

bien une pince temporaire lorsqu'il s'agit d'ouvrir le parenchyme rénal pour extraire des calculs, ou encore d'explorer le bassinet et le commencement de l'uretère.

*Uretère.* — L'uretère est le conduit qui porte l'urine du rein dans la vessie. L'un des détails les plus importants de son étude, l'ouverture dans la vessie, sera étudié plus tard à propos de ce dernier organe. Plus loin aussi j'indiquerai les rapports de ce conduit avec le col utérin. Je m'occupe donc ici principalement de la portion abdominale de l'uretère.

L'uretère naît au niveau du hile du rein par un renflement qui porte le nom de *bassinets* (B, fig. 246). Il se dirige ensuite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, appliqué durant ce trajet sur la face externe du muscle psoas. Arrivé au niveau du détroit supérieur du bassin, il croise l'iliaque primitive au niveau de sa bifurcation, passe au-devant de l'iliaque interne et plonge dans l'excavation pelvienne, dont il suit à peu près exactement la courbure, pour aboutir au bas-fond de la vessie.

Le bassinet (que j'ai représenté insufflé sur la figure 246) est formé de la réunion des calices qui se sont d'abord réunis en deux ou trois conduits (il en existe deux sur la figure 246). Son volume est très variable suivant les sujets ; sa forme est conique, la base du cône répondant au hile du rein et le sommet à l'origine de l'uretère proprement dit. Il est toujours enveloppé par une couche de graisse molle et lâche. Une partie du bassinet est cachée dans le hile, mais une portion notable le déborde en dedans et est accessible au toucher.

Il importe surtout de remarquer la situation du bassinet par rapport aux vaisseaux qui constituent le pédicule du rein : il est en arrière de ces vaisseaux. Dans certains cas de lithiase rénale, par exemple, le chirurgien a besoin d'explorer le bassinet, de le saisir entre les doigts ; or, cette exploration ne saurait guère être faite d'avant en arrière dans une laparotomie, tandis que la voie lombaire donne directement accès sur cet organe. Je rappelle, toutefois, qu'une branche de l'artère rénale pénètre dans le rein en arrière du bassinet, accompagnée d'une veine.

La longueur de l'uretère est de 25 à 30 centimètres. Les parois en sont minces et aplaties comme celles des veines. Son volume (après insufflation) est à peu près celui d'une petite plume d'oie, mais ce volume est loin d'être uniforme dans tout le parcours de l'uretère ; on constate plusieurs rétrécissements, dont l'un surtout, très prononcé et brusque, à une petite distance du bassinet.

L'uretère n'est pas rectiligne et ne représente pas une corde tendue de son origine à sa terminaison ; il offre, au contraire, sur son trajet, un certain nombre de flexuosités. De plus, cet organe chemine au sein de la couche celluleuse sous-péritonéale, qui est très lâche, et il en résulte pour lui une grande mobilité.

L'uretère est donc un conduit flexible en raison de la minceur de ses parois, flexueux et mobile. Aussi, lorsque le rein descend de sa loge, peut-il en résulter des coudures brusques du conduit qui arrêtent le passage de l'urine et produisent l'hydronéphrose. La coudure disparaissant, l'hydronéphrose disparaît à son tour, mais elle peut se reproduire, et tel est le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente, dont le traitement rationnel est, par conséquent, la néphrorraphie.

La blessure de l'uretère est un accident fort grave, car il en résulte une fistule urinaire dont la cure présente toujours de réelles difficultés. Le chirurgien ne