URETÈRE.

55

ses rapports avec l'artère utérine ; celle-ci lui est d'abord parallèle et accolée à son bord externe, puis à hauteur du col de l'utérus croise transversalement sa face antérieure. L'artère est ménagée dans son premier segment, disséquée, ou pincée, sectionnée et liée de ses deux bouts dans le second, suivant nécessité.

Dans la région latéro-vésicale, les mêmes plexus vasculaires existent que chez l'homme, le même petit pédicule vasculaire.

Le dégagement de l'uretère est pratiqué progressivement avec la sonde cannelée très mousse, ou l'extrémité de ciseaux mousses tenus fermés. L'index de la main supérieure le maintient soulevé et tendu dans la région du promontoire. On a la certitude d'être arrivé à la vessie lorsqu'apparaissent ses fibres musculaires rouges évaginées au cône de traction.

DÉCOUVERTE DU REIN ET DE LA TOTALITÉ DE L'URETÈRE PAR VOIE LOMBO-ILIAQUE EXTRA-PÉRITONÉALE

La découverte du rein et de l'uretère en totalité est le premier temps de la néphro-urétérectomie totale.

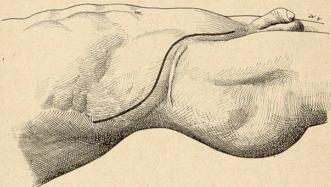


Fig. 61. — Incision lombo-iliaque pour la découverte du rein et de l'uretère en totalité; position opératoire.

Position de l'opéré. — Malade couché sur le flanc sain dans la position de chirurgie urétérale (fig. 61).

Incision. — Longue incision composée de l'incision rénale et de l'incision lombo-iliaque pour la découverte de l'uretère pelvien.

Extrémité supérieure sur la 12° côte, à 8 centimètres de la ligne médiane, trajet parallèle à la crête iliaque et à l'arcade de Fallope, extrémité inférieure sur le bord externe du droit à deux travers de doigt au-dessus du pubis (fig. 61).

Incision des plans pariétaux, dégagement du rein et de l'uretère. — Toutes manœuvres déjà décrites.

Suture de l'incision lombo-iliaque. — Suture à trois plans superposés et à points séparés :

a. Petit oblique et transverse en comprenant le fascia transversalis sous-jacent.

b: Grand oblique.

c. Peau.

VOIE TRANSPÉRITONÉALE

DÉCOUVERTE DE L'URETERE

I. URETERE SUPÉRIEUR, JUXTA-RÉNAL

La chirurgie transpéritonéale de l'uretère supérieur est exceptionnelle; elle se pratique comme la chirurgie rénale (V. p. 40).

2º URETERE LOMBAIRE

Position de l'opéré. — Le malade est couché à plat sur le dos. L'opérateur se place du côté malade, son aide en face de lui.

Incision. — Laparotomie sur le bord externe du droit (V. p. 40). Incision de 10 à 12 centimètres dont le milieu correspond à l'ombilic.

Découverte de l'uretère. — Le péritoine ouvert, l'intestin grêle est refoulé en dedans et maintenu en cette situation. La paroi abdominale postérieure est largement exposée; en dehors, le gros intestin fixe, cæcum et côlon ascendant à droite, côlon descendant à gauche; dans l'angle inférieur, l'intestin grêle à droite, le côlon pelvien à gauche.

Dans ce demi-cadre intestinal, la région pré-psoatique urétérale se présente (fig. 62).

L'uretère est sous-péritonéal, mais sa face antérieure est croisée par les

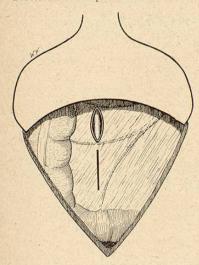


Fig. 62. — Laparotomie latérale, le péritoine postérieur est exposé; à gauche, le bord interne du côlon ascendant; en bas, le bord supérieur de l'iléon; les artères côliques transversales; entre elles, incision du péritoine, découverte de l'uretère.

ntérieure est croisee par les vaisseaux côliques; à droite, les artères du côlon ascendant croisent transversalement et l'artère iléo-cæcale obliquement en bas et en dehors; à gauche, les artères côliques descendantes sont transversales, de plus, la veine mésentérique inférieure verticale est parallèle à l'uretère. Tous ces vaisseaux doivent être ménagés.

L'index recherche l'uretère au-devant du psoas; il le sent sous forme d'un cordon dur, régulier; ses ondes péristaltiques le décèlent à la vue.

Entre deux artères côliques, toujours visibles sous le péritoine, la séreuse est incisée au-devant de l'uretère, ses bords dis-

séqués, relevés; l'uretère est mis à nu et, chargé

3º URETERE PELVIEN

Le dégagement de l'uretère pelvien par voie transpéritonéale est rendu différent chez l'homme et chez la femme par l'appareil génital.

L'incision abdominale, la recherche et la découverte de l'uretère au détroit supérieur sont les mêmes dans les deux sexes; le dégagement total de l'uretère pelvien comportant seul des différences, il sera le seul temps opératoire décrit séparément chez l'homme et chez la femme.

Position de l'opéré. — Le malade est sur le plan incliné (45°). Le chirurgien du côté opératoire, l'aide en face de Incision. — Laparotomie médiane de l'ombilic au pubis, large valve sus-pubienne et écarteurs latéraux sur la paroi abdominale. Les anses grêles sont refoulées vers le diaphragme, et maintenues en cette position haute, le bassin est totalement dégagé.

Découverte de l'uretère. — L'uretère est recherché et découvert au détroit supérieur.

Cette manœuvre, identique dans les deux sexes, est différente du côté droit et du côté gauche.

La raison de cette différence est due aux dispositions anatomiques.

a. Les rapports avec les vaisseaux iliaques sont différents à droite et à gauche.

Des deux côtés l'uretère est situé à 4 cm. 1/2 de la ligne médiane; mais à droite l'uretère croise l'iliaque externe à 1 centimètre en dehors de la bifurcation de l'iliaque primitive située à 3 cm. 1/2 de la ligne médiane; à gauche, il croise la bifurcation même de la primitive située à 4 cm. 1/2 de la ligne médiane (fig. 65').

b. A droite, l'uretère est dans une région découverte, directement sous le péritoine pelvien; à gauche, le côlon pelvien occupe la moitié du bassin, et rabattu avec son méso vers la symphyse, il recouvre la région urétérale. Pour découvrir cette région il faut donc relever le côlon et son méso, mettre à nu le plancher de la fossette sigmoïde sous le péritoine duquel se trouvent l'uretère et les vaisseaux iliaques.

Or, ce relèvement du côlon pelvien n'est possible que dans certains cas, lorsque le côlon est long et muni d'un long méso: il existe des cas où le côlon, très court, muni d'un court méso, est accolé dans la moitié gauche du bassin et ne peut être relevé; dans cette disposition, pour découvrir l'uretère au détroit supérieur, il faut passer à travers les deux feuillets du méso-côlon pelvien, pour atteindre le péritoine pelvien et la région urétérale.

Uretère droit. — Points de repère. — Deux points de repère:

a. Le promontoire sur la ligne médiane;

b. La bifurcation de l'artère iliaque primitive située à 5 centimètres 1/2 de la ligne médiane, un peu au-dessus du promontoire. La bifurcation est palpable ; au battement simple de l'artère primitive succède le battement double des deux iliaques externe et interne.

A 1 centimètre (4 1/2 de la ligne médiane), en dehors de la bifurcation artérielle, sur l'iliaque externe, l'uretère croise verticalement le vaisseau. Il est directement sous le péritoine. Il est visible souvent grâce à l'onde péristaltique qui le parcourt; il est palpable sous forme d'un cordon arrondi, résistant; les

vaisseaux spermatiques sont à 1 centimètre en dehors, visibles et non palpables.

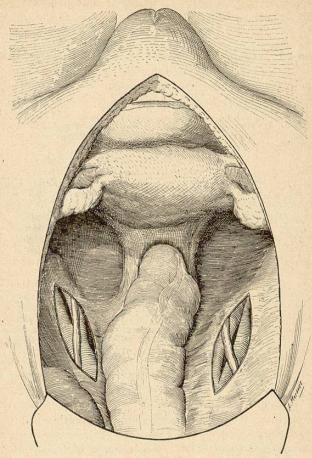


Fig. 63. — Découverte de l'uretère au détroit supérieur. A droite incision simple du péritoine pelvien, l'uretère sur l'iliaque externe à 1 centimètre de la bifurcation. A gauche, le côlon pelvien est relevé; incision du péritoine au plancher de la fossette sigmoïde, l'uretère sur la bifurcation artérielle,

Incision verticale du péritoine devant l'uretère, à 4 cm 1/2 de la ligne médiane, à hauteur du détroit supérieur. Les deux lèvres du péritoine sont disséquées au contact intime de leur face profonde, car l'uretère adhère et a tendance à suivre la séreuse (fig. 63).

L'uretère apparaît, il est disséqué, soulevé soigneusement du plan profond (1), chargé.

Uretère gauche: a. Relèvement possible du côlon pelvien; découverte sous-méso-côlique de l'uretère.

Le côlon pelvien est relevé vers l'ombilic; la fossette sigmoïde est découverte; son plancher, c'est-à-dire le péritoine pelvien, est la région urétérale.

Points de repère. — Les mêmes qu'à droite :

a. Le promontoire sur la ligne médiane;

b. La bifurcation de l'iliaque primitive à 4 cm 1/2 de la ligne

médiane, un peu au-dessus du promontoire.

Sur la bifurcation artérielle, à 4 cm 1/2 de la ligne médiane, incision verticale du péritoine et dégagement de l'uretère comme à droite (fig. 63).

b. Relèvement impossible du côlon pelvien; découverte trans-méso-côlique de l'uretère.

Point de repère. — Un seul : le promontoire, sur la ligne médiane; car le méso recouvrant les vaisseaux iliaques, on ne peut les sentir.

A 4 cm 1/2 de la ligne médiane, incision verticale du feuillet supérieur du méso-côlon pelvien sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

L'incision porte entre deux artères côliques et s'arrête à 2 centimètres au moins au-dessus du bord de l'intestin; les artères sont visibles dans le méso.

La sonde cannelée récline les vaisseaux et la graisse du méso, met à nu son feuillet inférieur.

Incision du feuillet inférieur du méso; on pénètre dans la fossette sigmoïde et l'on aperçoit le péritoine pelvien de son plancher. Les lèvres du méso sont bien rétractées, le doigt

⁽⁴⁾ Dans la bifurcation artérielle, se trouve la grosse veine iliaque primitive, bien moins résistante que l'artère ; la dissection de la face profonde de l'uretère doit être très prudente.

introduit par sa brèche palpe les vaisseaux, la distance de 4 cm 1/2 de la ligne médiane est vérifiée à nouveau.

Incision du péritoine pelvien dans le plancher de la fossette découverte et dégagement de l'uretère comme à droite (fig. 64).

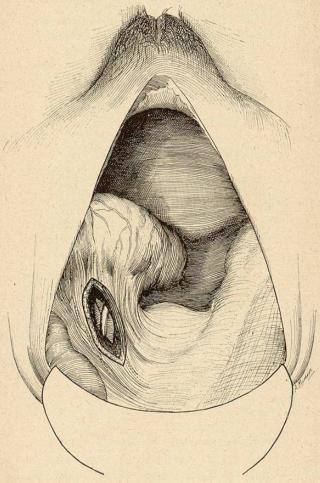


Fig. 64. — Découverte trans-méso-còlique de l'uretère gauche au détroit supérieur. Incision de deux feuillets du méso-còlon pelvien entre lesquels on voit les artères sigmoides: incision du péritoine pelvien au plancher de la fossette sigmoide; l'uretère sur la bifurcation artérielle.

Dégagement de l'uretère pelvien en totalité.

La ligature de l'iliaque interne peut être pratiquée afin d'éviter l'hémorragie pelvienne.

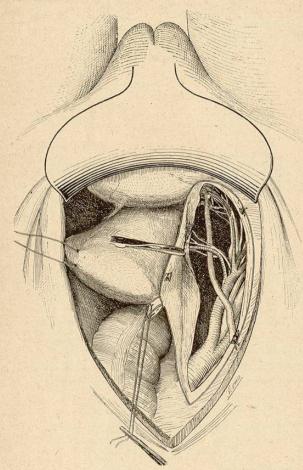


Fig. 65. — Dégagement de l'uretère pelvien chez la femme. Les annexes droites sont extirpées, le rond est sectionné; on en voit les pédicules. Incision de l'aponévrose du ligament large. La bifurcation des iliaques et l'uretère; croisement de l'utérine et de l'uretère, les vaisseaux latéro-vésicaux.

1º Ghez la femme. — Le dégagement total de l'uretère pel-

URETÉRE.

vien chez la femme est le même des deux côtés; il nécessite l'extirpation des annexes.

La castration unilatérale est donc le temps préliminaire.

Celle-ci faite, l'incision du péritoine qui en résulte est agrandie en haut dans la direction du détroit supérieur vers la région urétérale, en bas vers le bord latéral de la vessie : le ligament large est donc sectionné perpendiculairement à son

Fig. 65'. — Rapports schématiques de l'uretère pelvien chez la femme.

grand axe. En avant, le ligament rond est sectionné entre pinces, et ses deux extrémités liées (fiq. 65).

L'utérus est incliné du côté opposé, les lèvres péritonéales séparées par des pinces et largement écartées.

L'uretère dégagé sur les vaisseaux iliaques est disséqué vers la vessie. Il faut sectionner audessus de lui une aponévrose mince qui recouvre la totalité des vaisseaux pelviens.

A 2 centimètres au-dessous de son croisement des vaisseaux iliaques, l'uretère entre en rapport avec l'artère utérine. Celleci lui est d'abord externe et accolée parallèlement à lui, puis croise transversalement sa face antérieure avec de grosses veines à hauteur du col de l'utérus. Ce pédicule vasculaire est soit disséqué, soit pincé, sectionné et lié des deux bouts, suivant nécessité (fig. 65).

En avant, l'uretère entre dans les veines latéro-vésicales; il est disséqué au plus près, et bientôt les fibres rouges dénudées de la vessie témoignent que son dégagement total est terminé.

Après les manœuvres sur l'uretère, la reconstitution intégrale du péritoine pelvien par suture antéro-postérieure est naturellement pratiquée.

2º Chez l'homme. — Cette voie est exceptionnellement employée chez l'homme, le dégagement de l'uretère est fort simple. L'incision du péritoine pelvien est prolongée jusqu'au bord externe de la vessie. L'uretère découvert au détroit supérieur est dégagé jusqu'à la vessie. Le seul obstacle est le canal

déférent, sous-péritonéal et sus-urétéral qu'il faut soigneusement isoler et récliner. En dessous de lui, les vaisseaux vésicodéférentiels sont pré-urétéraux.

Suture de l'incision abdominale.

L'incision pratiquée au péritoine pré-urétéral lombaire ou pelvien est soigneusement suturée. Surjet à points fins et rapprochés, sans froncement de la séreuse. Si besoin est, en face de délabrements péritonéaux pelviens, il faudrait recourir à une autoplastie péritonéale.

Suture de la paroi abdominale à trois plans.

URETÈRE PELVIEN (LATÉRO-UTÉRIN)

Voie vaginale.

La voie vaginale permet d'atteindre l'uretère pelvien dans son segment latéro-utérin sus-vaginal. L'intervention ne peut être faite sans danger vasculaire (artère utérine), que si l'uretère contient un calcul ou une sonde qui permettent de le sentir et de l'isoler nettement. L'opération comprend :

1º Abaissement du col de l'utérus par une pince à traction. Exposition du cul-de-sac vaginal antéro-latéral;

2º Incision du cul-de-sac antérieur avec prolongement sur le cul-de-sac latéral. Dégagement vésico-utérin aux ciseaux mousses ou au doigt; il faut s'arrêter au cul-de-sac péritonéal;

5º Bascule du col de l'utérus du côté opposé; recherche par exploration digitale de l'uretère. Isolement à la sonde cannelée avec grands ménagements sur sa face antérieure et son bord externe où se trouve l'artère utérine.

4º URETERE VESICAL

La chirurgie de l'uretère vésicale se pratique par voie endovésicale; elle est décrite au chapitre Vessie : cystectomies partielles, page 96.