

qu'on emploie l'une ou l'autre des méthodes de Thiersch ou de Duplay.

Voici maintenant étudiée la technique de ces deux méthodes.

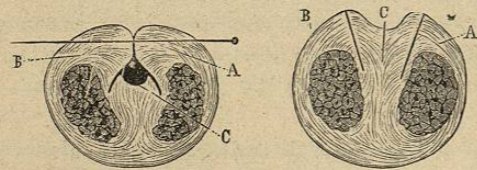


Fig. 104. — Procédé de Thiersch. Premier temps.

libération, s'il il y a lieu, comme l'indique la figure 104. Pozzi déclare ce temps difficile à réussir dans la plupart des cas et se contente de

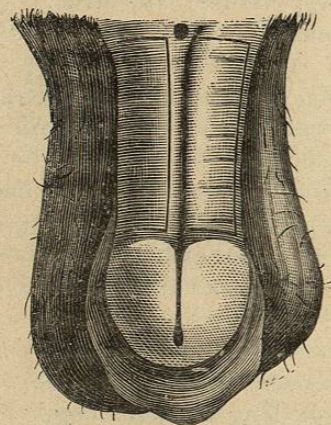


Fig. 105. — Procédé de Thiersch modifié. Deuxième temps. Tracé des incisions (Archiv der Heilkunde, 1869, p. 30).

leur face profonde. » Le lambeau profond, rabattu par-dessus la sonde, est suturé, par son bord libre, au bord opposé de la gouttière,

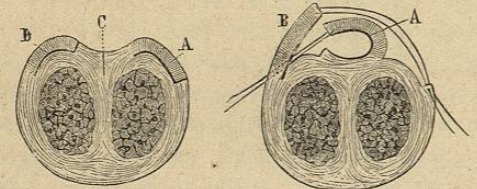


Fig. 106. — Tracé et rapports des lambeaux (Archiv der Heilkunde).

préalablement avivé. Les sutures perdues au catgut sont les meilleures (Pozzi). Le lambeau superficiel, attiré par-dessus le précédent, de façon que les faces cruentées se touchent, est suturé à l'incision cutanée du côté opposé avec des

1^o MÉTHODE DE THIERSCH modifiée, telle qu'elle fut pratiquée par Pozzi (1).

Premier temps. — Réparation de la portion balanique du gland par un simple avivement des bords de la gouttière avec

libération, s'il il y a lieu, comme l'indique la figure 104. Pozzi déclare ce temps difficile à réussir dans la plupart des cas et se contente de reformer la paroi supérieure du tronçon balanique avec le prépuce traité comme il sera dit plus loin. Deuxième temps. — La gouttière pénienne est transformée en canal au moyen de deux lambeaux taillés sur les faces dorsales et latérales de la verge et se recouvrant. Les deux lambeaux sont taillés de la façon suivante (fig. 105 et 106) : « Deux incisions longitudinales sont faites sur le dos de la verge, celle de gauche, par exemple, le long de la gouttière urétrale, celle de droite sur les parties latérales du pénis ; deux incisions transversales faites à leurs extrémités circonscrivent ainsi deux lambeaux quadrilatères, qui sont disséqués par

leur face profonde. » Le lambeau profond, rabattu par-dessus la sonde, est suturé, par son bord libre, au bord opposé de la gouttière, préalablement avivé. Les sutures perdues au catgut sont les meilleures (Pozzi). Le lambeau superficiel, attiré par-dessus le précédent, de façon que les faces cruentées se touchent, est suturé à l'incision cutanée du côté opposé avec des

(1) Pozzi, Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1895, p. 116.

tirés, on pratiquera, à la face inférieure de la verge, une incision libératrice longitudinale.

Troisième temps. — Fermeture, au moyen du prépuce, de l'orifice

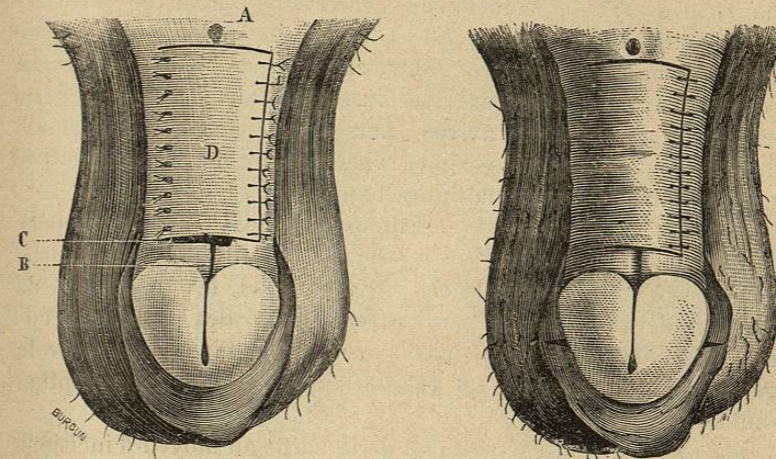


Fig. 107 et 108. — Procédé de Thiersch.

Deuxième temps achevé.

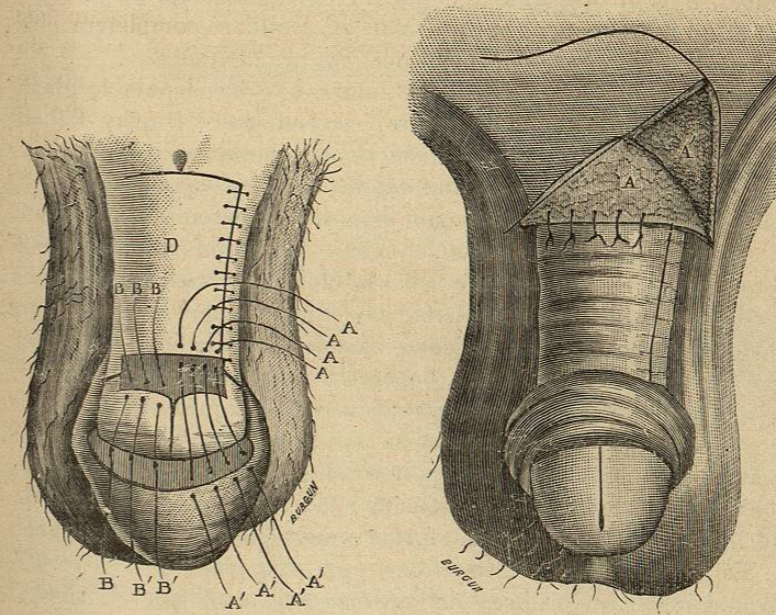


Fig. 109 et 110. — Procédé de Thiersch.

Troisième temps. Incision au prépuce.

Oclusion de l'ouverture postérieure.

persistant entre les portions balanique et pénienne de l'urètre. Pour obtenir ce résultat. On fait passer le gland à travers une ouverture

pratiquée à la base du prépuce, lequel vient s'appliquer sur l'ouverture préalablement avivée, et est maintenu dans sa nouvelle situation par des sutures (fig. 109).

Quatrième temps. — Occlusion de l'orifice sous-pubien (fig. 110). Le premier lambeau triangulaire est taillé dans la région pubienne de la paroi abdominale renversée, la face cruentée en dehors, au-devant de l'orifice fistuleux, et suturé avec du catgut aux lèvres de cette ouverture préalablement avivée par dédoublement. Un second lambeau pris aux parties voisines vient recouvrir et renforcer le premier, comme le montre la figure 110.

2° MÉTHODE DE DUPLAY (1). — Indépendamment de la fistule périnéale, Duplay fait deux autres reproches au procédé de Thiersch : le premier c'est de constituer, comme dans les procédés de Nélaton et de Dolbeau, la paroi urétrale avec des lambeaux cutanés ; le second c'est de ne pas s'occuper de l'incurvation de la verge. Aussi a-t-il imaginé un procédé dont il donne la description suivante :

Premier temps. — Redressement de la verge au moyen d'incisions plus ou moins nombreuses, pénétrant plus ou moins profondément dans les corps caverneux. Par suite de l'atrophie notable de ces derniers, il peut être difficile d'obtenir immédiatement un allongement et un redressement parfait. Mais le résultat se complètera plus tard par le fait du développement des organes génitaux.

Deuxième temps. — Création du nouveau canal depuis le gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. Duplay taillait autrefois des lambeaux à la Thiersch, mais maintenant il forme le canal presque exclusivement aux dépens des corps spongieux et caverneux, et, pour cela, il utilise une disposition anatomique présentée par les épispades. Chez ceux-ci, en effet, « les corps caverneux sont écartés l'un de l'autre et réunis par une cloison fibreuse souvent peu épaisse, doublée du bulbe et de la peau. En déprimant cette cloison de haut en bas, on voit les corps caverneux s'incliner l'un vers l'autre et constituer une fente, capable de loger une sonde... Si la profondeur paraît insuffisante, une incision, pratiquée sur la ligne médiane, permet de l'augmenter au point convenable. Le procédé opératoire consiste alors à pratiquer à la face supérieure de la verge, de chaque côté de la ligne médiane et à une distance suffisante de cette ligne, un avivement de forme quadrilatère (fig. 111 *aa, bb, a'a', b'b'*) large de 1/2 centimètre environ, s'étendant de l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. L'adossement des surfaces avivées est obtenu avec une suture enchevillée à simple fil (fig. 112 et 113).

(1) DUPLAY, *Arch. de méd.*, 1874, t. I; 1880, t. I. — *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VII.

Le plus souvent, le tronçon balanique aura été reformé dans la séance de redressement de la verge.

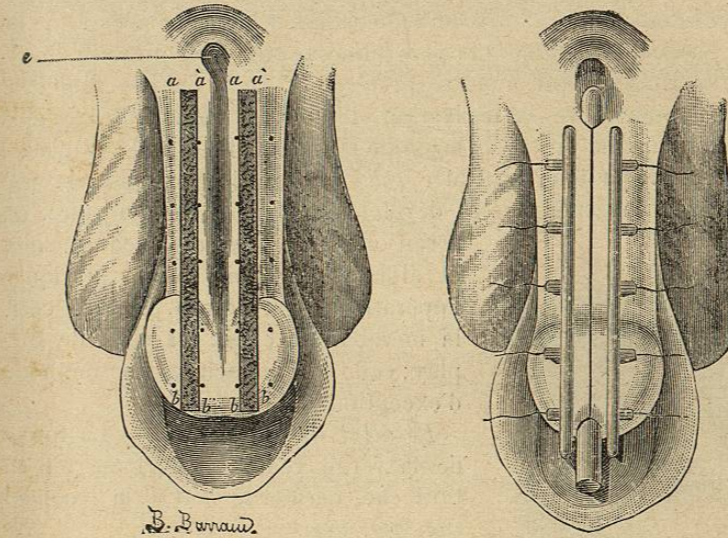


Fig. 111 et 112. — Procédé de Duplay.

Avivement de forme quadrilatère s'étendant de l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. | Sutures enchevillées. Création du nouveau canal. Avivement et passage des fils.

Duplay recommande aussi de dériver les urines au moyen d'une sonde introduite par l'orifice sous-pubien.

Le second temps effectué, on a une paroi urétrale supérieure très mince et d'un aspect rosé désagréable (Duplay). Pour la renforcer, on peut se servir du prépuce, qui pend, disgracieux, à la face inférieure du gland. Pour cela, on le perfore comme dans le Thiersch, et, après avoir avivé dans une certaine étendue la face supérieure des corps caverneux et dédoublé le prépuce par dissection, on l'applique sur la face dorsale de la verge en l'y maintenant avec quelques points de suture sur la couronne du gland. Cette petite opération complémentaire permet, en outre, de boucher les points restés ouverts depuis l'intervention antérieure.

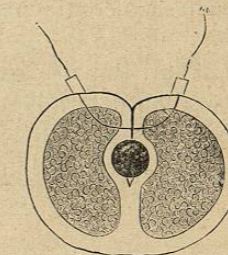


Fig. 113. — Coupe de la verge montrant la suture appliquée.

Troisième temps. — Abouchement des deux portions du canal et occlusion de l'ouverture épispadienne. Celle-ci se présente sous la forme d'un orifice infundibuliforme plongeant derrière les pubis. Il est inutile de tailler des lambeaux, et, la plupart du temps, il suffit d'aviver largement les parois de cet infundibulum et de placer quelques

points de suture pour obtenir en une ou plusieurs fois l'oblitération de l'orifice.

Telles sont les deux grandes méthodes dont disposent aujourd'hui les chirurgiens pour la cure de l'épispadias. Elles sont nées l'une de l'autre, et c'est évidemment la plus jeune, la plus perfectionnée, l'opération de Duplay, qui a notre préférence. Dans les cas difficiles, pourtant, pour faire la dérivation de l'urine, nous emploierions volontiers, comme Thiersch, la fistule périnéale. De plus, l'autoplastie de Duplay ne peut se pratiquer que si la gouttière est assez creuse et les corps caverneux assez développés. Dans le cas contraire, on

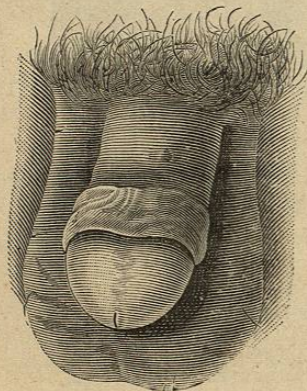


Fig. 114. — Résultat définitif.

serait obligé de prendre la peau voisine, et alors il vaudrait mieux pratiquer l'opération de Thiersch. Malgré cela, la méthode de choix est celle de Duplay; celle de Thiersch est une méthode d'exception.

Résultat de l'opération. — La forme de la verge redevient normale ou, en tout cas, permet le coït et la fécondation (fig. 114).

L'incontinence est, la plupart du temps, améliorée, souvent même guérie. Mais, dans quelques cas d'épispadias prononcés, elle persiste et nécessite alors des interventions secondaires.

On pourra alors imiter la conduite de Boiffin. Dans un cas d'épispadias à incontinence complète, ce chirurgien fit la symphyséotomie, arriva sur un col de la vessie très insuffisant, réduit à la muqueuse en avant. Par des sutures, il rapprocha les parties latérales du col vésical en déterminant un froncement, un pli à l'intérieur du canal. Dès les premiers jours, le malade gardait deux heures ses urines et sentait le besoin d'uriner (1).

Épispadias chez la femme.

Cette affection, très rare, n'est décrite que depuis ces dernières années. Le professeur Guyon fait faire à Nunez le premier travail sur ce sujet, en 1882. L'observation citée dans ce travail est, il est vrai, un épispadias compliqué d'exstrophie.

(1) A côté des procédés classiques, que nous avons énumérés, il en est d'autres, dont l'indication se tire de circonstances spéciales. C'est ainsi que Rosenberg (de Würzburg), dans un cas d'atrophie pénienne très prononcée, eut recours au procédé suivant : les deux bords de la gouttière étant avivés et suturés, le pénis fut rabattu sur le ventre et suturé en cette place à l'aide de deux incisions parallèles faites à l'hypogastre. Quand la cicatrisation fut réalisée, la verge et le lambeau furent détachés de la paroi et rabattus; il ne fut pas difficile de recouvrir la surface cruentée avec le prépuce transplanté sur le dos de la verge.

Depuis est parue l'observation de Frommel.

En 1886, Dorhn, Bazy, Richelot, rapportent trois cas.

En 1892, Auffret, en 1893, Himmelfarb, publient deux nouvelles observations.

En 1895, paraît, enfin, sur ce sujet, une revue de Durand, à laquelle nous ferons de larges emprunts.

Anatomie pathologique. — Chez la femme comme chez l'homme, l'épispadias résulte : 1° du transport de l'urètre à la face dorsale du tubercule génital; 2° de l'absence de la paroi dorsale du canal urétral. Cela admis, suivant que la fissure siège dans l'une des portions vestibulaire, sous-symphysaire, ou rétro-symphysaire de l'urètre, il y a trois variétés.

Premier degré. Épispadias clitoridien. — Constitué par une ectopie simple du canal. Le méat s'ouvre au-dessus du clitoris. Celui-ci, par son dos, forme la paroi inférieure de l'urètre vestibulaire qui manque de parois latérale et supérieure.

L'épispadias clitoridien est l'analogue de l'épispadias pénien.

Deuxième degré. Épispadias sous-symphysaire observé par Richelot et Frommel.

Dans ce cas, l'urètre, transporté à la face dorsale du clitoris, manque de paroi supérieure à partir de la symphyse. La paroi inférieure est parfaitement formée et se continue en avant avec le dos du clitoris, qui présente une gouttière.

Au niveau de la symphyse pubienne vient s'ouvrir l'antre rétro-symphysaire normal.

Troisième degré. Épispadias rétro-symphysaire. — « La paroi supérieure de l'urètre manque sur toute sa longueur jusqu'au sphincter vésical, qui forme, au fond de la gouttière épispadias, une bride plus ou moins saillante et crée au passage involontaire de l'urine un obstacle insuffisant. La paroi inférieure est formée par le clitoris ou mieux par une lame unissant les deux moitiés de cet organe, toujours divisé dans ces cas. A partir du sphincter, la muqueuse se relève brusquement pour s'accoler au pubis.

« Il existe ainsi une surface déprimée tendue entre le mont de Vénus et l'urètre. L'orifice urinaire représente donc un infundibulum à vaste ouverture antérieure, se terminant postérieurement au sphincter vésical. » (Durand.)

La paroi vésicale est intacte, et c'est ce qui nous permet de ranger les cas de Dorhn, Auffret, Himmelfarb, parmi les épispadias et non parmi les exstrophies vésicales. C'est, au contraire, parmi les exstrophies qu'il faut classer les observations de Möricke, Kleinwächter, Gosselin, Nunez (cités par Durand).

LÉSIONS DES ORGANES VOISINS. — Le clitoris est divisé, et ses deux moitiés sont réunies par une lame celluleuse formant la paroi uréthro-vaginale.

Les grandes et petites lèvres présentent une atrophie notable, mais, ce qui est surtout important, c'est que, par suite de la division du clitoris, les formations labiales ne se rejoignent pas en avant du clitoris, et qu'il n'y a pas de commissure vulvaire antérieure.

La vulve est tout entière reportée du côté de l'anus, de façon à permettre à l'urètre de se glisser entre la symphyse et le clitoris.

Pathogénie. — Elle est la même que pour l'épispadias de l'homme.

L'épispadias clitoridien résulte simplement d'une ectopie de la lame urétrale à la face dorsale du clitoris. Les formes sous et rétro-symphysaires sont dues non à une ectopie simple, mais en plus à l'hypertrophie, à l'extension en avant de la lame anale. Que cette hypertrophie soit encore plus étendue, et nous aurons l'exstrophie vésicale.

Symptômes. — L'épispadias, chez la femme, n'a rien de bien spécial. Il existe une incontinence qui peut être complète ou incomplète, se manifester seulement dans la station debout ou persister dans toutes les situations, même dans le décubitus dorsal.

Par suite de cet écoulement constant des urines, il peut survenir des complications inflammatoires du côté des grandes lèvres et du vagin.

La vessie peut également s'enflammer.

Traitement. — Les troubles urinaires et génitaux nécessitent parfois une opération.

Il faut alors poursuivre un double but : refaire un urètre et rendre à l'appareil génital externe son apparence normale. De la lecture des observations publiées il résulte qu'aucune méthode n'est constamment applicable. Le chirurgien devra varier sa technique suivant les cas.

III. — MALFORMATIONS DIVERSES DU MÉAT ET DU GLAND (1).

Un méat normal est caractérisé par son embouchure à la pointe du gland, et par ce fait qu'il est limité par deux lèvres dont l'écartement laisse voir l'abouchement direct de l'urètre. Toutes les fois que l'une de ces deux conditions manque, le méat peut être dit anormal.

1° SITUATION ANORMALE. — Au lieu d'occuper ce point central, le méat est parfois reporté plus ou moins haut vers le dos du gland ou plus souvent s'abaisse vers le filet en position hypospadienne.

Dans un cas bien connu, et d'ailleurs unique, de Guillon, il siégeait sur la face droite du gland, et le jet d'urine devait, pour sortir, former un coude à l'angle droit.

(1) Il existe des variétés nombreuses dans la forme du méat. Ces variations, dont Pasteau a fait une bonne étude (*Ann. de mal. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 380), font qu'il est impossible de décrire un type de méat normal. Consulter aussi LE FORT, Anomalies fistuleuses congénitales du pénis (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 622).

2° IMPERMÉABILITÉ DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU MÉAT. — Parfois, en ouvrant des méats assez larges, on voit qu'ils ne sont perméables qu'en bas. Il existe une sorte de mur vertical, occupant, derrière les lèvres du méat, le 1/3, les 2/3 supérieurs de l'orifice. Dans ces conditions, l'urètre balanique, reporté vers la face inférieure du gland, a une paroi inférieure très mince, formée quelquefois par la peau et la muqueuse accolées. Cette malformation nous conduit à deux autres plus avancées : ou bien cette paroi inférieure va s'échancrer, et nous rentrons dans l'hypospadias balanique ; ou bien le mur vertical, dépendance de la lame urétrale, va subir une désagrégation plus ou moins complète.

Si elle était complètement disparue, nous aurions un méat normal ; ne subissant pas de désagrégation, elle forme le mur cité plus haut ; détruite incomplètement, elle va donner naissance à ces méats doubles, ou à ces méats avec canaux en cul-de-sac que Malgaigne avait déjà décrits, et dont Le Fort a récemment donné une description intéressante.

3° CULS-DE-SAC OU CANAUX BORGNES AVEC MÉAT UNIQUE. — Au lieu de trouver une paroi verticale en arrière du méat, on rencontre un cul-de-sac plus ou moins profond dans lequel un explorateur vient buter. Les lèvres du méat écartées, deux orifices apparaissent, séparés par une cloison transversale. Tandis que l'orifice inférieur permet au stylet de pénétrer dans l'urètre, l'orifice supérieur le conduit dans un cul-de-sac. Celui-ci n'a ordinairement que quelques millimètres, mais il peut mesurer jusqu'à 3 et 4 centimètres, et alors il est rare que le méat ne soit pas en hypospadias, ce qui montre bien que ces canaux sont liés à un trouble d'évolution de la lame urétrale.

4° MÉAT DOUBLE DONT LE SUPÉRIEUR CONDUIT A UN CANAL BORGNE. — Supposons que la cloison transversale se prolonge jusqu'à la partie la plus antérieure du méat, celui-ci sera dédoublé. Il y aura deux méats : l'un, l'inférieur, mène à l'urètre ; l'autre conduit toujours à un cul-de-sac. « C'est un méat borgne externe. » (Forgue.)

Il ne saurait donc être question ici de duplicité de l'urètre. Quant aux situations respectives des deux méats, ils peuvent être tous les deux à la pointe du gland, mais, le plus souvent, l'inférieur, le vrai méat, regarde en bas, est en hypospadias, quelquefois à distance notable du faux méat.

5° MÉAT A QUATRE LÈVRES. — « Chez un grand nombre de sujets, la conformation du méat est fort singulière. A sa partie supérieure, il n'est qu'une simple fente, mais, inférieurement, cette fente est surmontée de deux bords unis en arrière et écartés en avant, qui semblent appartenir à une fente distincte de la première et plus superficielle ; l'esquisse au trait donne assez bien la figure d'un fer de flèche avec une petite portion du fer de la hampe. A son premier degré, le méat à quatre lèvres est formé de deux fentes, dont l'exté-