

*Direction.* — La direction du vagin est, comme celle de l'urètre, oblique d'avant en arrière et de bas en haut; elle se rapproche beaucoup de la verticale lorsque la femme est debout; dans cette attitude, l'utérus tend à descendre et le vagin se raccourcit; aussi, lorsque le col est difficile à atteindre, y a-t-il avantage à toucher la malade debout.

Lorsque la femme est couchée, la direction du vagin est à peu près horizontale; mais, si l'on applique des coussins sous les fesses, de manière à relever très fortement le bassin, on parvient à redonner au vagin une direction presque verticale en sens inverse, la vulve en haut et l'utérus en bas, de telle sorte que la paroi antérieure ou vésico-vaginale se présente de face et devient très accessible à l'action chirurgicale. C'est, à mon avis, cette dernière attitude qu'il faut donner aux femmes pour opérer les fistules vésico-vaginales de préférence à l'attitude sur les coudes et les genoux, conseillée par Bozeman, et même à l'attitude sur le côté gauche, préconisée par Sims. La position sur les genoux permet évidemment de très bien voir la fistule et s'oppose au prolapsus de la muqueuse vésicale dans le vagin; mais, lorsque l'opération est longue, la malade éprouve une fatigue extrême et l'emploi du chloroforme est impossible.

Le vagin n'est pas absolument rectiligne: il décrit une légère courbure à concavité antérieure, de telle sorte que sa paroi antérieure est un peu plus courte que la postérieure. Il en résulte que le spéculum ne doit pas être poussé directement d'avant en arrière, si l'on veut ne pas froisser les parois du vagin. Il faut le présenter à la vulve comme si l'on voulait le diriger d'abord vers le coccyx: une fois introduit, on abaissera légèrement le manche de façon à relever l'extrémité, qui se trouve ainsi dirigée vers l'angle sacro-vertébral. La situation de l'orifice vulvaire est d'ailleurs loin d'être la même chez toutes les femmes; tantôt, la vulve rapprochée du pubis est portée très en avant, et il est utile de déprimer la fourchette et le périnée avec le spéculum pour atteindre le col; la courbure du canal utéro-vaginal est alors plus prononcée qu'à l'état normal, et le centre de la vulve ne répond plus, comme d'usage, à l'axe du détroit inférieur du bassin. Les femmes ainsi conformées ont le périnée plus large et sont plus exposées que les autres aux déchirures pendant l'accouchement; c'est chez elles que l'on observe les ruptures centrales. D'autres femmes ont la vulve située très en arrière, de sorte que le vagin est rectiligne et le périnée très court.

*Longueur.* — La longueur du vagin est, en moyenne, de 7 à 8 centimètres. Il peut en atteindre 10 et 11, puisqu'il est des femmes dont on touche difficilement le col avec l'indicateur. La paroi postérieure mesure 1 centimètre environ de plus que l'antérieure.

*Largeur.* — La largeur présente de grandes variétés individuelles, en rapport surtout avec les habitudes et les grossesses antérieures. La partie la plus étroite est l'orifice inférieur dans le point qui correspond au bulbe et au muscle constricteur. Il existe à ce niveau, grâce, sans doute, à la tonicité du muscle, un véritable anneau qui, avec l'hymen, apporte obstacle à l'introduction du pénis; lorsque l'hymen fait défaut ou qu'il est très dépressible, on sent nettement avec le doigt cet anneau, dont l'existence est un signe de virginité.

Le vagin est susceptible d'une grande dilatation, surtout dans l'état puerpéral, et l'on est surpris de tout ce que peut contenir cet organe lorsqu'il est nécessaire de faire le tamponnement, sa distension n'ayant alors d'autres limites que les parois de l'excavation.