

ment, et qui nécessite une troisième ligature. L'opérateur réussit alors, en divisant le ligament large à sa base, à libérer l'uretère jusqu'à sa portion intravésicale. Tout effort de traction ne sert alors qu'à démontrer son adhésion intime à la paroi vésicale. Le Dr Russell, assistant, introduit son doigt dans le fond du cul de sac du vagin, tandis que le Dr Kelly, en poussant son doigt à l'extrême limite de la portion dégagée de l'uretère, rencontre la seconde phalange du doigt de son assistant. En d'autres termes, l'opérateur a disséqué l'uretère jusqu'à 5 centimètres (2 pouces) plus bas que la route vaginale.

Durant la dernière partie de l'opération, la patiente repose sur le dos. Une longue incision s'étend depuis le rebord inférieur des côtes, en arrière, jusqu'à la symphise. L'extrémité supérieure est fermée dans sa partie profonde, la partie inférieure est entièrement ouverte, et la peau n'est suturée en aucun point. Le rein et son long uretère repose en travers du ventre, sur le côté droit, l'uretère entrant par l'angle inférieur de la plaie. En pressant alors l'uretère avec ses doigts, l'opérateur fait remonter le liquide qui s'y trouve et pose un clamp sur l'uretère à 2 centimètres ($\frac{3}{4}$ pouce) de la vessie; il l'attache ensuite à mi-chemin entre la vessie et le clamp avec de la soie assez forte; puis, après avoir enveloppé l'extrémité inférieure de gaze pour prévenir toute contamination en cas de pecto de pus, il sectionne l'uretère le long du clamp. Il enlève le rein et l'uretère long de 25 centimètres (9 pouces).

La portion d'uretère laissée au-delà de la ligature est stérilisée avec de l'acide carbolique pur appliqué sur du coton, et on la laisse retomber sur le plancher pelvien, à 5 centimètres (2 pouces) de la surface cutanée.

Pas une ligature n'est appliquée entre les vaisseaux du rein et les vaisseaux utérins durant cette urétérectomie. On sutura les parois abdominales avec du fil d'argent pour les muscles et du catgut pour le tissu adipeux et la peau. On laissa dans l'extrémité inférieure de la plaie un petit drain qui touchait le plancher pelvien. Le poulx durant l'opération se maintint à une moyenne de 136 et la malade eut tout le temps une cyanose assez prononcée. La convalescence se fit régulièrement et sans complication.

Obs. III.—Mme K. W., 30 ans.—Tuberculose rénale.

Dans cette opération, le Dr Kelly fit son incision beaucoup moins longue, 16 centimètres seulement ($6\frac{1}{2}$ pouces) et s'étendant en travers de l'abdomen sur la ligne ombilicale. Comme dans la précédente, il dégagait le rein en arrière du péritoine, l'amena au dehors, le libéra, puis, avec une main introduite dans l'abdomen, en dehors du péritoine toujours, et pendant qu'avec l'autre il tendait l'uretère en tirant sur le rein, il dégagait l'uretère de son tissu environnant jusque dans le petit bassin, à la base du ligament large. L'uretère s'étant brisé, l'opérateur réussit à mettre une ligature sur l'extrémité qui restait et à la sectionner juste derrière le ligament large. Alors, ayant désinfecté le vagin, il glissa l'une de ses mains dans celui-ci et lui fit rejoindre celle qui était dans le petit bassin, jusqu'à ce qu'il n'y eut plus entre l'extrémité de ses doigts que l'épaisseur de la paroi vaginale. Celle-ci fut alors perforée par le vagin, l'ouverture agrandie en avant vers le col de la vessie, ce qui permit d'introduire un forceps, d'aller saisir les fils de la ligature placée sur le bout restant de l'uretère et d'amener celui-ci dans le vagin, où il fut maintenu pendant que l'on suturait la paroi abdominale après avoir placé un drain.

L'état de l'opérée étant satisfaisant, on la plaça dans la position de la lithotomie, on écarta l'incision vaginale avec des rétracteurs, on déplaça le col utérin à gauche avec un ténaculum, et l'opérateur put ainsi, malgré trois ruptures successives de l'uretère, le libérer jusqu'à son insertion vésicale et l'enlever. Il sutura ensuite la paroi vaginale afin d'arrêter le saignement, mais laissa ouvert la perforation première du cul de sac, afin d'établir le drainage par une pièce de gaze iodoformée laissée dans le vagin.

La patiente entre en convalescence sans un symptôme défavorable et retourne bientôt chez elle.