

et le fit glisser vers le scrotum, après avoir avivé soigneusement les bords de la perte de substance. Des points de suture assujettirent le prépuce au scrotum, et, après un grand nombre d'accidents, le malade finit par guérir d'une manière complète. Le traitement avait duré quinze mois.

*Appréciation.* Les sondes à demeure et la cautérisation suffisent en général à la guérison des fistules situées au périnée. Il n'en est pas de même de celles de la partie antérieure du pénis. Les érections et le contact de l'urine compromettent le succès des procédés les plus rationnels. MM. Ricord, Goyrand et Ségalas ont rempli une indication importante en détournant le cours des urines par une voie artificielle établie au périnée. Pendant ce temps, la cicatrisation des fistules s'opère plus facilement, et l'on fait ensuite disparaître le trajet accidentel en supprimant la sonde qu'on y avait introduite et qui l'entretenait. Les procédés dont nous avons donné la description pourront également être mis à contribution par les chirurgiens, selon une foule de circonstances particulières qu'ils apprécieront facilement.

## HYOSPADIAS.

On a donné le nom d'*hypospadias* à l'absence plus ou moins étendue de la paroi inférieure de l'urèthre. Quand cette difformité se prolonge au delà du scrotum, elle est accompagnée de la division des bourses en deux lèvres, qui simulent une vulve. De là de fréquentes erreurs dans la constatation du sexe des enfants nouveau-nés. Aucune opération de chirurgie ne saurait remédier à l'absence complète du canal; mais si l'hyospadias existe seulement au niveau de la base du gland, on peut traverser ce dernier avec un trocart, ou reformer l'urèthre en se servant d'un lambeau tégumentaire, par un des procédés que nous venons d'exposer.

Dans quelques cas, le canal existe, mais l'imperforation du gland le fait méconnaître. Marestin ayant examiné un soldat porteur d'une ouverture congénitale de l'urèthre au périnée, par laquelle la miction avait lieu, s'assura, au moyen d'un stylet, que le canal existait jusqu'à l'extrémité du gland, où il se terminait en cul-de-sac par une membrane de mince épaisseur. Celle-ci fut divisée, une sonde introduite dans la vessie et la fistule périnéale, rafraîchie, réunie par la suture entortillée. Le malade guérit. Chez un malade de Blandin le pénis offrait à sa face inférieure au delà de la base du gland, une fente de la largeur d'un centime environ, donnant

complètement issue à l'urine et au sperme. Cette fente constituait une fistule pénienne congénitale, car le méat était libre et laissait passer facilement une sonde jusque dans la vessie.

## ÉPISPADIAS.

L'absence de la paroi supérieure de l'urèthre avec écartement des corps caverneux constitue l'*épispadias*. Une gouttière muqueuse s'observe alors sur le dos de la verge, et est formée par le canal de l'urèthre resté incomplet.

Cette difformité est beaucoup plus rare que l'hyospadias: M. Marchal (de Calvi) en a communiqué un cas très-intéressant à l'Académie de médecine; M. Barth en a communiqué un autre, et M. H. Larrey a rappelé, à cette occasion, que Ruysch, Saltzmann en 1734, Morgagni, Lassus, Chopart, Percy, M. Willaume (de Metz) etc. en avaient observé quelques exemples. L'*épispadias* n'empêche pas toujours les urines et le sperme d'être lancés par un jet direct: il pourrait être guéri dans le cas où il serait très-limité, par un des procédés de l'uréthoplastie; mais on ne voit pas quel avantage en retirerait le malade.

Lorsqu'au contraire l'écartement des corps caverneux s'étend jusqu'au pubis et au col de la vessie, l'urine n'est plus retenue et les malades en sont continuellement mouillés et incommodés. C'est dans des conditions de ce genre et pour permettre l'application plus facile d'un urinal portatif, ou d'un bandage compressif, capable de prévenir pendant un temps plus ou moins long l'écoulement involontaire des urines, que M. Nélaton a eu recours à des procédés autoplastiques empruntés à la méthode à double lambeau de Roux (de Brignoles), ou plutôt du professeur Bach (de Strasbourg), qui y a des droits de priorité (*Gaz. méd. de Paris*, p. 13, 1844).

Dans le premier cas, la gouttière uréthrale occupait toute la longueur de la verge et se continuait, par une sorte d'infundibulum, jusqu'au col de la vessie. Le prépuce était fendu et ne recouvrait pas le gland; on remarquait sur le malade des traces de cicatrices pubiennes, par suite de tentatives d'anciennes opérations restées sans succès. M. Nélaton tailla de chaque côté de la verge un lambeau tégumentaire *b* (fig. 661), de 0<sup>m</sup>,015 de largeur, qu'il détacha du bord dorsal de la muqueuse uréthrale *c*, étalée en membrane et découverte par l'écartement des corps caverneux. Un second lambeau sus-pubien *a*, de la forme d'un quadrilatère allongé, dont le bord inférieur était seul adhérent, fut alors renversé de haut en bas sur la verge, de manière à former un canal complet par l'a-

dossement de la peau à la muqueuse. Sur ce lambeau furent ramenés et unis par quatre points de suture entortillée les deux lambeaux latéraux *d, d* (fig. 661), dont on soutint pour plus de sûreté

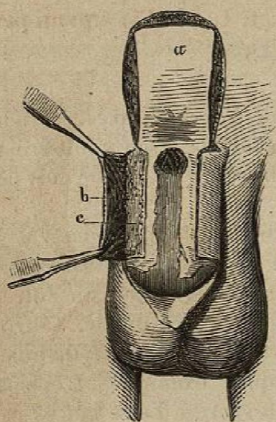


Fig. 661.

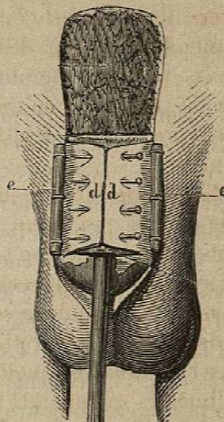


Fig. 662.

le côté externe par un petit rouleau de diachylon *e e* (fig. 662). Le résultat de ce procédé fut d'appliquer la surface épidermique de la

peau à la muqueuse, et de couvrir le côté opposé ou sanglant du lambeau par la portion de peau détachée de la verge. C'est là certainement un des meilleurs moyens de fermer les cavités naturelles par un double lambeau superposé, dont les deux faces se trouvent ainsi revêtues d'épiderme, et ont beaucoup moins de tendance à se rétrécir et à se déformer.

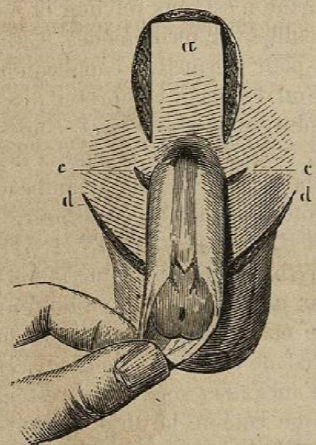


Fig. 663.

L'opération réussit, mais il fallut pratiquer des incisions longitudinales sur la verge pour en diminuer l'étranglement et donner plus de laxité aux lambeaux latéraux. On fut également obligé de fendre à deux reprises la cicatrice sus-pubienne, qui menaçait d'exercer une traction fâcheuse sur l'organe partiellement restauré. Enfin, on eut à s'occuper de diminuer le diamètre du nouveau canal, qui permettait l'introduction du petit doigt. Ces différentes ma-

nœuvres exigèrent plusieurs mois, et l'opéré put ensuite se servir d'un urinal portatif.

Il paraît, comme l'a supposé M. A. Richard, auquel on doit cette observation (*Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 417), qu'un perfectionnement était à désirer dans ce procédé opératoire, et voici comment le même auteur raconte qu'il fut obtenu.

M. Nélaton tailla, comme dans le cas précédent, un lambeau abdominal ou sous-pubien *a*. Il sépara latéralement la peau de la verge de la muqueuse urétrale dans l'étendue de quelques millimètres seulement, puis détacha un large lambeau serotal, dont les extrémités supérieures *d, d, c, c*, se trouvaient presque au niveau de la racine de la verge (fig. 663).

Le lambeau pubien *a*, renversé de haut en bas, fut fixé dans les rainures sanglantes de la muqueuse *k*, et la verge passée au-dessous du lambeau scrotal (fig. 664).

Il ne resta plus qu'à fixer les deux lambeaux *c, e, d*, superposés par quelques points de suture (fig. 665). L'enfant, âgé de onze ans, resta cinq mois dans les salles de l'hôpital pour être débarrassé d'un trajet fistuleux de l'un des angles supérieurs du nouveau tube urétral, que l'on dut également rétrécir par des cautérisations répétées. A sa sortie il conservait ses urines couché et assis, et pouvait même se promener dans les salles sans salir ses vêtements.

Il est regrettable que M. A. Richard n'ait pas indiqué d'une ma-

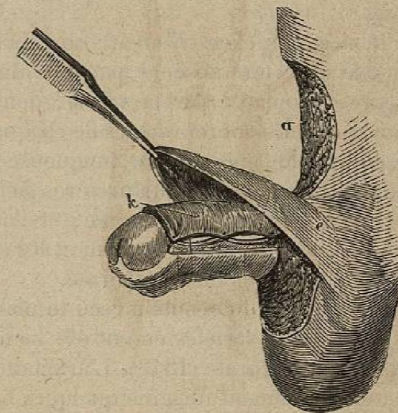


Fig. 664.

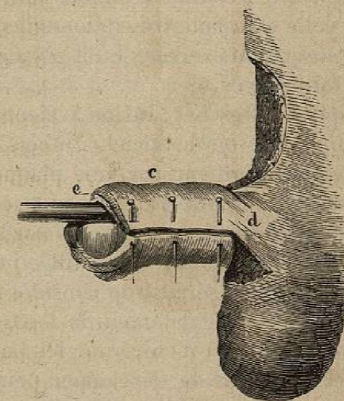


Fig. 665.