

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-

rieure est extrêmement rapprochée de l'autre et le méat garde le calibre ordinaire. A mesure que les bords de la fente médiane s'écartent, en même temps la fente médiane semble remonter vers la face supérieure du gland, le méat est alors extrêmement large. A un degré supérieur, les deux fentes sont distinctes, mais il n'y en a qu'une de perforée; l'autre, c'est encore la supérieure, n'existe qu'à la surface. Enfin, à un plus haut degré, il y a entre les deux orifices un intervalle de 1 à 3 lignes et plus. » Cette description, si minutieuse, de Malgaigne, montre bien la transition du méat unique au méat double en passant par le méat à quatre lèvres.

Ces différentes formes du méat ne présentent que fort peu d'intérêt au point de vue pathologique. Leur pathogénie serait plus intéressante, mais, pour son étude, nous renvoyons au mémoire de Le Fort.

Traitement. — Ces malformations présentent peu d'inconvénients; le cul-de-sac profond pourrait égarer la sonde et faire faire une fausse route. Il suffira, pour éviter cet accident, de suivre la paroi supérieure du canal pendant la traversée balanique.

Ces canaux borgnes peuvent s'enflammer et abriter des colonies particulièrement tenaces de gonocoques.

Il sera bon alors de débrider, de fendre la valvule pour pouvoir soumettre la cavité du cul-de-sac à l'action des antiseptiques, en même temps que le reste de l'urètre.

IV. — RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DU MÉAT.

Le méat peut être étroit jusqu'à gêner l'excrétion de l'urine; il doit laisser passer, à l'état normal, une boule n° 18 à 22. Au-dessous de ce calibre, il est des variations individuelles multiples. Le point le plus étroit du canal est souvent, non pas au méat, mais à 4 ou 5 millimètres en arrière de l'orifice urétral.

L'étroitesse du méat a été accusée de beaucoup de méfaits: c'est d'abord un facteur de persistance pour la blennorrhagie. On l'a accusée aussi de provoquer le spasme réflexe de la portion membraneuse, de causer des paraplégies, des troubles paralytiques. C'est exagéré, et beaucoup de sujets ont un méat étroit qui n'en sont en aucune façon incommodés.

Le seul *traitement* consiste dans la section du méat, sur la paroi inférieure, avec le méatotome de Guyon.

V. — IMPERFORATIONS COMPLÈTES DE L'URÈTRE.

Les imperforations de l'urètre se présentent dans deux conditions, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de canal de dérivation.

a. OCCLUSION COMPLÈTE SANS CANAL DE DÉRIVATION. — L'obstacle à l'excrétion de l'urine est constitué, suivant les cas, par un diaphragme, ou bien l'urètre est transformé en un cordon fibreux.

Dans le premier cas, c'est le méat lui-même qui est imperforé: l'extrémité du gland ne présente pas trace d'orifice, ou bien le méat est dessiné, et ses lèvres sont accolées; ou bien, enfin, le méat est normal, mais il se termine en cul-de-sac, et il est pourvu d'une valvule oblitérante, siégeant à quelques millimètres en arrière de l'orifice.

Il est rare que l'occlusion siége sur un autre point de l'urètre, et les exemples de cette bizarre malformation se comptent; dans le cas de Dupaque, la valvule siégeait au col de la vessie; dans celui de Zöhrer, l'urètre présentait trois obstacles infranchissables: enfin, Gourdon a vu un malade chez lequel il y avait deux occlusions, l'une au méat, l'autre au col vésical.

Dans le second cas, l'urètre est transformé en un cordon fibreux. Guyon rapporte huit exemples de cette anomalie. Le plus souvent, l'oblitération siége au niveau de la portion membraneuse, et s'étend à la région prostatique. Il y a, en même temps, imperforation de l'anus, et la vessie et le rectum communiquent entre eux.

Ces oblitérations complètes déterminent des accidents de distension du côté de la vessie, des uretères et des reins, qui compromettent l'existence, alors même qu'on y porte remède de bonne heure. Dans un cas de Depaul, la distension de la vessie fut une cause de dystocie; dans un autre de Simpson, il y eut rupture intrapéritonéale de la vessie.

L'inspection seule suffit, au moment de la naissance, à faire reconnaître le vice de conformation: parfois l'urètre se distend en arrière de l'obstacle, la membrane se tend au moment des efforts. Les occlusions plus profondes sont plus difficiles à reconnaître, mais les efforts infructueux de l'enfant conduisent à pratiquer le cathétérisme, et celui-ci permet facilement de trouver l'obstacle.

b. OCCLUSION COMPLÈTE AVEC CANAL DE DÉRIVATION. — Le canal de dérivation part soit de la vessie, soit de l'urètre en arrière de l'obstacle: il aboutit soit au rectum, soit à la peau.

Lorsqu'il part de la vessie, le plus souvent c'est avec le rectum qu'il communique; d'autres fois, l'ouraque perméable fait une dérivation vers l'ombilic, comme dans le fait de Zöhrer. Lorsque le canal de communication vient de l'urètre, il s'ouvre sur l'une ou l'autre des faces de la verge et simule alors l'hypospadias ou l'épispadias et constitue alors une fistule pénienne (Voy. p. 329).

Les troubles fonctionnels varient d'importance, suivant que la fistule est suppurante ou non: en général, l'écoulement est suffisant, et il existe seulement une malformation dont la cure est assez délicate.

Le traitement des imperforations urétrales varie suivant le siége et la nature de l'obstacle. Si le méat est imperforé, on l'ouvre au bistouri. S'il s'agit d'une valvule intra-urétrale, on l'ouvre avec l'instrument tranchant. Enfin, quand l'urètre est transformé en un cordon fibreux,

il s'agit d'en créer un autre à côté, suivant les procédés connus pour l'hypospadias ou l'épispadias.

VI. — ABSENCE TOTALE OU PARTIELLE DE L'URÈTRE.

L'absence de l'urètre, d'ailleurs très rare, est *totale* ou *partielle*.

ABSENCE TOTALE. — On en cite deux cas :

L'un de Richardson, rapporté par Chopart, dans lequel il y avait absence de vessie et d'urètre; les uretères s'ouvraient dans le rectum: le malade vécut dix-sept ans; l'autre, de Révolet, concerne un fœtus mort-né, chez lequel on notait l'absence de l'anus et de la verge et l'issue du méconium et de l'urine par un orifice situé au-dessous d'une hernie ombilicale.

ABSENCE PARTIELLE. — Les observations se comptent aussi: dans un cas de Goschler, la verge était représentée par un appendice verruqueux érectile. L'observation du père observé par Malgaigne prouve que cette malformation est longtemps compatible avec l'existence.

VII. — DIVERTICULES CONGÉNITAUX DE L'URÈTRE.

A côté des diverticules de l'urètre, qui s'ouvrent à l'extérieur, tels que les méats multiples, doubles ou simples, les urètres doubles et les fistules dorsales, qui seront étudiées plus loin, il est des diverticules profonds, qui s'ouvrent dans l'urètre, et qui ne seront reconnus que grâce à l'urétroscope, lorsque la persistance d'une urérite chronique ne trouve pas sa raison d'être dans les conditions habituelles.

Kollmann, par exemple, en 1896, décrit deux cas: Grünfeld en signale un autre dans son *Traité d'endoscopie*; de Keersmæcker (1) (d'Anvers) en publiait récemment deux nouvelles observations, concernant des diverticules congénitaux, ayant leur siège et leur orifice dans la paroi postérieure de l'urètre, sur la ligne médiane, près du bulbe; leur parcours était parallèle à celui du canal, et l'orifice s'ouvrait largement dans la direction du méat.

VIII. — DILATATION CONGÉNITALE DE L'URÈTRE.

Cette affection est très rare. Guyon n'en rapporte que 3 cas dans sa thèse, et Le Fort n'a pu en rassembler que 14.

Les dilatations congénitales de l'urètre se présentent sous la forme de poches appendues à la face inférieure du canal (fig. 115 et 116), pouvant siéger depuis la portion balanique jusqu'au périnée, être limitées

(1) DE KEERSMÆCKER, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 561.

en un point, ou au contraire s'étendre à toute la face inférieure de l'urètre pénien; ces poches apparaissent flasques et ridées dans l'intervalle des mictions, mais au moment même de la miction elles se dilatent, se tendent, et dans quelques cas peuvent garder la totalité des urines.

Une pression directe les vide facilement alors à l'extérieur.

Un stylet, une sonde, introduits par le méat, s'égareront dans la poche dont ils font bomber la paroi inférieure très mince. Une injection lancée par le méat distend ces dila-

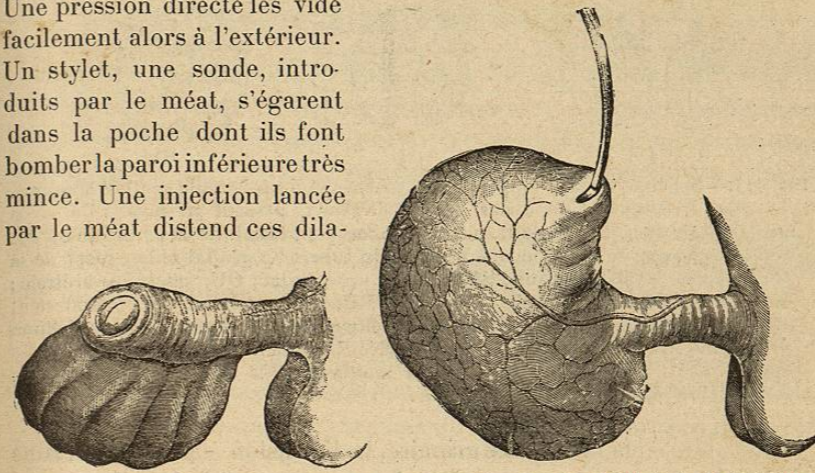


Fig. 115. — Dilatation congénitale de l'urètre. Poche à l'état de vacuité, vue du côté gauche. Elle est implantée un peu en dehors de la ligne médiane; cependant l'effet est exagéré sur le dessin.

Fig. 116. — Poche à l'état de distension. Le jet d'urine, qui est figuré, sort à travers le méat. Le jet d'urine ne s'élance ainsi, chez le malade, que quand la poche est complètement étendue. Le jet se fait d'ailleurs librement.

tations comme pourrait le faire une miction. Tout en un mot prouve leur large communication avec l'urètre.

A l'ouverture, ces poches paraissent constituées par une paroi très mince: la muqueuse urétrale adossée à la peau *sans interposition* de tissu spongieux.

Le reste du canal se présente sous deux formes. Tantôt il n'y a aucune autre lésion, ce qui montre bien que la dilatation congénitale ne saurait être toujours un simple phénomène mécanique; tantôt, au contraire, il existe un rétrécissement en avant de la dilatation, ou, comme dans l'observation d'Hendrisky, une valvule en avant et en arrière de la poche. Ces dernières lésions feraient volontiers penser à l'origine mécanique de l'affection. Mais leur inconstance prouve qu'il y a autre chose en plus.

Pathogénie. — Là encore il y a eu trouble dans le mode d'occlusion de la gouttière urétrale. Les bords de la gouttière urétrale primitive présentent une lèvre interne, une lèvre externe, un interstice. Si les deux lèvres et l'interstice se soudent bien, l'urètre sera normal. S'ils ne se soudent pas du tout, l'urètre sera hypospade. S'ils se soudent incomplètement, plusieurs cas peuvent se présenter: ou bien les lèvres se sont soudées, emprisonnant un point de l'interstice

non réuni, et nous aurons un kyste congénital avec fistule consécutive possible; ou bien la lèvre externe et une petite partie de l'interstice se sont seules soudées aux parties homologues du côté opposé, et alors il y a dans la paroi urétrale un point faible qui ne demande qu'à

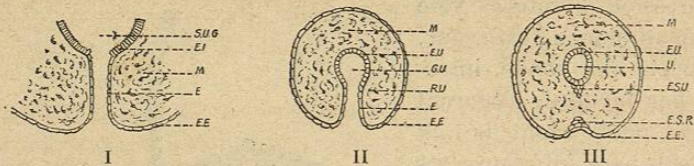


Fig. 117. — Schémas du développement du périnée et du tubercule génital (MERMET). — SCH. I, coupe frontale des replis périnéaux, passant au niveau du sinus uro-génital; SCH. II, coupe frontale du tubercule génital, de la gouttière ou des replis urétraux; SCH. III, coupe frontale du tubercule génital au moment de la soudure des replis urétraux; SUG, sinus uro-génital; GU, gouttière urétrale; U, canal urétral; RP, replis périnéaux; RU, replis urétraux; M, mésoderme; EI, épithélium endodermique; EE, épithélium ectodermique; EU, épithélium urétral ou épithélium ectodermique modifié; E, épithélium de la face interne des replis; ESU, débris épithéliaux à type muqueux de la face utérine des replis; ESR, débris épithéliaux à type cutané.

se distendre sous la poussée urinaire, la distension étant plus certaine s'il existe en même temps un rétrécissement congénital de l'urètre en aval du point aminci.

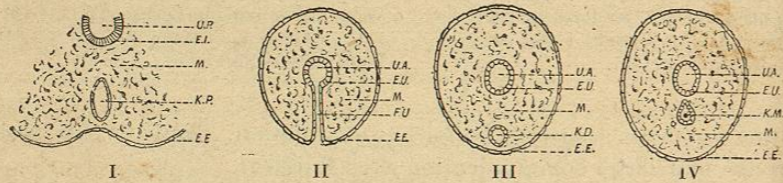


Fig. 118. — Schémas des modes de formation des principales anomalies du périnée et du tubercule génital (MERMET). — SCH. I, mode de formation d'un kyste dermoïde du raphé périnéal, coupe frontale du périnée; SCH. II, mode de formation des fistules urétrales péniennes congénitales, coupe frontale du pénis au niveau de la fistule; SCH. III, mode de formation des kystes dermoïdes péniens et de certains urètres doubles, coupe frontale; SCH. IV, mode de formation des kystes mucoïdes péniens et des poches urineuses congénitales, coupe frontale; UP, urètre profond; UA, urètre antérieur; FU, fistule urétrale; KP, kyste du raphé périnéal dermoïde; KD, kyste dermoïde pénien ou urètre double; KM, kyste mucoïde ou poche urineuse congénitale; M, mésoderme; EI, épithélium endodermique de l'urètre profond; EE, épithélium ectodermique cutané, d'où dérivent les kystes dermoïdes; EU, épithélium ectodermique muqueux ou urétral d'où dérivent les kystes mucoïdes.

La poche représente une sorte de fistule borgne interne. La dilatation pourra se faire pendant la vie intra-utérine et être alors vraiment congénitale, ou bien n'apparaître que plus tard dans la vie extra-utérine. C'est évidemment dans cette dernière catégorie qu'il faut ranger les dilatations dites acquises, dans lesquelles l'examen anatomique a montré l'absence complète du tissu spongieux dans les parois de la poche (cas de Chopart).

Le traitement consiste à enlever la poche après dissection soignée. Puis des sutures unissent successivement la muqueuse et la peau en deux plans séparés.

IX. — DUPLICITÉ DE L'URÈTRE.

Deux cas se présentent :

a. URÈTRE DOUBLE DANS UN PÉNIS SIMPLE. — Dans l'observation jusqu'ici isolée de Dollinger, l'urètre, unique à son origine vésicale, se bifurquait en avant, si bien que dans le pénis il y avait deux canaux juxtaposés, communiquant entre eux, et laissant tous les deux passer l'urine. Le canal supérieur débouchait à la face dorsale de la verge, vers la partie postérieure d'une gouttière qui se prolongeait en avant sur le dos du gland. Ce cas ressemble singulièrement aux fistules suspéniennes et il n'y a en réalité entre ces affections qu'une seule différence, c'est que les fistules ne communiquent pas avec l'urètre sous-jacent. Mais cette indépendance est plus apparente que réelle, et la fistule dorsale n'est qu'un urètre surnuméraire ayant perdu plus ou moins complètement sa communication avec la vessie ou avec l'urètre vrai (1).

Meisels (de Budapest) (2) a observé un malade de vingt-sept ans porteur de deux méats, l'un au-dessus de l'autre. Dans le trajet supplémentaire, on était arrêté à 1 centimètre et demi de profondeur, mais, une fois ce point sectionné, le stylet s'enfonça presque jusque dans le pubis, à une profondeur de 12 centimètres, où une injection fit constater que cet urètre allait jusque dans la vessie.

b. URÈTRE DOUBLE DANS UN PÉNIS DOUBLE. — On trouve partout citées les observations de Geoffroy Saint-Hilaire, de Garré et Velpeau, de Jenish, de Hart, de Keyes et Van Busen. Ce sont là les 5 seules observations probantes d'une anomalie, curieuse sans doute pour le tératologiste, mais sans intérêt pour le chirurgien. D'ailleurs, les tératologistes n'ont pas encore expliqué cette monstruosité si rare.

X. — FISTULES SOUS-PÉNIENNES CONGÉNITALES.

Comme toutes les fistules avoisinant un organe creux, elles sont complètes, borgnes internes ou borgnes externes.

Il n'y a qu'une observation de fistule borgne interne sous-pénienne. C'est celle que rapporte Monod; encore est-elle bien douteuse.

Seules les fistules complètes et borgnes externes méritent d'être étudiées.

Nous devrions comprendre sous le nom de FISTULES COMPLÈTES toutes les ouvertures congénitales portant sur un point quelconque

(1) ENGLISH, *Centr. f. d. Krank. der Harn. u. Sexualorg.*, 1895, Bd VII, p. 65.
(2) MEISELS (de Budapest), *Wiener med. Woch.*, 1893, nos 31-33.

de la face inférieure de l'urètre pénien, et cependant, pour nous conformer à l'usage, nous éliminerons tous les hypospadias pénien où il y a bien orifice anormal, fistule si l'on veut, mais sans canal intermédiaire à l'urètre et à la peau. L'étude de ces cas est faite à l'article *Hypospadias* (p. 286).

Nous réservons le nom de fistules à des canaux, à des trajets faisant communiquer l'urètre avec un point variable de la face inférieure de la verge. Elles sont d'ailleurs très rares et nous ne connaissons que les deux observations de Meisels et de Poisson. Dans ces deux cas, il existe un canal supérieur rétréci à une distance variable du méat. En arrière de ce rétrécissement part le deuxième canal qui se dirige en avant et vient s'ouvrir à la face inférieure de la verge plus ou moins près du gland. On pourrait penser qu'il y a eu cloisonnement primitif déterminant un urètre double ou un urètre en Y (Poisson).

Il est plus probable qu'il y avait rétrécissement congénital du canal supérieur ou de l'urètre véritable et qu'il s'est fait un canal inférieur de dérivation. Ce qui le prouverait, c'est que, dans l'observation de Poisson, la fistule ne s'est complétée qu'après la naissance. Dans les trois premières années, l'enfant cité par Poisson urinait par son méat normal, mais gonflait en même temps la partie inférieure de sa verge à chaque miction. Il se formait ainsi une ampoule que la mère brisa vers la troisième année.

LES FISTULES BORNES EXTERNES sont congénitales, non pas en ce qu'elles existent à la naissance, mais bien parce qu'elles succèdent à des lésions congénitales, les *kystes du raphé génito-périnéal*. Ces derniers, bien étudiés par Mermet qui en a réuni 18 cas, peuvent être circonscrits ou au contraire très allongés et dans ce cas d'aspect moniliforme. Quoiqu'il n'y ait que l'observation de Lejars concernant l'ouverture cutanée d'un de ces kystes, il est très rationnel d'admettre que ces kystes congénitaux peuvent, comme ceux des autres régions, s'enflammer, suppurer, s'ouvrir et donner lieu à une fistule. Celle-ci aura un trajet plus ou moins long suivant la forme du kyste. Mermet explique de cette façon les 2 cas observés par Balzer et Souplet. Le Fort en rapporte également une observation, malheureusement sans contrôle opératoire.

Voici l'histoire de ces malades.

Sans aucune infection de l'urètre ou à l'occasion d'une blennorragie, un cordon d'étendue variable, médian, est senti sous la peau du raphé pénien. Ce cordon devient saillant en un ou plusieurs endroits, et il peut se faire une ouverture spontanée si l'incision n'est pas faite à temps. Par l'orifice sort du pus et, fait intéressant, s'il y a plusieurs abcès, on voit qu'ils communiquent tous et qu'il y a entre eux un véritable canal de réunion.

La fistule ainsi créée n'a aucune tendance à se fermer spontanément.

On pourrait la confondre avec une fistule succédant à l'ouverture d'une folliculite ou d'un kyste sébacé ; mais le siège médian et surtout la persistance de la fistule montreront qu'elle appartient à un canal préformé.

Le traitement de ces fistules consistera à les ouvrir et à les cautériser. On pourra même tenter l'extirpation complète.

XI. — FISTULES DORSALES DU PÉNIS.

Ces fistules, très rares (Le Fort n'a pu en rassembler que 15 faits), ont donné lieu à de nombreux travaux. Nous ne comprendrons pas sous ce titre de fistules dorsales les canaux, les diverticules souvent très longs qui viennent s'ouvrir dans l'urètre au niveau du gland et du méat ; nous réserverons ce nom à des fistules congénitales venant déboucher manifestement à la face *dorsale* du gland ou du pénis.

Anatomie pathologique. — Il est à remarquer qu'elles se rencontrent chez des sujets robustes n'ayant pas d'autres malformations congénitales. Dans un seul cas on note la cryptorchidie. La verge elle-même est normale la plupart du temps et ne présente que deux particularités assez fréquentes : 1° l'absence, à la partie supérieure du gland, du prépuce qui forme une sorte de jabot à la face inférieure, comme dans l'épispadias ; 2° la présence à la face dorsale du gland d'une rainure analogue à une gouttière épispadienne.

Quant au *canal anormal*, il présente à étudier un orifice antérieur, un trajet, un bord postérieur, un revêtement interne, dont il faut connaître la structure.

1° *L'ouverture extérieure* du canal siège en un point variable depuis le sommet du gland jusqu'au pubis. Parfois très restreintes, permettant à peine le passage d'un stylet de trousse, les *dimensions* de l'orifice sont d'autres fois beaucoup plus considérables et permettent l'introduction d'une sonde n° 16-18. Elles peuvent d'ailleurs être modifiées, augmentées par les tractions. Les *bords*, la plupart du temps formés par des téguments sains, présentent quelquefois un aspect cicatriciel. Enfin, détail important, l'orifice s'ouvre ordinairement à la partie postérieure d'une *gouttière médiane* qui se prolonge à la face supérieure du gland et qui est très comparable à une gouttière épispadienne. La gouttière peut d'ailleurs exister sur le gland et être séparée de l'orifice anormal par un espace variable.

2° Le *canal* qui fait suite à l'orifice, longe la ligne *médiane* : occupant ordinairement toute la partie de la verge qui est située en arrière de l'orifice anormal, il est naturellement d'autant plus long que cet orifice est plus rapproché du gland. Les canaux qui débouchent au niveau du gland mesurent de 8 à 14 centimètres de long. Ceux qui s'ouvrent à la face dorsale du pénis varient entre 2 et 6 centimètres. Dans le cas de Meisels, le trajet avait 12 centimètres de long.