

une taille analogue à celle de Foubert, et qu'il faut rejeter pour les mêmes motifs. La taille hypogastrique ne trouverait son application que dans le cas de pierre énorme, et j'ai déjà dit que la taille vestibulaire n'était qu'une vue théorique. Restent donc les voies urétrale et vaginale. La taille urétrale consiste à introduire un lithotome dans l'urètre et à faire une ou deux incisions sur le col, absolument comme on le fait chez l'homme : c'est la taille bilatérale ou latéralisée, moins les incisions extérieures.

Dans la taille vaginale, on pratique sur la cloison une incision longitudinale entre le col de l'utérus et le col de la vessie; on a même fendu quelquefois la paroi inférieure de l'urètre dans le cas de pierre volumineuse, ce qui est une faute : il vaut mieux briser la pierre.

Quelle est la meilleure de ces deux tailles? La taille urétrale est d'une extrême simplicité, elle n'intéresse pas le corps de la vessie, mais elle peut être suivie d'incontinence d'urine; la taille vaginale, un peu plus compliquée, prévient l'incontinence, mais elle nécessite une opération ultérieure pour fermer la fistule vésico-vaginale qui en est la conséquence. Toutes les deux présentent donc des avantages et des inconvénients, ce qui explique la divergence des opinions à ce sujet. Malgaigne, dans sa thèse sur le parallèle des tailles, rejeta absolument les tailles urétrales, mais il faut en appeler de ce jugement trop sévère, surtout depuis que nous fragmentons les pierres volumineuses. D'autre part, Reliquet repoussa complètement la taille vaginale, ce qui n'est pas plus juste. Il est très vraisemblable, d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme diminue beaucoup les chances de l'incontinence d'urine, en permettant au sphincter de se distendre sans se déchirer.

A la suite de la taille vaginale, il faut faire la suture de la plaie immédiatement après l'opération et traiter la femme comme pour une fistule vésico-vaginale.

Le sphincter de la vessie est parfois, ainsi que chez l'homme, atteint de contracture, ce qui provoque des envies incessantes d'uriner et des douleurs très intenses. J'ai vu une femme dont les mictions étaient si répétées qu'elle se tenait nuit et jour sur une chaise percée, en proie à de cruelles douleurs. C'est là une espèce particulière d'incontinence d'urine de cause active. Après avoir épuisé en vain tous les moyens médicaux, j'obtins, non pas la guérison complète, mais une amélioration très notable par la dilatation forcée du col. Si la dilatation échoue, on aura recours, en dernier ressort, à la cystotomie en arrière du col vésical par la voie vaginale. La malade se trouve alors dans les conditions des femmes atteintes de fistule vésico-vaginale après l'accouchement, et l'on fermera plus tard cette fistule, lorsque la cystite paraîtra guérie.

Le sphincter peut, au contraire, être atteint de relâchement, ce qui est, du reste, assez fréquent chez les femmes. Il est un grand nombre d'entre elles qui laissent échapper involontairement quelques gouttes d'urine à la moindre contraction des muscles de la paroi abdominale, dans le rire, dans la toux. Si ce relâchement prenait un caractère pathologique, on le combattrait avantageusement avec une cautérisation du col. On a guéri l'incontinence d'urine par la torsion de l'urètre.