la verge, le bord avivé de la gouttière pénienne, le lambeau vésical et le capuchon préputial. Un fil ferme avec précaution le repli vésical près de l'uretère. Un fil étalera le prépuce en le tirant en haut et en l'unissant, soit à quelque lambeau de peau abdominale, soit à la face cruentée du lambeau vésical (d'après SEGOND).

Segond se sert, pour les sutures, de fil d'argent. Richelot a utilisé le catgut, mais la suture se détendit, et il fallut la réparer au bout de quelques jours.

Segond a placé une fois des sondes à demeure dans les urètres : il reconnaît lui-même que cette précaution est inutile.

Poncet (de Lyon), pour donner plus d'ampleur au canal ainsi formé, et lui permettre de mieux remplir les fonctions de réservoir, a modifié légèrement le procédé de Segond. Au lieu de réduire la lar-

(1) RICHELOT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 18 juillet 1894.