

comprendre toute l'épaisseur des parois vésicales dans une étendue variable. On a aussi pratiqué l'*extirpation totale* de la vessie¹. Nous avons vu ailleurs² que cette opération, pour

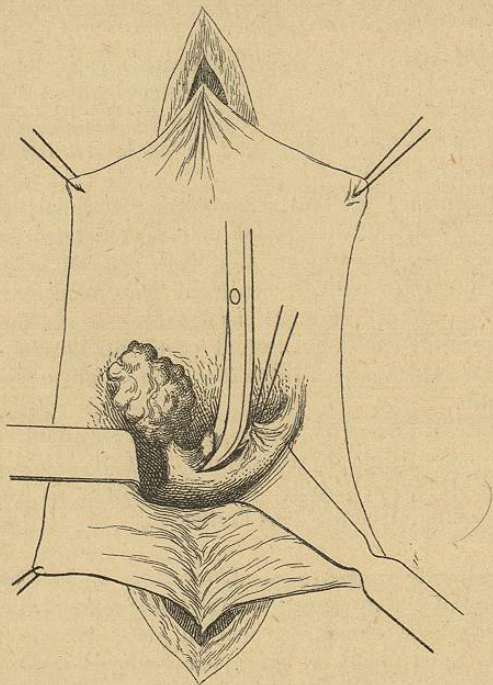


Fig. 782.

Étalement de la vessie, et soulèvement de la muqueuse avec un fil, pour la section (d'après Bazzy).

l'ablation d'une tumeur maligne infiltrée, ne doit pas être conseillée. Les opérateurs qui l'ont pratiquée ont opéré tous de

¹ TUFFIER et DEJARIER. *Revue de chirurgie*, 1898, n° 4, avril p. 277.

² RICARD et LAUNAY. *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, 1903, p. 698.

façon différente, et nous ne croyons pas utile de donner la description d'une opération encore si mal réglée et si peu indiquée.

L'extirpation d'une tumeur pédiculée ou pédiculisable se fait après exploration par une cystotomie simple¹, le malade étant placé en position inclinée. On place des écarteurs pour bien exposer la région où siège la tumeur, et on soulève la muqueuse au voisinage du pédicule, soit à l'aide d'une pince, soit en passant un fil de traction (fig. 782).

On peut alors, si le pédicule est étroit, inciser la muqueuse à son pourtour et enlever la tumeur; puis suturer la plaie ainsi faite à l'aide d'un surjet de catgut ramassant les bords et le fond. Mais si le pédicule est un peu large, il est préférable, pour éviter l'écartement des lèvres de la plaie, et pour faire l'hémostase immédiate, de ne couper la muqueuse que par petits coups successifs, en suturant à mesure les lèvres de la plaie muqueuse (fig. 783).

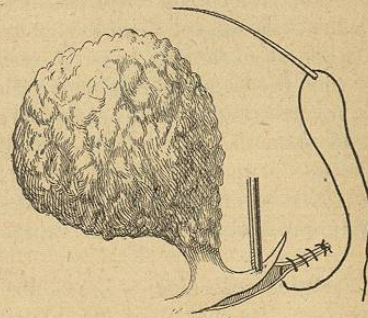


Fig. 783.

Extirpation d'une tumeur pédiculée de la vessie (Bazzy).

La tumeur enlevée, tout le reste de la vessie inspecté soigneusement, si aucun suintement sanguin ne persiste, on place à demeure une sonde de Pezzer et on suture complètement l'ouverture vésicale. Seul un suintement sanguin abondant et persistant forcerait à drainer la vessie par l'hypogastre.

La tumeur enlevée, tout le reste de la vessie inspecté soigneusement, si aucun suintement sanguin ne persiste, on place à demeure une sonde de Pezzer et on suture complètement l'ouverture vésicale. Seul un suintement sanguin abondant et persistant forcerait à drainer la vessie par l'hypogastre.

La résection d'un segment vésical, siège d'un néoplasme, est faite au niveau d'une zone dépourvue de péritoine, ou dont le péritoine se décolle facilement (sommet et faces latérales);

¹ Voy. p. 326.

ou bien dans une portion non isolable soit de la séreuse (face postérieure), soit des plans voisins (trigone).

Dans le premier cas, la séreuse ayant été décollée s'il est nécessaire, on excise aux ciseaux la portion à réséquer; puis on suture suivant les procédés habituels de suture vésicale¹.

Dans le second cas cette manière de faire est impraticable, et il faut opérer la *résection de dedans en dehors* (GUYON). Par l'incision vésicale, on circonscrit la tumeur, en se tenant éloigné d'elle, et en faisant l'incision de la muqueuse. Puis on divise toutes les couches de la paroi vésicale, enlevant tout le néoplasme. On réunit enfin la plaie vésicale comme on l'a fait pour la muqueuse seule. Si le néoplasme siège au niveau de l'embouchure d'un *uretère*, il faut, plaçant une sonde dans ce canal, disséquer d'abord et isoler l'uretère; puis enlever la tumeur. Il faut ensuite aboucher l'uretère dans la vessie, pratiquer une uretéro-cystostomie par voie transvésicale.

Fistules vésicales. — Les fistules *vésico-vaginales* seront étudiées avec les opérations sur le vagin².

Les fistules *intestinales* sont bas placées, *recto-vésicales*, ou hautes, *entéro-vésicales*.

Les fistules *cutanées* sont *sus-pubiennes* ou *ombilicales*.

Fistules vésico-rectales. — **Voie rectale.** — Le malade étant dans la position de la taille, on commence par dilater l'anüs et par placer des valves de façon à tendre les parois et exposer l'orifice fistuleux. Si la dilatation ne suffit pas, on s'aidera de la *section du sphincter* sur la ligne médiane postérieure.

L'orifice bien exposé, on le traite comme l'orifice vaginal dans le traitement des fistules vésico-vaginales³, par avivement simple ou par dédoublement. Les sutures rectales sont faites au catgut pour éviter l'ablation des fils.

On ne répare pas immédiatement la section anale lorsqu'elle

¹ Voy. p. 326, t. II.

² Voy. p. 422, t. II.

³ Voy. p. 422, t. II.

a été faite, mais on en profite pour drainer largement le rectum. Un drain est en tout cas placé dans l'anüs. On ne réparerait que plus tard, par sutures, la section sphinctérienne.

Voie périnéale (ZUCKERKANDL)¹. — Inciser transversalement le périnée à 3 centimètres devant l'anüs. On met à nu le sphincter anal qu'on laisse en arrière et le bulbe de l'urètre qu'on laisse en avant. On arrive au sommet de la prostate et on décolle la face postérieure de cette glande de la face antérieure du rectum. Le décollement est facile si l'on se tient près de la prostate, et si l'on pénètre bien dans le plan de clivage.

La prostate isolée, on arrive sur la face postérieure de la vessie que l'on isole jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Celui-ci se laisse refouler assez facilement².

Lorsqu'on arrive à la fistule, on sépare la vessie du rectum, on avive les bords des orifices et on les suture indépendamment. On interpose une lame de gaze entre les deux orifices et ne suture pas la plaie périnéale.

Voie transvésicale³. — On incise la paroi abdominale et la vessie comme dans une cystotomie ordinaire⁴ sans dilatation vésicale, celle-ci étant rendue impossible par l'existence de la fistule.

Des écarteurs (écarteurs de BAZY, de LEGUEU) sont placés de façon à montrer l'orifice. On attire la paroi vésicale si cela est possible, sinon on avive sur place. L'avivement est fait suivant le procédé des fistules vésico-vaginales⁵, aussi large que possible.

L'avivement doit être complet sur tout le pourtour.

¹ ZUCKERKANDL. *Wien. Medic. Press.*, 1889. TUFFIER et CHAVANNAZ, *Archiv. des mal. des org. génit. urin.*, 1898, nos 1 et 2.

² ROCHET et DURAND, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896. PASCAL, Thèse de Paris 1900, p. 117.

³ POUSSON. *Archives provinciales de Chirurgie*, décembre, 1894.

⁴ Voy. p. 326.

⁵ Voy. p. 422.

La position renversée et l'éclairage électrique sont ici d'un grand secours.

La suture comprend deux plans : un profond sur l'orifice intestinal, un superficiel sur l'orifice vésical. On emploiera du catgut afin d'éviter toute amorce à la formation de calculs.

La vessie n'est fermée que partiellement, et on draine avec les tubes Guyon-Perier, ou avec des drains ordinaires. Les drains sont supprimés du sixième au huitième jour.

Fistules vésico-intestinales. — La *voie transvésicale* offre ici peu de chances de succès, à cause de la complexité des lésions et de la fréquence des trajets ou cavités intermédiaires à la vessie et à l'intestin.

La *voie abdominale* permet seule de se rendre un compte exact des dispositions et de se conduire suivant ce qu'on rencontre.

L'opération ne peut être complètement réglée d'avance, à cause de l'extrême variabilité des lésions ; voici les indications principales données par TUFFIER et DUMONT¹.

La laparotomie médiane doit être basse. La recherche du siège de la fistule est toujours difficile. Pour ne pas s'égarer dans la masse adhérente, le mieux est de se guider sur l'intestin qu'on déroule et suit jusqu'à la fistule, détachant à mesure et prudemment les adhérences qui l'unissent à tous les organes environnants. Arrivé sur le siège de la fistule, on décolle l'intestin de la vessie, en réséquant s'il y a lieu un trajet intermédiaire.

Les deux organes séparés, on avive et suture les orifices vésical et intestinal. La suture vésicale est rendue particulièrement difficile par la situation profonde et la fixité de l'organe, par la friabilité des parois.

Il est indispensable de drainer, en plaçant des mèches de gaze au niveau de l'orifice vésical suturé, et un drain contre la mèche.

¹ TUFFIER et DUMONT. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juin 1898, n° 3.

Fistules vésico-cutanées. Fistules ombilicales. — Ces fistules sont dues à la persistance de l'ouraque perméable. Le traitement consiste dans la résection du canal anormal.

Avant de traiter la fistule on soigne la cystite s'il y en a, et on supprime tout obstacle au cours normal de l'urine.

La résection peut être faite en ouvrant le péritoine (CH. MONOD¹, H. DELAGENIÈRE²), ou sans ouverture péritonéale (PAUCHET³).

On circonscrit la cicatrice ombilicale et la fistule, et on prolonge l'incision vers le pubis. On isole l'ombilic, puis l'ouraque, s'efforçant de disséquer sans ouvrir la séreuse.

On lie l'ouraque au ras du sommet vésical, et on le coupe, puis on invagine le moignon dans la vessie par quelques points de suture.

On refait avec soin la paroi abdominale.

Fistules sus-pubiennes. — On dissèque le trajet fistuleux, comme pour l'ouraque, jusqu'à la vessie et on le résèque. On régularise l'orifice vésical et le suture suivant les règles habituelles.

Plaçant une sonde à demeure, on ferme complètement la vessie, laissant ou non un drain prévésical.

Exstrophie de la vessie. — Les méthodes opératoires employées pour remédier à l'exstrophie vésicale sont au nombre de deux, comportant des procédés nombreux que nous ne pouvons donner tous ici.

La méthode de la *reconstitution de la vessie* comprend trois groupes de procédés.

Le premier, refoulement de la vessie, est exceptionnellement applicable⁴, il exigerait le plus souvent la disjonction des

¹ CH. MONOD. In Thèse de Jean Monod, Paris, 1899. *Fistules urinaires abdominales*, etc.

² H. DELAGENIÈRE. *Archiv. prov. de Chirurgie*, 1892, p. 222.

³ V. PAUCHET (d'Amiens). *Bulletin de la Soc. de Chir.*, juillet 1902, p. 785.

⁴ VOY. RICARD et LAUNAY. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1903, p. 670.

symphyse sacro-iliaques pour rapprocher les pubis (DUBOIS, DUPUYTREN, TRENDELENBURG, PASSAVANT), ce qui rend l'intervention très grave tout en laissant persister l'incontinence. Il est infiniment rare que le refoulement puisse être obtenu sans disjonction des articulations sacro-iliaques, nous indiquerons le procédé qu'employa DELAGENIÈRE.

Le second groupe de procédés comprend les autoplasties à lambeaux cutanés, nous indiquerons le procédé de WOOD-LE-FORT.

Le troisième groupe est représenté par l'autoplastie muqueuse, le procédé de SEGOND.

La seconde méthode est la suppression de la vessie avec transplantation des uretères. L'abouchement des uretères dans la gouttière urétrale de l'épispadias (SONNENBURG) laisse persister l'incontinence. L'abouchement de chaque uretère, isolé de la vessie, dans l'intestin, soit directement (SIMON), soit après un trajet intra-pariétal (KRYNSKI), ou au-dessous d'une valvule artificielle de la muqueuse intestinale (FOWLER), expose aux dangers de l'infection ascendante des voies urinaires et de la sténose cicatricielle du nouvel abouchement. L'implantation dans le gros intestin du trigone vésical, conservé en entier avec ses orifices urétéraux intacts (MAYDL), n'expose pas à ces dangers ; c'est le procédé que nous décrivons.

A. Reconstitution de la vessie. — 1°. Refoulement et fermeture de la vessie. — Procédé de H. Delagenière¹.

« Le gland est attiré en bas au moyen d'une pince de Kocher destinée à tendre la gouttière dorsale et à la rendre facilement accessible pour la dissection, d'autre part, avec un petit tampon monté on enfonce la tumeur sus-pubienne de façon à transformer la lésion en une vaste gouttière.

« Au-dessus de l'orifice constitué par la vessie réduite, je pratique une petite incision médiane de 15 millimètres environ destinée à me conduire jusqu'aux plans aponévrotiques sous-

¹ DELAGENIÈRE (du Mans). Congrès international de Paris, 1900. Section de Chirurgie générale, p. 419.

jacents. J'arrive ainsi sur les faisceaux fibreux arciformes qui se portent de chaque côté vers les pubis écartés de 3 centimètres. Je sépare alors avec soin la muqueuse vésicale, puis la muqueuse urétrale des plans sous-jacents. Entre les pubis, l'urètre forme une large gouttière qui se continue sans ligne de démarcation jusqu'à la vessie. Pour constituer un futur sphincter, je poursuis en cet endroit la dissection de la muqueuse en laissant adhérents à la surface profonde le plus possible de tissus sous-jacents. C'est dans ces tissus que j'espère trouver plus tard les éléments d'un sphincter.

« Pour atteindre ce but, je suis le rebord fibreux arciforme en disséquant complètement les fibres aponévrotiques de la face profonde, en prenant bien soin de laisser adhérents à la muqueuse libérée tous les tissus détachés. A la face postérieure des pubis qui sont représentés surtout par des tissus fibro-cartilagineux, je redouble de précautions pour faire cette dissection. Je ne m'arrête que lorsque, dans toute l'étendue de la gouttière, je peux, sans effort, affronter non seulement les bords de la gouttière, mais aussi, après avoir invaginé ces bords, encore adosser par suture les surfaces cruentées, mon futur sphincter.

« Jusqu'à présent, aucune tentative n'a été faite sur le squelette pour rapprocher les pubis. Le bassin est rigide, mais en faisant exercer des pressions énergiques sur les deux grands trochanters et sur les crêtes iliaques, on peut réduire l'écartement à un centimètre seulement. Je me propose donc de me contenter de ce rapprochement pendant lequel le nouvel urètre et la nouvelle vessie semblent s'enfouir profondément.

« Je place un premier rang de sutures muqueuses à soie fine. Avant de fermer les fils, j'installe dans la vessie et l'urètre une sonde de caoutchouc rouge n° 12 sur laquelle je me propose de calibrer l'urètre. La première rangée de sutures fermée j'en applique une deuxième, de points séparés et destinés à invaginer la première rangée de sutures et à adosser bien exactement par-dessus les tissus cruentés. L'application de ces fils est minutieuse au niveau du col de la vessie où je cherche à obtenir un calibre exact et régulier répondant à celui de la sonde.

Plus haut j'adosse carrément dans une bonne épaisseur les parois disséquées de la vessie.

« Je passe alors à travers les pubis deux très gros fils d'argent, que je serre avec force pour les rapprocher l'un de l'autre; ce rapprochement s'effectue assez bien. En même temps que les pubis se sont rapprochés, les fibres arciformes de la ligne blanche qui formaient les bords de l'orifice triangulaire se sont rapprochés également, de sorte que leur suture l'un à l'autre peut être effectuée par-dessus la vessie. J'emploie pour cette suture des fils d'aluminium bronzé. Cette suture terminée, il persiste seulement une petite dépression triangulaire au-dessus des pubis qui sont encore écartés l'un de l'autre de un centimètre.

« L'opération est terminée en suturant la peau de la paroi abdominale, puis celle de la verge par-dessus la sonde. Le gland est avivé de chaque côté et réuni au-dessus de la sonde de façon à constituer un méat. »

Après cette première opération, une désunion partielle rouvrit l'épispadias et une fistule vésicale inférieure se forma. Sept opérations complémentaires et successives, furent nécessaires (avivements et sutures) pour obtenir la fermeture complète définitive de la vessie et de l'urètre pénien.

2° Autoplastie à lambeaux cutanés. — Procédé de Wood-Le-Fort. — On limite par des incisions trois lambeaux comprenant la peau et la graisse, jusqu'aux aponévroses abdominales exclusivement, disposés comme sur la figure 784.

Le lambeau médian et supérieur (A) est destiné à être rabattu, après dissection complète, autour de sa base comme charnière, face cutanée en dedans formant la muqueuse antérieure de la vessie, face cruentée en dehors.

Avant de disséquer et de mobiliser les deux lambeaux latéraux (B, B'), on ramène au-dessus de la verge le prépuce dédoublé. Le prépuce (C) n'existe ici qu'à la partie inférieure du gland, et il est large et étalé. On incise la lame cutanée antérieure au niveau de l'insertion du gland, et on dédouble le prépuce, séparant complètement ses deux lames cutanées. On étale le lambeau au

devant du gland, et on le perfore juste assez pour laisser passer le gland au travers sans l'étrangler (fig. 785).

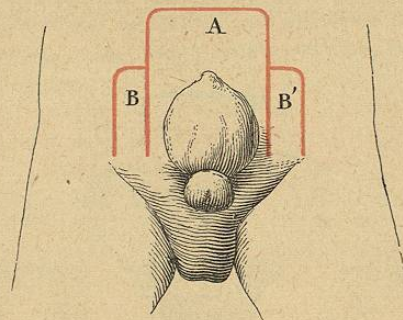


Fig. 784.

Exstrophie vésicale. Procédé de Wood-Le-Fort. Tracé des lambeaux.

On dissèque alors les deux lambeaux latéraux qui doivent

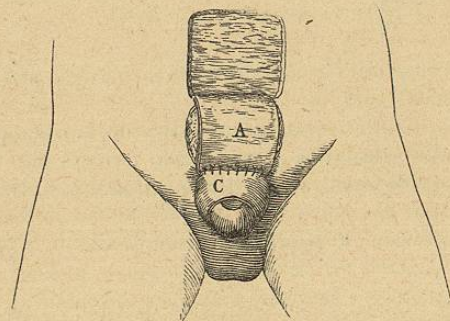


Fig. 785.

Exstrophie vésicale. Procédé de Wood-Le-Fort.

A, lambeau médian renversé. — C, prépuce relevé par-dessus la verge épispade.

conserver leur pédicule sur leur bord inférieur (fig. 784). Ces deux lambeaux sont destinés à recouvrir le lambeau médi

devenu vessie. On les incline sur leur pédicule, face cutanée en dehors, de façon à les unir l'un à l'autre par leurs bords supérieurs sur la ligne médiane (fig. 786, B, B'). Leurs bords internes devenus ainsi inférieurs sont suturés au lambeau préputial.

On diminue par des sutures, autant qu'on le peut, l'étendue

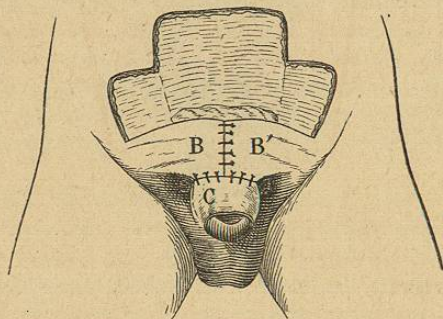


Fig. 786.

Exstrophie vésicale. Procédé de Wood-Le-Fort.

B, B', lambeaux latéraux inclinés.

des plaies d'emprunt qui achèveront de se cicatriser par bourgeonnement.

Il reste après cette opération, au-dessous des lambeaux latéraux, deux surfaces angulaires de vessie non fermées (fig. 786), qu'il faudra plus tard oblitérer par des opérations complémentaires.

3. Autoplastie à lambeaux muqueux. — Procédé de Segond. — Le but est de refermer l'urètre épispade en rabattant sur sa gouttière la vessie disséquée et mobilisée, et recouvrant le tout à l'aide du large prépuce dédoublé.

Après avoir reconnu et cathétérisé les uretères qu'il faut avoir soin de ne pas blesser, on incise le pourtour de la paroi vésicale visible, et on la dissèque lentement et prudemment, en la séparant du péritoine qu'on s'efforce de ne pas ouvrir. Pousson¹

¹ Pousson. *Annales des maladies des org. génit. urin.*, 1896.

conseille au contraire de comprendre le péritoine dans le lambeau vésical mince, afin d'en augmenter l'épaisseur et la vitalité. On referme l'abdomen ensuite comme après une laparotomie.

On veille aux uretères, en arrivant en bas du lambeau vésical,

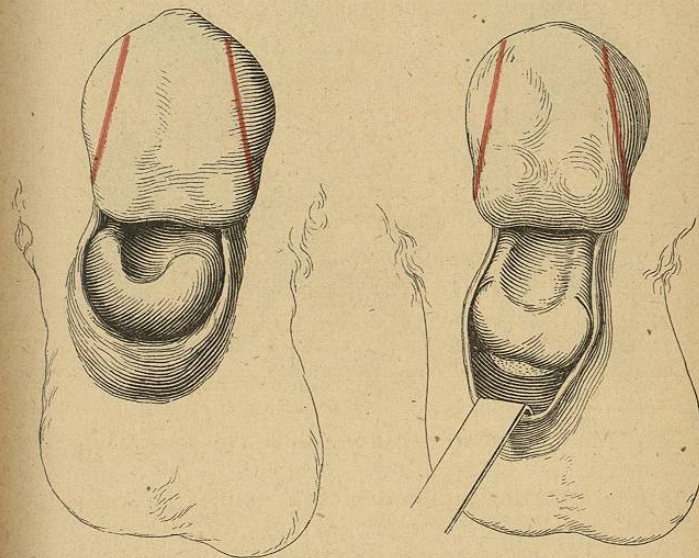


Fig. 787.

Exstrophie de la vessie. Procédé de P. Segond (d'après FARABEUF). Incisions limitant le lambeau à rabattre.

Fig. 788.

Exstrophie de la vessie. Procédé de Segond (d'après FARABEUF). Incision et développement du prépuce.

et on dissèque jusqu'à leur niveau. Avant de rabattre la vessie sur l'urètre, on la rétrécit en excisant ses bords suivant les lignes de la figure (787).

On avive ensuite les bords de la gouttière pénienne et de la peau voisine (fig. 788). On rabat sur cette gouttière le lambeau vésical mobilisé, et on l'y suture (fig. 789).

Le prépuce est maintenant incisé, au niveau de son insertion au gland, d'abord, sur sa lame antérieure, puis, après un dédoublement incomplet, sur sa lame postérieure (fig. 788). La boutonnière postérieure doit être faite assez large pour laisser passer le gland.

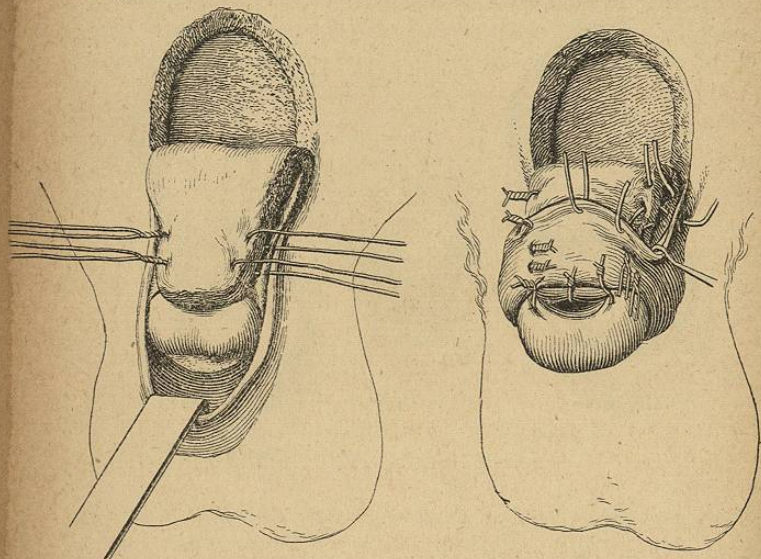


Fig. 789.

Procédé de Segond (d'après FARABEUF). Lambeau vésical réduit, rabattu et suturé.

Fig. 790.

Procédé de Segond (d'après FARABEUF). Suture du prépuce relevé par-dessus le lambeau vésical rabattu.

Tout le prépuce est ainsi passé au-dessus du gland, et étalé, par la face cruentée des deux lames dédoublées, sur la face cruentée du lambeau vésical rabattu (fig. 790). On suture ensemble dans toute leur étendue, le lambeau vésical et préputial et la gouttière pénienne (fig. 790).

Pour combler la plaie abdominale, on se comporte suivant les circonstances, rapprochant et suturant les plaies des tissus

souples, disséquant et mobilisant des lambeaux voisins, ou abandonnant à la cicatrisation spontanée.

Suppression de la vessie. Transplantation des uretères. — Procédé de Maydl. — On commence par placer une sonde urétérale dans chaque uretère.

Une petite incision médiane, immédiatement au-dessus de la vessie extrophiée, ouvre la cavité péritonéale (fig. 791). Par cette

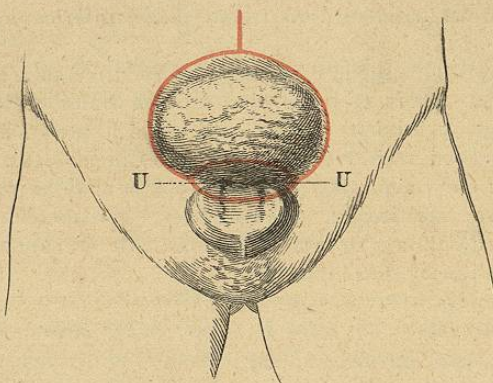


Fig. 791.

Exstrophie vésicale. Procédé de Maydl. Lambeau vésical à conserver comprenant les uretères U, U.

ouverture on explore avec un doigt la face péritonéale de la vessie.

A l'aide du doigt péritonéal qui guide, on excise complètement toute la portion de vessie située au-dessus des uretères (fig. 791). On recouvre la plaie de compresses.

On découpe alors un lambeau vésical elliptique comprenant les deux orifices urétéraux laissés intacts et unis par la paroi vésicale (fig. 791, U, U). Ce lambeau est détaché sur tout son pourtour, et libéré dans la profondeur avec précaution, pour ne blesser ni les uretères, ni les vaisseaux qui se rendent au bas-

fond vésical. Le lambeau vésical, isolé et enveloppé, est rejeté vers la partie supérieure de la plaie.

MAYDL cherche à ce moment le côlon pelvien à sa partie supérieure, pour y implanter le trigone. ESTOR¹ prolonge jusqu'aux pubis l'incision médiane abdominale pour chercher, plus bas, la partie supérieure du rectum.

MAYDL fait, sur le côlon attiré au dehors, une incision parallèle à l'axe intestinal, sur le bord non mésentérique, et y place le lambeau vésical de façon que l'uretère gauche occupe l'angle supérieur, et l'uretère droit l'angle inférieur de la plaie intestinale.

ESTOR pratique sur la partie supérieure du rectum, également attirée au dehors et isolée, une incision transversale longue d'environ 1 centimètre et demi, et y place le moignon vésical.

Le lambeau vésical est suturé à l'intestin par deux plans de sutures : un profond unissant toute l'épaisseur de la vessie à la muqueuse intestinale ; un superficiel, séro-musculo-séreux, unissant les lèvres de l'incision intestinale et enfouissant le moignon vésical dans l'intestin.

Les sondes urétérales ont été enlevées avant la suture si l'abouchement se fait dans le côlon ; on les enlève par l'anus après les avoir introduites dans le rectum, si l'abouchement est rectal.

La suture de la paroi abdominale est faite, plus ou moins facilement, par simple rapprochement ou à l'aide de lambeaux autoplastiques, selon l'étendue de la brèche et l'état de souplesse des tissus.

Il est bon de drainer par la partie inférieure de l'incision.

B) URETÈRE (PARTIE PELVIENNE)

Uretérotomie pelvienne. — *Chez l'homme*, quatre voies ont été expérimentées pour aborder l'uretère : les voies rectale, périnéale, sacrée, iliaque. La voie rectale est contre-indi-

¹ ESTOR (de Montpellier) *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 179.

quée à cause de la fistulisation et de l'infection consécutive, la voie périnéale et la voie sacrée sont inutilement compliquées. Nous ne décrivons que la *voie iliaque*.

Chez la femme, les rapports complexes de l'uretère dans le bassin rendent moins favorable la voie iliaque, mais une autre voie s'offre plus facile, la *voie vaginale*.

Voie iliaque. — Deux ordres d'incision sont employés : l'*incision iliaque* (ISRAEL) courbe, commençant au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, à un travers de doigt en dedans, et se dirigeant vers le milieu de l'arcade crurale, pour se prolonger jusqu'au bord externe du muscle droit (fig. 792) ; l'*incision inguinale*, rectiligne, orientée à peu près comme l'incision de la ligature de l'iliaque externe (TWYNAM, REYNIER) (fig. 792).

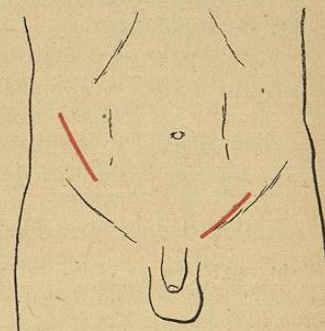


Fig. 792.

Uretérectomie pelvienne. — Voie iliaque. A droite, incision iliaque, à gauche, incision inguinale.

Les plans cutané et musculaire incisés suivant une de ces deux incisions, on prend bien soin, en arrivant aux plans profonds, de reconnaître le péritoine pour ne pas l'inciser. Il peut être nécessaire de lier et de couper les vaisseaux épigastriques. On décolle la séreuse le long de la lèvre inférieure de l'incision, puis le long de la fosse iliaque interne, plaçant à mesure sous la séreuse un large écarteur.

Pour reconnaître l'uretère à ce niveau, les points de repère utiles sont le canal déférent ou l'artère iliaque primitive.

Par l'incision inguinale, le canal déférent est facilement trouvé dans le canal et suivi sous le péritoine. Il suffit ensuite de le suivre fidèlement jusqu'à sa terminaison pour arriver