

à 0<sup>m</sup>,012, de manière à constituer à l'extérieur un espace triangulaire circonscrit entre le clitoris *a*, les nymphes et le méat urinaire *d* (fig. 691). Cet espace est le vestibule, qui peut acquérir 0<sup>m</sup>,027 de hauteur par la dépression de l'urèthre, et s'étend en profondeur au milieu d'un tissu cellulaire érectile vers le col de la vessie. Cette dernière, plus élevée au-dessus du pubis que chez l'homme, offre une direction oblique. Le col, dépourvu de prostate, est évasé et situé près de la portion la plus inférieure du corps, qui est adossé

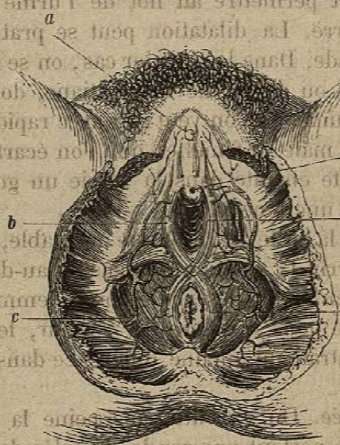


Fig. 691.

à la paroi supérieure du vagin, canal membraneux dont l'orifice externe, ou la vulve *d*, est fermé chez les vierges par la membrane hymen. Le vagin *e* (fig. 691), long de 0<sup>m</sup>,11 à 0<sup>m</sup>,14, monte jusqu'au col de l'utérus, en se dirigeant obliquement de bas en haut et d'avant en arrière; il est très-extensible et d'un diamètre variable: sa face interne est recouverte par une membrane muqueuse, tandis que l'externe est enveloppée d'un tissu cellulaire érectile. Les grandes lèvres, sorte de replis cutanés assez épais, semblent destinées à fermer l'orifice vaginal. On remarque au-dessus d'elles le clitoris *a*, composé d'un corps caverneux, d'un gland et d'un prépuce, d'où partent deux replis muqueux connus sous le nom de *petites lèvres* ou *nymphes*. On rencontre plus profondément l'aponévrose superficielle, le muscle constricteur du vagin *b*, l'aponévrose moyenne, le sphincter de l'anus *f*, et le transverse. L'artère honteuse interne *c*, après s'être dégagée de l'intervalle des ligaments sacro-sciatiques, se dirige d'arrière en avant, et se partage vers le bord postérieur du muscle transverse en deux branches, l'une su-

perficielle et l'autre profonde. L'artère superficielle se perd dans les grandes lèvres et le mont de Vénus; tandis que l'artère profonde, sous le nom d'*artère du clitoris*, remonte sur les côtés de cet organe, et, après avoir fourni l'artère dorsale, se ramifie dans les parties internes et postérieures du corps caverneux.

La grande dilatabilité, la direction presque droite, le peu d'étendue de l'urèthre, la déclivité du col de la vessie et l'absence de prostate facilitent beaucoup chez la femme la sortie spontanée des calculs d'un petit volume, et rendent l'opération de la taille fort rare.

*Dilatation de l'urèthre.* On a tiré partie de ces conditions pour dilater l'urèthre et permettre au flot de l'urine lancé avec force d'entraîner la pierre. La dilatation peut se pratiquer d'une manière lente ou rapide. Dans le premier cas, on se sert de morceaux d'éponge préparée ou de racine de gentiane, dont on augmente chaque jour le volume. Si l'on veut agir avec rapidité, on a recours à des conducteurs mâle et femelle, que l'on écarte après les avoir introduits; on porte ensuite dans la vessie un gorgereet d'un diamètre approprié et une tenette.

Si l'opération de la taille est reconnue inévitable, on peut, comme chez l'homme, ouvrir la vessie au-dessus ou au-dessous du pubis.

*Taille sus-pubienne.* La description précédemment donnée de la taille hypogastrique nous dispense d'y revenir, le sexe sur lequel on la pratique n'entraînant aucune différence dans le manuel opératoire.

*Taille latéralisée.* On exécute sans peine la taille latéralisée chez les femmes en portant une sonde cannelée dans l'urèthre jusque dans la vessie; la cannelure de l'instrument est dirigée en bas, et l'on fait glisser sur elle un bistouri boutonné, ou le lithotome caché de frère Côme. On applique le dos de cet instrument contre la symphyse pubienne, et l'on en dégage le tranchant au n<sup>o</sup> 5, 7 ou 9, selon le volume du calcul, et obliquement en bas et à gauche, en évitant de se trop rapprocher de la branche ascendante du pubis. On porte alors un gorgereet dans la vessie pour conduire les tenettes, et l'on procède à l'extraction du calcul.

*Procédés de Louis et de Fleurant. Taille bilatéralisée.* Louis avait imaginé un instrument composé d'une gaine et d'une lame à double tranchant, avec laquelle il divisait l'urèthre à droite et à gauche. Fleurant, chirurgien de Lyon, en proposa un autre formé de deux lames tranchantes renfermées aussi dans une gaine, dont elles sortaient en appuyant sur une bascule placée dans le manche. Cet instrument offre la plus grande analogie avec nos lithotomes doubles actuels, et il suffit, pour s'en assurer, de jeter les yeux sur la planche gravée dans le mémoire de ce chirurgien.



M. le professeur Rigaud a pratiqué plusieurs fois ce genre de taille avec un succès rapide et complet en se servant du lithotome double de Charrière.

*Procédés de L. Collot et de A. Dubois.* L. Collot et A. Dubois conseillèrent d'inciser l'urèthre directement en haut. Une sonde cannelée étant engagée dans la vessie, on déprime fortement l'urèthre avec la convexité de l'instrument, et sur la cannelure qui regarde en haut on fait glisser un bistouri droit boutonné ou le lithotome caché, avec lequel on divise toute l'étendue de la paroi supérieure du canal, et les parties molles jusqu'au ligament sous-pubien. On peut obtenir ainsi une ouverture de 0<sup>m</sup>,018 à 0<sup>m</sup>,024.

*Taille vestibulaire.* La taille vestibulaire, indiquée par Celse, a été reproduite en 1823 par Lisfranc, qui l'exécutait de la manière suivante :

*Procédé de Lisfranc.* La femme, placée comme dans les autres méthodes de taille sous-pubienne, a les grandes et les petites lèvres écartées; l'opérateur, placé entre les cuisses de la malade, porte dans la vessie un cathéter ordinaire, la convexité dirigée en bas, et le confie à un aide, qui déprime l'urèthre et le vagin par une pression régulière. L'opérateur, tenant de la main droite, et comme une plume à écrire, un bistouri ordinaire, pratique une incision semi-lunaire, à convexité supérieure, depuis la face latérale droite du méat urinaire jusqu'au côté diamétralement opposé, en longeant à 0<sup>m</sup>,002 de distance les branches de la symphyse pubienne. Il coupe alors, couche par couche, en tenant le manche du bistouri moins élevé que la pointe, la muqueuse, le tissu cellulaire et les ligaments de la vessie; arrivé sur la face antérieure de cet organe, il l'incise transversalement après l'avoir ouvert par ponction. Pour rendre l'incision plus sûre, Lisfranc la faisait sur la convexité du cathéter, ou introduisait le ponce et l'indicateur de la main gauche, le premier dans le vagin, le second dans la plaie, pour saisir et exercer de légères tractions sur les tissus placés entre eux, tendre la vessie et la ramener en avant. Dans l'un et l'autre cas, la paroi antérieure de la vessie ayant été ouverte au delà du col, on y enfonce le doigt indicateur, et l'on agrandit ensuite la plaie longitudinalement ou transversalement. Lisfranc préférait l'incision transversale, qui offre, il est vrai, l'inconvénient de couper les fibres de la vessie perpendiculairement, mais qui, par compensation, est située à une beaucoup plus grande distance du péritoine, dont on se rapproche dans l'incision longitudinale.

*Taille vésico-vaginale.* La taille par le vagin, pratiquée pour la première fois par Rousset, puis par Fabrice de Hilden, Méry, Rüysen, Govet etc., a été exécutée dans ces derniers temps par

Clémot (de Rochefort), Flaubert, Rigal et plusieurs autres chirurgiens. Le procédé généralement adopté est le suivant. La femme étant placée comme pour les autres espèces de tailles, on introduit dans la vessie un cathéter dont on relève la plaque vers le pubis, pour déprimer le bas-fond vésical avec la convexité de l'instrument, que l'on confie à un aide. On porte ensuite jusqu'au fond du vagin un gorgéret, dont la gouttière regarde en haut, on le remet entre les mains d'un autre aide chargé d'en abaisser le manche et d'en appuyer l'extrémité contre le cathéter. Le chirurgien dirige son bistouri, tenu de la main droite comme une plume à écrire, dans le vagin, à 0<sup>m</sup>,03 de profondeur, en relève la pointe, la fait pénétrer dans la cannelure du cathéter, et incise sur elle, et sans l'abandonner, d'arrière en avant, tous les tissus situés au devant du point où le cathéter et le gorgéret sont arc-boutés l'un contre l'autre, avec la précaution toutefois de ne pas donner à l'incision plus de 0<sup>m</sup>,025 à 0<sup>m</sup>,027 d'étendue, et de s'arrêter au point d'origine du col vésical. On porte dans la vessie l'indicateur gauche, sur lequel on fait glisser les tenettes, et l'on extrait le calcul.

*Taille vésico-vaginale avec suture.* M. Paget (de Leicester) communiqua en 1859 à l'Association des médecins britanniques un mémoire sur les avantages de la suture. M. Fergusson échoua en 1862, pour n'avoir placé qu'une seule suture. M. Lane, à la même époque, fut plus heureux. L'incision vésico-vaginale fut pratiquée *exactement sur la ligne médiane*, depuis le col de la vessie jusqu'auprès du col utérin. Les sutures métalliques n'eurent pas un succès immédiat complet; mais une opération ultérieure par avivement et suture, suivant le procédé américain, guérit la malade. (*Gaz. méd.*, mars 1864.)

M. Vallet, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, a proposé et exécuté deux fois avec succès une taille vésico-vaginale transversale avec suture immédiate de la plaie. On se sert d'un cathéter dont une portion de 0<sup>m</sup>,04 de longueur, A (fig. 692), joue sur l'autre au moyen d'un pivot, et devient transversale après avoir été introduite dans la vessie. On perce l'épaisseur des parties (cloison vésico-vaginale) avec un bistouri dont la pointe rencontre la can-

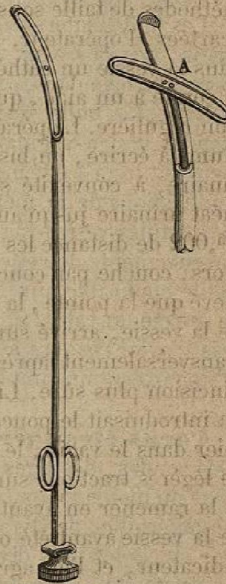


Fig. 692.