

grosses extrémités regardent en arrière et sont écartées l'une de l'autre par toute la largeur de la fourchette. En avant, ils se terminent en pointe, convergent l'un vers l'autre et se réunissent au-dessous du clitoris. Ils forment ainsi un coussinet destiné à enserrer le pénis à l'entrée du vagin. Le bulbe est recouvert à sa face externe par le muscle constricteur.

La structure du bulbe du vagin est la même que celle des corps caverneux et spongieux de l'homme. Les veines bulbaires, très abondantes, communiquent avec celles du clitoris. Quelques-unes se rendent directement au plexus vésical.

Dans les cas de chute de la matrice, l'une des opérations proposées pour y remédier consiste à diminuer la hauteur de la vulve, à refaire une sorte de fosse naviculaire en détachant la muqueuse vulvaire dans la demi-circonférence postérieure de la vulve, et en la relevant comme un tablier. On rapproche ensuite l'une de l'autre les parois avivées, et l'on réunit par des points de suture profonds et superficiels. Je pense, toutefois, qu'il est préférable de retrancher toute la portion de muqueuse relevée, car elle peut se sphacéler et occasionner des hémorragies secondaires. Cette *vulvorrhaphie* partielle me donna autrefois des résultats satisfaisants, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant la thèse inaugurale de M. A. Dard. Elle est très simple; cependant, il faut prendre garde, en disséquant la muqueuse sur les côtés du vagin, d'entamer le bulbe, ce qui peut donner lieu à une hémorragie veineuse abondante et gênante. Si l'on prolonge la dissection de la muqueuse vulvaire à une certaine hauteur sur le vagin, cette opération constitue la colpo-périnéorrhaphie, qui s'applique à la déchirure du périnée et à la rectocèle.

Le *muscle constricteur du vagin* enveloppe le bulbe. Il se continue en arrière avec le sphincter externe de l'anus et s'entre-croise avec lui en formant un 8 de chiffre, de telle sorte que les contractions de ces deux muscles sont solidaires. En avant, ils se réunissent sur la ligne médiane et se fixent à une aponévrose située entre le clitoris et l'urètre.

La contraction de ces muscles s'exerce d'une façon plus ou moins énergique suivant les sujets, et parfois elle est telle que le coït devient douloureux pour l'homme (*penis captivus*): par contre, leur tonicité disparaît souvent à la suite de la distension extrême qu'ils subissent dans l'accouchement, d'où l'aspect béant qu'offre la vulve chez certaines femmes.

Le constricteur du vagin peut, comme celui de l'anus, être atteint de contracture douloureuse, qui coïncide, en général, avec l'hyperesthésie de la vulve dont j'ai parlé précédemment.

L'appareil érectile de la femme est donc en tout semblable à celui de l'homme. Les mêmes muscles sont adjoints à cet appareil, et le mécanisme est identique.

*Extrémité supérieure.* — Le vagin s'attache solidement en haut à tout le pourtour du col de l'utérus, dont une partie fait saillie dans sa cavité. Il en résulte la formation d'une sorte de rigole circulaire très accusée chez les nullipares, et plus ou moins effacée chez les femmes qui ont accouché. L'exploration de cette gouttière ou cul-de-sac présente, en clinique, la plus haute importance. Pour la facilité du langage, on l'a subdivisée en culs-de-sac antérieur, postérieur, latéral droit et latéral gauche. Le cul-de-sac postérieur est plus profond que l'antérieur; il est situé plus haut et plus difficile à atteindre avec le doigt. Pour