

face inférieure de la verge, à droite et à gauche de la ligne médiane, deux incisions parallèles, limitant entre elles une surface suffisante pour recouvrir une sonde n° 18; quelques coups de bistouri agrandissent la surface d'avivement; des points au catgut suturent, par-dessus la sonde, les bords internes des incisions; des points au fil métallique affrontent superficiellement les deux lignes cruentées. Le procédé est recommandable puisque, en cas d'échec, il n'expose à aucune perte de substance.

§ 5. **Procédés à lambeaux distants.** — L'autoplastie par la méthode italienne n'est point à recommander ici malgré la tentative de Moutet en 1870. En revanche, le procédé récent de Nové-Josserand paraît mériter qu'on l'étudie et qu'on l'imite. Il a fourni un résultat stable, à en juger par les derniers renseignements qui nous sont fournis par son auteur; il est de conception logique et d'exécution simple. Au total, le but jusqu'à présent poursuivi est le suivant : faire un conduit, et le tapisser de peau pour éviter sa rétraction. Jusqu'ici on a poursuivi ce résultat, comme le dit Reure, en cherchant à invaginer une portion des téguments de la verge et à recouvrir cette invagination avec les téguments voisins. Nové-Josserand a cru plus simple de créer un conduit sous-cutané et de le revêtir avec une greffe dermo-épidermique.

La verge ayant été redressée, on fait immédiatement en avant du méat pénien ou scrotal une boutonnière cutanée de 1 centimètre et demi; on y introduit des ciseaux fermés qu'on pousse vers la base du gland, au niveau duquel on fait une seconde petite incision transversale : on a créé ainsi un décollement sous-cutané répondant au nouvel urèthre. Pour le tapisser d'épiderme, on taille sur la cuisse, à la façon de Thiersch, un lambeau dermo-épidermique, large de 4 centimètres, plus long que le canal à refaire, qu'on enroule comme une cigarette sur un fragment de sonde et qu'on fixe à chaque bout par une ligature : cette sonde, recouverte de sa greffe, est introduite dans le canal sous-cutané; elle y reste dix jours, après lesquels on excise les portions de greffe qui débordaient aux deux extrémités. Dès le quatrième jour, on peut cathétériser avec la sonde molle le nouveau canal.

4^e QUATRIÈME TEMPS. — **Abouchement des deux portions de l'urèthre.** — Quand le nouvel urèthre est bien reconstitué, bien calibré, sans tendances à la rétraction, quand on l'a rapproché le plus possible de l'ouverture hypospadienne, ce qui réduit la fistule uréthrale au minimum, le moment est venu de raccorder les deux tronçons uréthraux, d'opérer leur jonction par la clôture de cette fistule. Dans le procédé de Duplay, le pourtour de l'ouverture hypospadienne sera avivé dans une étendue de 1 centimètre environ; puis, une sonde à demeure ouverte étant introduite dans la vessie et assurant l'écoulement continu de l'urine, on affrontera sa bordure avivée par quelques points à la soie ou par une suture enchevillée de fils d'argent traversant deux bouts de sonde et rivés de chaque côté par des tubes de Galli.

A cet avivement en cuvette de Duplay, nous préférons l'avivement et la suture à deux plans tels que les a pratiqués Nové-Josserand. La fistule postérieure est circonscrite par une incision ovale passant à 6 ou 8 millimètres de ses bords; la lèvre interne de l'incision est disséquée, rabattue en dedans, et l'on suture au catgut ce premier plan; la lèvre externe, attirée sur la ligne médiane, est suturée par-dessus au fil métallique.

La sonde à demeure ouverte doit rester en place de deux à quatre jours;

après ces délais, le malade peut pisser par son nouvel urèthre. Des injections boriquées tièdes assurent la propreté et le maintien de la lumière de la sonde à demeure. Le décubitus latéral facilite l'issue de l'urine; il empêche, d'autre part, qu'elle ne dégoutte sur la plaie scrotale, quand on a dû débrider la commissure scroto-pénienne, disposée en palme rétractante. Les sutures profondes resteront en place et étayeront la jeune cicatrice pendant huit à dix jours après l'enlèvement de la sonde à demeure.

A quel âge doit-on opérer un hypospade? Bouisson préfère attendre la puberté : plus grande docilité des sujets, conditions de développement et de vitalité plus favorables aux confections autoplastiques de l'urèthre, telles sont les conditions qui le déterminent à retarder l'opération. Petites dimensions des lambeaux à tailler, développement de l'organe favorisé par le redressement précoce de la verge : voilà les avantages qui décident Duplay à opérer le redressement de la verge dès les premières années et à créer le nouveau canal dans l'enfance, vers cinq ou six ans par exemple; quant au troisième temps, abouchement des deux portions du canal, qui nécessite le concours intelligent et la participation docile de l'opéré, Duplay préférerait l'ajourner à la puberté. Cela dépend des formes : étant données nos tendances à pousser le plus loin possible la restauration d'un coup, et à abrégé les temps opératoires, il est manifeste qu'il vaut mieux attendre en général que l'enfant soit en âge de comprendre et de coopérer par sa patience au succès des sutures.

II

ÉPISPADIAS

Le mot épispadias (*ἐπί*, au-dessus, et *πᾶσιον*, espace) a été créé par Chaussier et Duméril. Ad. Richard, Richet, et surtout Dolbeau⁽¹⁾ ont successivement étudié ce vice de conformation.

L'épispadias est un vice de conformation caractérisé par l'ouverture anormale de l'urèthre sur la face supérieure de la verge, et par une division plus ou moins prolongée de la paroi supérieure de l'urèthre antérieur, accompagnée ou non d'exstrophie de la vessie.

Étiologie et pathogénie. — C'est une difformité absolument rare, si on la compare à la fréquence de l'hypospadias : Baron a observé 500 hypospades et 2 épispades seulement. Sa statistique concorde avec celles du baron Michel et de Marchal.

Comme pour l'hypospadias, l'hérédité paraît jouer un rôle incontestable dans la production de l'épispadias.

Pathogénie. — De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'épispadias. Mais aucune d'elles ne peut résister à un examen fait d'après les données embryogéniques récentes sur la formation de l'urèthre, données exposées à propos de l'hypospadias. Selon Ad. Richard et Richet, les corps caverneux ne se souderaient pas sur la ligne médiane : cette fissure des corps caverneux constituerait l'épispadias. Or, nous avons vu que les deux

(1) *De l'épispadias ou fissure uréthrale supérieure et de son traitement*, 1860.

corps caverneux proviennent d'un cordon mésodermique unique, divisé plus tard par une lame fibreuse médiane et verticale. Dolbeau donne deux explications différentes, l'une pour l'épispadias balanique, l'autre pour les autres variétés. Elles ne méritent toutes les deux qu'un intérêt historique. Trélat considérait, lui aussi, le pénis comme formé par les deux bourgeons génitaux externes de Coste. Partant de ce fait, il supposait que, si l'évolution de ces bourgeons était en retard sur celle des organes internes, l'urèthre, s'éloignant graduellement de l'anus se trouverait bientôt entre et au-dessus des deux bourgeons génitaux externes, lesquels ne pourraient plus dès lors se réunir qu'en dessous. Cette hypothèse était ingénieuse, sans doute, mais elle se heurtait à cette objection : à savoir que le pénis n'est pas formé par deux éminences, mais par une seule, le tubercule génital.

« On ne peut, disait Guyon, surprendre dans la série des transformations fœtales, et si haut qu'on remonte vers la première origine, une disposition dont la simple persistance constitue l'épispadias. » Nous avons naguère proposé l'hypothèse suivante : le vice de conformation comporte une ectopie évidente de l'urèthre fissuré, explicable peut-être par une inversion du pénis tout entier. Examinons, en effet, une verge épispade : l'examen sur le vivant donne, ainsi que dit Guyon, la « notion de la transposition de l'urèthre à la face dorsale » ; la gouttière est bordée par le corps spongieux ; les corps caverneux non réunis occupent le segment inférieur de la verge, et le prépuce, la face inférieure du gland ; bref, toutes les parties constituantes de la verge occupent une situation inverse de celle qu'elles occupent normalement. Il semble donc que le pénis ait été renversé, tordu sur son axe. L'anatomie pathologique, d'ailleurs, nous signale elle-même une torsion manifeste dans la plupart des cas. « Chez le malade de Follin, nous dit Guyon, la verge a subi une torsion bien prononcée de droite à gauche ; » cette disposition existe aussi sur la figure 1, de la planche II de Dolbeau ; elle a été plusieurs fois indiquée.

Mais cette hypothèse de l'inversion pénienne demeurait inexplicée ; et, sans y tenir, nous avons conclu, comme Guyon l'écrivait en 1865, que « le champ des hypothèses reste ouvert ». Car, nous ne pensions pas qu'on se dût satisfaire absolument de celle de Kauffmann. Ce dernier défend l'idée, soutenue par Duncan et Muller, à laquelle Thiersch paraît s'être récemment rallié, et qui rappelle l'hypothèse de l'« éclatement », proposée pour l'hypospadias. Il y a rétention d'urine pendant la vie fœtale : de là, distension et rupture de la vessie et de l'urèthre ; d'où exstrophie et épispadias. A l'appui de cette théorie, quels faits et quels arguments sont fournis ? Thiersch, dans 6 cas, et Kocher, dans 1, ont observé une dilatation énorme des uretères, si bien que Kocher a pu pousser le n° 6 de la filière anglaise jusque dans le bassin. On peut constater parfois sur les bords de l'exstrophie, qui n'est qu'un épispadias vésical, des cicatrices irrégulières, semblables à « celles qui résultent d'une infructueuse opération autoplastique », restant comme les indices d'une rupture suivie de cicatrisation. Et Kauffmann est heureux de pouvoir produire une observation de Kuster : chez un enfant d'un an et un mois, la fente vésicale et épispadique était recouverte d'une cicatrice blanchâtre, prolongée jusqu'au gland, et portant sur la ligne médiane un bourrelet inodulaire brunâtre, qui attestait le travail de cicatrisation intra-utérine. Mais, en admettant même l'hypothèse de la rupture par stase urinaire, pourquoi « l'urèthre se crève-t-il vers le dos du pénis ? » c'est-à-dire pourquoi se déchire-t-il vers sa paroi la moins faible et la

plus appuyée ? Cette brisure paradoxale, Kauffmann ne nous l'explique point.

Les recherches de Vialleton ont apporté ici de la netteté, surtout en ce qui concerne l'épispadias lié à l'exstrophie vésicale. Pour Vialleton, et ceci donnerait partiellement raison à Trélat, « le rebord supérieur des replis de Rathke forme les bourrelets génitaux (scrotum, grandes lèvres) et, dans sa portion tout à fait supérieure, la moitié correspondante du tubercule génital qui, d'habitude, se réunit à son congénère, au-dessus de l'ouverture uro-génitale, pour constituer le tubercule impair et médian qui donne naissance au pénis et au clitoris. S'il y a développement exubérant du bouchon cloacal, les deux moitiés du tubercule génital ne pourront pas se réunir sur la ligne médiane et resteront toujours séparées en dessus : l'épispadias sera créé par là même. »

Au total, ce qu'il faut incriminer, c'est un développement ectopique de cette partie du bouchon cloacal qui, sous le nom de *lame uréthrale* et sous la forme d'une masse épidermique lamelliforme placée de champ, s'enfonce de bas en haut, dans le tissu mésoblastique du tubercule génital, jusqu'à la moitié de son épaisseur. Que cette lame, au lieu de cloisonner la moitié ventrale du tubercule génital, pénètre en position ectopique sur sa moitié dorsale, la gouttière qui se creuse à ses dépens occupera le dos de l'organe, et même un canal dorsal — éventualité rare — pourra résulter de son occlusion. La lame uréthrale, ici comme à la face inférieure, suit la destinée du bouchon cloacal, destiné à se désagréger et à créer des cavités. Ce déplacement de la lame uréthrale, qui a comme résultat anatomique la translation dorsale de l'urèthre, a peut-être pour condition un retard dans la réunion des deux moitiés composant le tubercule génital.

Mais, même en admettant ce dernier comme une masse mésodermique unique, ce que nous savons, par d'autres exemples, des invaginations épithéliales aberrantes, nous permet de concevoir que ce bourgeon épithélial puisse s'enfoncer anormalement dans le tissu mésodermique du tubercule. Ce n'est là d'ailleurs que l'exagération de l'état normal : qu'on se reporte aux belles planches de Retterer ; l'on verra, sur des coupes du tubercule génital, que, pendant les premiers temps, la fente uréthrale atteint presque la mi-hauteur du tubercule ; sur des coupes suivantes, on constatera que cette fente est moins élevée par rapport au diamètre vertical de l'organe, l'urèthre s'abaissant et n'étant plus relié à l'ectoderme que par un pédicule épithélial, pendant qu'au-dessus de lui le centre de prolifération apparu dans la partie dorsale du tubercule devient de plus en plus actif, s'élargit et se différencie en deux masses symétriques croissantes qui répondent aux deux corps caverneux. Si l'on suppose la fente uréthrale, anormalement élevée, pénétrant dans l'axe du tubercule génital jusque dans son demi-diamètre dorsal, on comprendra que la prolifération cellulaire qui, par deux moitiés symétriques, forme les corps caverneux, évolue surtout dans la moitié ventrale de ce tubercule, et que ces formations soient sous-jacentes à l'urèthre, au lieu de lui être sus-jacentes. — Pourquoi cette ectopie ? La chose est moins facile à expliquer dans l'épispadias isolé que dans celui associé à l'exstrophie. Ici, d'ailleurs, il ne s'agit pas d'une malformation répondant à la persistance d'un état embryonnaire ; des facteurs pathologiques interviennent, et il faut compter avec des infractions au type normal : c'est beaucoup que de pouvoir comprendre ces lésions à l'aide des faits de développement, dont elles représentent des irrégularités morbides. Il y a, au total, une pathologie embryonnaire, dont les origines nous échappent.

Anatomie pathologique. — On peut distinguer : l'épispadias balanique; l'épispadias pénien; l'épispadias péno-pubien.

L'épispadias balanique est caractérisé par la présence de l'ouverture anormale à la face dorsale de la base du gland, et par la transformation en gouttière de l'urèthre balanique.

En étalant les parties, on voit au fond de cette gouttière dorsale, large et profonde, un sillon médian antéro-postérieur qui va s'aboucher en arrière avec l'ouverture anormale de l'urèthre. Ce sillon est limité de chaque côté par deux crêtes longitudinales qui le séparent de deux sillons latéraux plus petits. Ces crêtes sont formées par la muqueuse soulevée par le corps spongieux. Sur le prolongement du sillon médian se trouve le filet; il s'insère ici beaucoup plus en avant que dans l'état normal. Le pénis est court et volumineux. On sent les corps caverneux complètement réunis à la partie inférieure; entre eux pas de trace d'urèthre. A l'état de repos, le rapprochement des lèvres des gouttières efface les saillies, qui apparaissent alors sous forme de trois lignes au fond d'une partie évidée du gland.

Épispadias pénien. — La gouttière occupe non seulement le gland, mais encore une partie de la région spongieuse. Elle est rougeâtre, rétrécie au

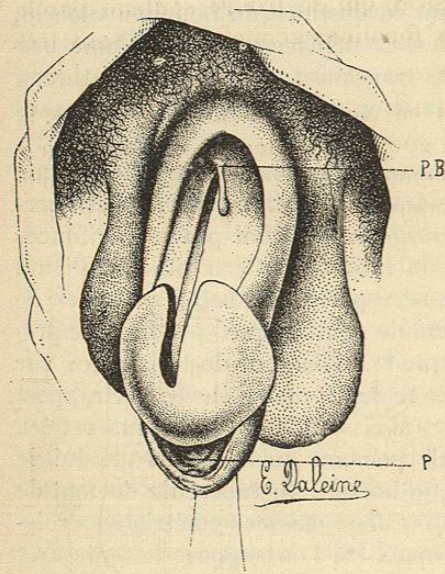


FIG. 185. — PB, portion bulbairé enflammée et recouverte de granulations. — La verge a été attirée en bas pour mettre sous les yeux le cul-de-sac du bulbe qui correspond à la partie la plus reculée du canal et s'enfonce sous une espèce de tente, vestige de la paroi supérieure. — La partie moyenne de l'urèthre est occupée par une espèce de rigole peu profonde. — Une grosse goutte de pus suinte sur la muqueuse. (Guyon.)

niveau du méat, évasée vers la fosse naviculaire. Sa muqueuse se continue insensiblement sur les côtés avec la peau de la verge. Elle présente les orifices de plusieurs lacunes uréthrales. Le frein, le prépuce et la verge présentent les mêmes caractères que dans la variété précédente.

Épispadias péno-pubien. — C'est l'épispadias complet des auteurs. Dans cette variété, qui est la plus fréquente, la gouttière uréthrale occupe toute la longueur de la face dorsale de la verge. Pour la bien examiner, il faut attirer fortement la verge en bas. Rétrécie au méat, élargie vers la fosse naviculaire, la rigole uréthrale va se jeter dans un infundibulum limité en haut par une espèce d'arcade cutanée dont les extrémités rejoignent la racine de la verge et le scrotum. Au fond de cet entonnoir se trouve l'orifice anormal. Il est parfois assez large pour permettre l'introduction du doigt. La partie postérieure de l'urèthre qui lui fait suite présente souvent elle-même un élargissement considérable. Comme dans les variétés précédentes, la muqueuse uréthrale tapisse un sillon médian bordé de

deux dépressions latérales séparées de lui par deux crêtes longitudinales. La muqueuse prend une coloration de plus en plus foncée à mesure qu'on s'approche de la vessie

La verge, généralement courte, ramassée, est recourbée en haut et en arrière, de façon à s'appliquer contre le pubis par sa face supérieure. Sa torsion est plus ou moins manifeste suivant le cas. Le volume du gland est presque normal. Il paraît former à lui seul toute la verge. Les corps caverneux sont très souvent atrophiés. Le prépuce est triangulaire, épais, exubérant, bien que réduit à sa moitié inférieure. A cette variété appartiennent les complications que nous avons déjà signalées : l'exstrophie et la hernie de la vessie, l'écartement des pubis, l'atrophie du testicule, la cryptorchidie, etc.

Symptomatologie. — Tous les épispades ne sont pas nécessairement atteints d'incontinence d'urine. Quelques-uns urinent volontairement, mais leur jet est ordinairement mal dirigé; d'autres urinent fréquemment, surtout sous l'influence d'une secousse physique ou morale brusque, accès de toux, éclat de rire, etc.; d'autres ne restent maîtres de leurs urines que dans la position horizontale; chez d'autres, enfin, le suintement est continu. On ignore la cause de cette incontinence. Elle aurait disparu, dans un cas de Dolbeau, à la suite d'une opération autoplastique faite à une certaine distance du col vésical. Dolbeau attribue cette guérison au séjour de la sonde à demeure qui aurait rendu à la vessie ses dimensions et sa tonicité. Selon Duplay, il s'agirait plutôt d'une action réflexe portant sur le sphincter vésical, qui se trouve soutenu par la reconstitution du nouveau canal. Quant aux fonctions génitales, elles sont très troublées ou même impossibles.

Traitement. — Deux méthodes sont ici en parallèle : l'une recherche la réunion longitudinale des deux bords de la gouttière pénienne, sans recourir à l'emploi de lambeaux : c'est évidemment, comme l'a dit Billroth, la méthode anatomique par excellence; c'est aussi l'intervention simple, et Duplay en a bien tracé les règles. La verge ayant été redressée, Duplay pratique, sur sa face supérieure, de chaque côté de la ligne médiane et à une distance suffisante de cette ligne, un avivement de forme quadrilatère, large d'un demi-centimètre environ, s'étendant de l'extrémité du gland jusqu'à l'ouverture anormale du canal; une suture enchevillée adosse, par-dessus une sonde, les deux lignes avivées de la gouttière uréthrale. Le canal pénien ayant été ainsi refait, l'abouchement des deux portions est pratiqué au moyen de l'avivement en cuvette de l'infundibulum sous-pubien et de l'affrontement des surfaces par une suture enchevillée.

La seconde méthode recourt à l'emploi de lambeaux; c'est la méthode de Thiersch. Au professeur de Leipzig revient le mérite d'avoir, dès 1858, formulé le principe de la restauration uréthrale en plusieurs temps, dont le dernier consiste à rétablir la continuité des portions balanique et pénienne du canal avec le tronçon postérieur, en fermant le méat anormal sous-pubien. Bien que dans ces derniers temps Kronlein et

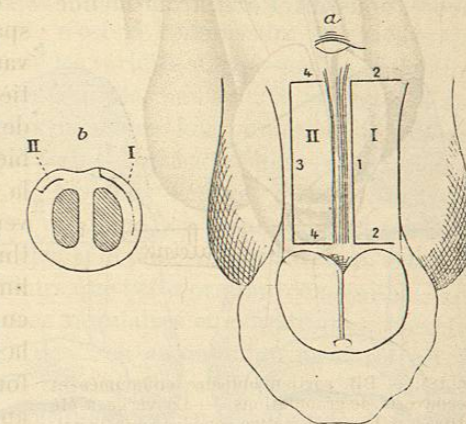


FIG. 184. — Transformation de la gouttière pénienne en canal. — Lambeau superficiel circonscrit par les incisions 1, 2, 2. — Lambeau profond circonscrit par les incisions 3, 4, 4.

Israël aient obtenu la restauration uréthrale en un seul temps, les règles de Thiersch gardent leur valeur pratique : Pozzi leur a dû récemment un beau succès. Thiersch, dans sa première opération, avait eu recours à la boutonnière périnéale pour dériver le cours de l'urine et protéger la réunion des surfaces d'avivement : ce complément est sans péril ; il paraît utile à maintenir.

Pour transformer la gouttière pénienne en canal, il faut tailler, de chaque côté d'elle, un lambeau quadrilatère. « L'un de ces lambeaux, nous dit Berger, a sa base au niveau du bord de la gouttière ; l'autre a sa base en dehors et tourne vers celle-ci son sommet. Ces lambeaux sont alors disséqués ; le premier est renversé de telle sorte que sa face cutanée se trouve vers la lumière du canal et que son sommet vient au contact de la plaie que la dissection du deuxième lambeau a constituée sur le bord opposé de cette gouttière. On le fixe dans cette situation par une suture perdue au catgut. Le second lambeau est alors fortement attiré au-dessus du premier, de manière que sa face cruentée recouvre la face cruentée de celui-ci, que son sommet débord sa face et se mette en rapport avec l'incision cutanée du côté opposé où on le fixe par quelques points de suture au crin de Florence. Ainsi, de ces deux lambeaux, l'un, retourné, forme le revêtement de la face dorsale du canal par sa surface épidermique ; l'autre, superposé au premier, tourne en dehors sa surface épidermique et reconstitue le tégument autour de la face dorsale de la verge : les deux lambeaux sont en contact dans toute leur étendue par leur surface cruentée. » L'ampleur et la superposition de ces lambeaux taillés sur le fourreau pénien favorisent leur réunion : si leur affrontement causait une tension exagérée, on la supprimerait, à la façon de Pozzi, par une incision libératrice pratiquée à la face inférieure de la verge d'arrière en avant.

Lorsqu'on a reconstitué la paroi supérieure du canal, l'organe présente encore, nous dit Pozzi, trois lacunes : 1° le gland reste ouvert en gargouille,

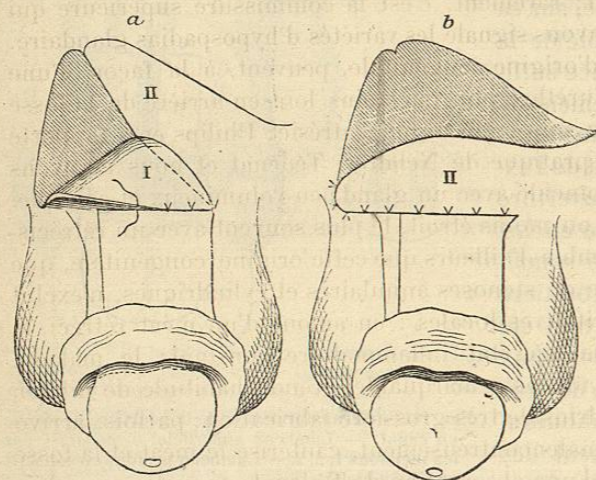


FIG. 183. — Occlusion de l'orifice sous-pubien. I, lambeau gauche renversé. — II, lambeau droit superposé au lambeau gauche après glissement.

offrant une rigole à la place du méat ; 2° le fourreau de la verge est percé d'un orifice à la base et il faut fermer cette fistule sous-pubienne ; 3° le prépuce, exubérant en dessous, manque à la partie supérieure du gland, qu'il faut coiffer. Thiersch a bien précisé ces points complémentaires. — La réfection du méat, qui d'ailleurs est exposée à des échecs, est réalisée en pratiquant de chaque côté de la gouttière, au niveau du gland, deux incisions pénétrant en profondeur jusqu'à la

moitié de l'organe : on suture les parties latérales par-dessus un bout de sonde. Pour fermer la fistule sous-pubienne, deux lambeaux superposés sont taillés dans la région sus-pubienne. Pour refaire le prépuce, on perfore à sa base le

tablier préputial : à travers l'orifice on fait passer le gland et l'on suture, par un plan muqueux au catgut et par un plan cutané au crin, le bord préputial passé au-dessus du gland avec le bord inférieur du lambeau qui a recouvert la gouttière uréthrale.

III

IMPERFORATIONS INCOMPLÈTES

Étroitesse congénitale du méat et de l'urèthre glandaire. — On rencontre des méats étroits, et aussi des méats rétrécis par des valvules. L'espèce dominante, parmi les modèles normaux, est constituée par les méats, ouverts en une fente verticale : les deux lèvres composant la fente du méat sont réunies supérieurement et inférieurement par une commissure ; chaque commissure est occupée par un petit repli valvulaire, dont l'inférieur, en rapport avec le frein, est généralement plus marqué. On observe parfois, comme l'ont bien décrit Tédénat et Médard, un rétrécissement limité à l'orifice même et déterminé par l'hypertrophie d'une des valvules, l'inférieure presque constamment : ce n'est qu'une plicature mince de la muqueuse, doublée dans quelques cas par une lame de tissu spongieux et pouvant saillir en un croissant de 6 à 8 millimètres de hauteur. En arrière de ce repli commissural, un véritable cul-de-sac se forme, dans lequel se font des stagnations ; dans la fosse naviculaire élargie, les glandes hypersécrètent et la congestion vasculaire s'accuse ; si la blennorrhagie s'y installe une fois, elle risque de s'y perpétuer ; ces pénis, à valvule commissurale, ont toujours un méat rouge, à lèvres tuméfiées. La valvule de Guérin, démesurément développée, peut elle-même constituer un de ces types de rétrécissement valvulaire du méat ; rarement, c'est la commissure supérieure qui forme bride valvulaire. Nous avons signalé les variétés d'hypospadias glandaire.

Les sténoses cylindriques, d'origine congénitale, peuvent, à la façon d'une virole, « frotter » et rétrécir l'urèthre plus ou moins loin en arrière de la fosse naviculaire ; Otis a étudié avec soin cette forme d'atrésie ; Philips en a rapporté quatre faits empruntés à la pratique de Nélaton ; Tédénat et nous en avons observé deux exemples : elle coïncide avec un gland peu volumineux et conique, parfois avec un phimosis plus ou moins étroit, le plus souvent avec un rétrécissement valvulaire. Il nous semble d'ailleurs que cette origine congénitale, que beaucoup contestent à ce type de sténoses annulaires et cylindriques, n'exclut pas le concours de lésions irritatives locales : en amont d'un méat rétréci, la stagnation urinaire développe un état inflammatoire constant ; le malade, comme nous en avons observé un cas remarquable, prend l'habitude de dilater son avant-canal avec des mandrins de très grossière fabrication ; parfois, arrive par surcroît un médecin qui, malencontreusement, cautérise le méat et la fosse naviculaire, ainsi qu'il appert d'une observation de Tédénat ; en voilà assez pour créer, par phlegmasie chronique ou menu traumatisme, un rétrécissement vrai.

Les méats étroits, que les classiques ont le tort de négliger et dont les travaux de Otis, Poncet, Furneaux Jordan, Berkeley-Hil, Tédénat, ont établi l'importance clinique, ont été par quelques-uns inculpés outre mesure. De ces griefs d'accusation, quelques-uns sont néanmoins justement établis. Un enfant, à méat étroitement perforé, peut présenter une symptomatologie de calculeux