

nière précise l'état de l'enfant. L'incontinence avait-elle réellement disparu, ou la guérison avait-elle été seulement apparente et momentanée ?

## EXSTROPHIE DE LA VESSIE.

Il n'est pas excessivement rare d'observer des enfants venus au monde avec une absence partielle de la paroi abdominale antérieure, remplacée par la vessie, dont les deux moitiés latérales, non réunies, sont renversées de chaque côté, et continues à la peau. Il en résulte une surface muqueuse plus ou moins large, d'où suinte l'urine par les deux uretères faciles à reconnaître et à sonder. La verge est également divisée, et l'on aperçoit l'urèthre étalé en membrane. Le verumontanum et les canaux éjaculateurs laissent, chez l'adulte, écouler le sperme.

Cette grave difformité a reçu le nom d'*exstrophie de la vessie*, et les diverses variétés en ont été bien exposées par Jamain, dans sa thèse inaugurale (1843). L'art était resté à peu près impuissant, et avait seulement imaginé quelques bandages et cuvettes peu efficaces, lorsque M. J. Roux, directeur du service médical de la marine, publia un mémoire sur ce sujet (*Union médicale*, 1853), et se montra convaincu de la possibilité d'une guérison au moins palliative, par un procédé opératoire de son invention. C'était une voie ouverte, comme le disait l'auteur, à de nouvelles tentatives, et si celle qu'a faite très-rationnellement M. A. Richard n'a pas été heureuse, nous verrons qu'il n'y a pas lieu de désespérer complètement du succès.

Pipelet, Breschet, Jurine avaient eu l'idée de remplacer la vessie par un réservoir artificiel. Dubois et Dupuytren voulaient qu'on protégéât la tumeur par une plaque concave, et qu'on cherchât à rapprocher le pubis par un bandage approprié. Gerdy avait proposé « d'aviver dans certains cas les bords de la plaie et de les réunir au moyen d'une suture enchevillée jusqu'au pubis; et dans d'autres, où la tumeur serait trop considérable, après avoir refoulé celle-ci du côté de l'abdomen de l'extérieur à l'intérieur, d'en disséquer la peau et d'en réunir les bords au moyen de la suture enchevillée, puis de développer peu à peu la cavité de la vessie au moyen d'une vessie artificielle introduite vide dans le sein de la vessie naturelle, pour dilater peu à peu, après la réunion obtenue, la vessie malade au moyen de la vessie artificielle, que l'on insufflerait; d'obtenir enfin la fermeture de l'urèthre sus-pénien, en avançant les bords latéraux et en les réunissant sur une sonde au moyen de la suture enchevillée. » (Jamain, *Thèse*, Paris, p. 31.)

La moindre réflexion montre que la réunion des bords de la peau décollés et ramenés au devant de la vessie ne réussira jamais, en raison de l'excès de la tension et de l'inflammation phagédénique ou gangréneuse provoquée par le contact de l'urine. Cependant il y a dans les projets purement théoriques de Gerdy une idée d'une véritable valeur : celle de chercher à réunir la vessie sur la ligne médiane, en en rapprochant les bords. Quels que soient l'atrophie ou le défaut de développement de l'organe, il faut le considérer comme complet, et dût-on le convertir seulement en une sorte de canal, on aurait beaucoup amélioré le sort du malade. La cuvette d'argent de Jurine n'a pas été sans avantage, ainsi que la boîte métallique dont parle Boyer. Gerdy, n'ayant pas réussi à ressouder la vessie sur le seul malade qu'il entreprit d'opérer, voulut compléter la vessie par une sorte d'opercule métallique; mais quand il eut cru nécessaire d'exciser quelques millimètres de l'extrémité saillante de l'urèthre gauche, il survint une inflammation suppurative, qui s'étendit au rein et au péritoine, et se termina fatalement. Un chirurgien de Strasbourg, séduit par la tentative de Gerdy, s'est hasardé à la répéter. Une sorte de demi-sphère d'ivoire fut placée sur l'exstrophie vésicale et recouverte par des lambeaux cutanés, disséqués de chaque côté et ramenés au-dessus du corps étranger. L'opération ne réussit pas et ne pouvait réussir.

Beaucoup de chirurgiens semblent avoir admis la possibilité de convertir la surface sanglante d'un large lambeau en membrane tégumentaire interne : c'est une illusion contre laquelle protestent tous les faits pathologiques; l'analogie empruntée aux trajets fistuleux toujours très-étroits et entretenus par le passage continu d'un liquide manque de valeur. Toutes les fois que la face cruentée d'un lambeau restera libre, ou appliquée sur un corps étranger, elle suppurera et tendra incessamment à revenir sur elle-même, à s'épaissir et à se rouler en corde; et ce résultat sera encore le résultat le plus heureux, car on a particulièrement à craindre la gangrène et l'ulcération. L'opération, très-ingénieuse du reste, de M. J. Roux confirme ces remarques. L'habile chirurgien de la marine avait conçu trois plans différents, ou trois ordres d'opérations : 1° ouvrir les uretères dans le rectum et cacher la tumeur sous un lambeau cutané; 2° former, à l'aide d'un lambeau de peau suffisant, une vessie extérieure, communiquant dans un canal muni d'un constricteur mécanique; 3° établir un canal cutané propre à maintenir, au-dessous de la tumeur vésicale un appareil capable de la protéger, recevant les urines et permettant leur émission volontaire.

M. J. Roux se décida à porter au-dessus de la tumeur vésicale la peau des bourses convenablement disséquée, en mettant la surface

épidermique en rapport avec la muqueuse vésicale, et en fixant ce lambeau dans une incision demi-circulaire pratiquée aux téguments de l'abdomen. Il fit sortir en bas de cette nouvelle paroi vésicale la verge et la gouttière uréthrale (destinée à laisser couler l'urine au dehors, dans un appareil approprié), après avoir divisé inférieurement, et sur la ligne médiane, la peau et le prépuce, pour les rendre supérieurs, d'inférieurs qu'ils étaient par suite de l'épispadias.

L'opération fut faite le 5 janvier 1852. Une partie du lambeau se gangréna, mais il fut cependant possible, un peu plus tard, de compléter le procédé en dégageant la verge du bord inférieur du lambeau; le malade put se servir d'un réceptacle de caoutchouc vulcanisé, dans lequel les urines étaient retenues, et fut préservé pour

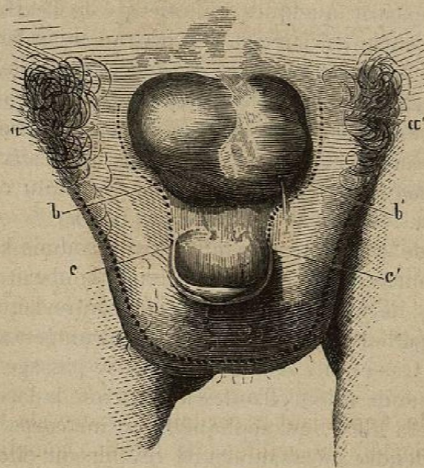


Fig. 666.

la première fois de sa vie du contact de l'urine, et de l'odeur repoussante qu'il avait jusqu'alors exhalée.

Le lambeau se transforma en une sorte de corde, qui ne couvrait qu'imparfaitement la surface vésicale, et, sous ce rapport, le succès ne fut pas complet; mais cette tentative opératoire n'en est pas moins remarquable.

M. A. Richard a exécuté, en 1853, le procédé à double plan de lambeau, et cette tentative, si rationnelle, fut malheureusement suivie de la mort du malade.

L'exstrophie de la vessie (fig. 666) se continuait par un épispadias, et au-dessous du gland se trouvait un large prépuce. Un grand lam-

beau scrotal, circonscrit par deux incisions *abc*, *a'b'c'*, fut disséqué et placé sur un autre lambeau abdominal, renversé de haut en bas sur l'exstrophie vésicale, de manière à mettre en opposition les deux surfaces muqueuse et épidermique. La face cruentée de ce lambeau, tournée en avant, fut recouverte par celle du scrotum, regardant en arrière, et quelques points de suture entrecoupée servirent à les fixer (fig. 667).

Le malade vécut huit jours, et à l'autopsie on trouva les deux lambeaux *b*, *c*, presque complètement réunis. La plaie abdominale *a*, et celle du scrotum *d*, étaient dans des conditions de déter-

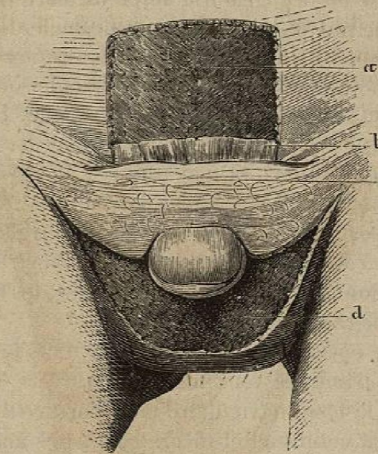


Fig. 667.

sion favorable. Cependant la péritonite, cause de la mort, montre avec quelle déplorable facilité cette affection complique toute action directe sur la vessie exstrophée.

Si l'on devait tenter une pareille opération, nous donnerions le conseil de commencer par tailler un petit lambeau de 0<sup>m</sup>,01 de largeur sur les trois quarts inférieurs de la circonférence cutanée de la tumeur, afin de ménager la muqueuse vésicale. On disséquerait cette espèce de bandelette cutanée, et on la renverserait en dedans vers la ligne médiane, de manière à en tourner la face épidermique en arrière, et la face sanglante en avant. On détacherait alors de la paroi abdominale un lambeau, dont la grandeur serait calculée de façon à recouvrir toute la face encore à nu de la muqueuse, et on en affronterait les bords, par quelques points de suture entrecoupée, avec ceux de la bandelette tégumentaire. Il ne resterait plus qu'à ramener sur les surfaces saignantes un vaste lambeau