

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).

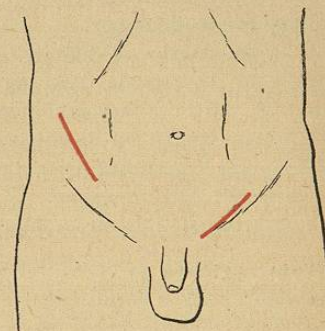


Fig. 792.

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

jusqu'à son croisement avec l'uretère. Le décollement péritonéal peut être ici assez difficile.

Par l'incision iliaque, c'est à la recherche de l'artère iliaque primitive que l'on va pour trouver l'uretère à ce niveau. Décollant le péritoine de la fosse iliaque, ce qui est rendu facile par l'abondance de la graisse, on relève en même temps les vaisseaux spermatiques qu'on laisse accolés à la face profonde du péritoine. On fait de même pour le cæcum ou le colon iliaque. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à l'artère iliaque externe que l'on sent battre. On remonte jusqu'à l'origine de cette artère, et là on trouve l'uretère, plus ou moins facilement selon son volume et son épaisseur.

Si la découverte est difficile, on va sentir le promontoire, et c'est à un travers de doigt environ en dehors qu'on trouve l'uretère, contre la face profonde du péritoine.

L'uretère trouvé, on le suit jusqu'à son embouchure vésicale, en décollant le péritoine de très près pour éviter de faire saigner les vaisseaux péri-urétéraux.

L'ouverture de l'uretère a déjà été décrite¹.

Voie vaginale. — Les uretères sont découverts seulement dans leur portion terminale, au niveau du bas-fond vésical; à travers une incision du cul-de-sac vaginal antérieur.

L'opération ressemble au premier temps de l'hystérectomie vaginale. Le col utérin pincé et attiré en arrière pendant qu'une valve étroite relève la paroi antérieure du vagin, on incise la muqueuse vaginale transversalement sur la face antérieure du col. On décolle ensuite, avec le doigt ou un instrument mousse, la vessie de l'utérus, jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal antérieur que l'on n'ouvre pas. Là, si l'uretère est gros ou contient un calcul, on le découvre; sinon, on se guide sur une sonde que l'on a d'abord placée à l'aide de la cystoscopie. Du reste on n'opère par cette voie que lorsque le toucher vaginal a fait sentir un calcul.

Uretérectomie. — (Extirpation de l'uretère pelvien). — L'ex-

¹ Voy. p. 237, t. II.

tirpation de l'uretère est totale, et se fait par une longue incision résultant de la fusion des incisions lombaire¹ et iliaque; ou bien elle porte sur la portion pelvienne seule, la portion lombaire ayant déjà été extirpée avec le rein. L'extirpation est sous-péritonéale.

L'incision pariétale sera, chez l'homme, unique, et représentée par l'incision iliaque d'Israël² ou l'incision inguinale³, prolongeant ou non une incision lombaire.

Chez la femme, les rapports de l'uretère avec le ligament large rendent très complexe l'extirpation du bout terminal par l'incision iliaque. Elle est cependant praticable (PONCET)⁴; mais il sera en tous cas possible, si les difficultés sont grandes, de terminer l'extirpation par voie vaginale, à condition d'avoir placé une sonde auparavant dans le bout terminal.

L'uretère, par l'incision iliaque, est recherché et reconnu comme pour l'uretérotomie⁵. Il faut l'isoler des organes voisins, et notamment du péritoine auquel la péri-uretérite peut l'avoir rendu adhérent. On dénude en restant contre les parois de l'uretère, souvent distendu et sinueux, jusqu'à ce qu'on arrive à l'embouchure vésicale. Les difficultés peuvent être grandes, à cause des adhérences nombreuses et à cause de la friabilité des parois du canal. Chez la femme, il peut être nécessaire de couper entre deux ligatures l'artère utérine, lorsqu'on la rencontre.

Près de la vessie, l'uretère est coupé entre deux pinces, après isolement par des compresses; puis on lie solidement le bout vésical.

Il est toujours nécessaire, l'uretère enlevé étant septique, de pratiquer un large drainage.

Uretéro-cystostomie. — L'anastomose d'un uretère sectionné avec un point quelconque de la vessie peut se faire par

¹ Voy. p. 218, t. II.

² Voy. p. 349.

³ Voy. p. 349.

⁴ Thèse de LIAUDET, Lyon, 1894.

⁵ Voy. p. 350.

voie vaginale et nous l'étudierons avec les fistules urinaires vaginales¹; ou par *voie abdominale* que nous étudierons ici.

Le procédé transvésical, employé par BAZY, est beaucoup plus difficile que le procédé transpéritonéal, et abandonné; sauf après l'extirpation d'une tumeur vésicale² ayant intéressé l'uretère.

Procédé transpéritonéal. — L'anastomose de l'uretère avec la vessie peut être effectuée à l'aide de sutures (NOVARO, BAZY), ou par l'intermédiaire de boutons ou de tubes anastomotiques (BOARI, CHALOT). Un gros inconvénient des boutons et tubes réside dans la nécessité de les enlever par la vessie lorsqu'on pense qu'ils sont devenus libres.

Nous ne donnerons que le procédé des sutures, d'après BAZY.

La malade (c'est le plus souvent une femme) est placée sur le plan incliné; on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Les anses intestinales refoulées, on cherche l'uretère au niveau du détroit supérieur, contre la bifurcation de l'artère iliaque primitive. En opérant sur le cordon une légère traction, on peut le reconnaître dans son trajet pelvien et le chercher au-dessus du point rétréci ou sectionné.

Le péritoine est incisé et l'uretère isolé au point choisi pour l'anastomose, un fil est passé dessous pour le soulever.

On ponctionne, avec une fine aiguille, la partie inférieure du bout supérieur de l'uretère, au-dessus du rétrécissement ou de la fistule, afin d'évacuer son contenu qui peut être septique.

L'uretère est alors sectionné au-dessus d'une ligature placée sur le bout vésical qu'on laisse en place. On libère le bout central assez pour pouvoir l'amener sans traction au contact d'un point de la vessie.

On incise la vessie, au niveau de l'anastomose, sur l'extrémité mousse d'un instrument rigide introduit par l'urètre (trocart de CHASSAIGNAC chez la femme). L'incision vésicale a un centimètre au moins de longueur.

¹ Voy. p. 429, t. II.

² Voy. p. 336, t. II.

On suture avec du catgut les bords de l'incision vésicale au bord de l'extrémité de l'uretère. On commence par les bords profonds; les points ne prennent pas, autant que possible, la muqueuse.

Avant de fermer l'anastomose, on fait passer par l'urètre, par la vessie, par la brèche vésicale une sonde urétérale ou une sonde à bout coupé en caoutchouc rouge du n° 10 au n° 14; puis on la fait pénétrer dans l'uretère, jusqu'à 7 au 8 centimètres de profondeur.

On achève alors l'anastomose, et on suture le péritoine par-dessus la ligne de sutures anastomotiques.

On place un drain au contact de la suture, on ferme la paroi abdominale; on fixe la sonde urétérale près du méat, et on met dans la vessie une sonde à demeure. La sonde urétérale est supprimée au bout de sept ou huit jours, et la sonde vésicale au bout de dix à douze jours.

Uretéro-entérostomie. — Nous avons décrit à propos de l'exstrophie vésicale¹ l'abouchement des deux uretères dans l'intestin (Procédé de MAYDL). L'abouchement d'un seul uretère directement dans l'intestin, sans collerette vésicale conservant le méat urétéral normal, est une mauvaise opération, en raison de l'infection ascendante et du rétrécissement de l'orifice anastomotique. Nous ne croyons donc pas devoir la décrire.

URÈTRE

Méatotomie. — Il est bien inutile de prendre, pour cette petite opération, un instrument spécial nommé méatotome. La section se fait de dedans en dehors, sur la paroi inférieure du canal avec la pointe d'un bistouri, ou une lame étroite, une sonde cannelée protégeant la paroi supérieure.

Urétrotomie interne. — La section de dedans en dehors d'un rétrécissement de l'uretère se fait, d'avant en arrière ou

¹ Voy. p. 347, t. II.