

ficulté d'en obtenir la cure *radicale*. De plus, les malades, après avoir subi une ou deux opérations, se déclarent satisfaites et se disent guéries.

A quoi attribuer la difficulté de la guérison ? On ne peut accuser le passage ni des liquides, ni des matières fécales, puisqu'on peut constiper absolument l'opérée pendant le temps nécessaire. Il est probable que la cause en doit être attribuée aux gaz. J'ai fait construire jadis, pour pratiquer cette opération, une pince spéciale analogue à celle que Desmarres imagina pour opérer le chalazion ; la fistule est attirée presque à l'extérieur, il n'y a pas d'écoulement de sang, et la manœuvre est beaucoup plus facile. Il m'a semblé que, pour éviter le contact des gaz avec la suture, on pourrait, après l'opération, comprendre la fistule entre les deux branches d'une pince semblable à la précédente, mais dont les deux branches seraient pleines. J'ai mis une fois ce projet à exécution et n'ai eu qu'à m'en louer. Dans le même but, j'ai songé à entretenir et à maintenir dans le rectum une sonde creuse, pour faciliter l'évacuation des gaz, mais il survient presque toujours du ténésme qui l'oblige à la retirer.

Courty, qui a, dit-il, opéré plusieurs fistules recto-vaginales avec un succès complet, conseille de réunir de droite à gauche, au lieu de réunir d'avant en arrière ; de conserver, s'il est possible, des lambeaux autoplastiques ; de faire une suture profonde à bouton et une suture superficielle avec des fils métalliques.

Les anses de l'intestin grêle occupent ordinairement le cul-de-sac péritonéal ; elles pressent parfois sur la paroi postérieure du vagin, repoussent celle-ci en avant et en bas, et produisent une *entérocele vaginale*. Le rectum peut exercer une pression identique et produire la *rectocèle vaginale*. On réduirait ces tumeurs et on les maintiendrait réduites avec un pessaire. Toutefois, nous pouvons guérir radicalement la rectocèle en retranchant une portion de la muqueuse vaginale (*colporraphie postérieure*), comme pour la cure de la cystocèle.

Le tissu conjonctif qui réunit l'une à l'autre les parois rectale et vaginale est loin d'être aussi serré que celui de la cloison opposée. Il permet des glissements faciles d'une paroi sur l'autre : ainsi, dans la chute de l'utérus, lorsque le vagin est tout entier au dehors, le rectum ne subit-il, en général, que peu ou pas de déplacement ; de même, la chute du rectum n'entraîne pas le prolapsus du vagin.

*Parois latérales.* — Les parois latérales du vagin sont plutôt des bords, puisque le canal est aplati d'avant en arrière. Elles sont en rapport de haut en bas : avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, compris entre les deux feuillets du péritoine qui constituent le ligament large ; avec l'aponévrose périnéale supérieure et avec les muscles releveurs de l'anus qui prennent insertion à leur surface. C'est au niveau des bords que siègent les vaisseaux les plus importants.

*Extrémité inférieure.* — L'extrémité inférieure ou antérieure du vagin succède à la vulve et commence au niveau de l'hymen ou de ses débris, les caroncules myrtiformes. Cette extrémité est remarquable par l'existence d'un organe spongieux, le bulbe, et celle d'un muscle constricteur analogue au bulbo-caverneux, le constricteur du vagin.

Le *bulbe du vagin* représente chez la femme le bulbe de l'urètre de l'homme. Au lieu d'être unique et situé sur la ligne médiane comme chez ce dernier, il est composé de deux renflements siégeant au-dessus des grandes lèvres, immédiatement en dehors des petites lèvres. Chaque renflement est piriforme. Les