

LE POINT G., LE VRAI ET LE FAUX

MH .COLSON

Mots-clefs : Point G., sexualité féminine, prostate féminine, éjaculation féminine, femmes fontaines
key words : G spot, female prostate, female ejaculation

RÉSUMÉ

Le point G. soulève depuis près de trente ans de nombreuses controverses. Il a fait l'objet, depuis les années quatre vingt d'un important phénomène médiatique rendant très difficile une lecture scientifique des faits s'y attachant.

Il apparaît cependant, à la lumière des différentes études les plus sérieuses réalisées depuis trente ans, qu'il existerait bien, non pas un point, mais bien une zone du vagin, à sa face antérieure, située à proximité de l'urètre, et dont la sensibilité bien particulière jouerait un rôle clé de participation à l'orgasme vaginal féminin.

Mais il existe encore bien des incertitudes concernant le point G, sa localisation exacte et sa taille, ou son implication dans l'existence d'une éventuelle prostate féminine à l'origine d'une possible éjaculation chez la femme.

Trente ans après, le débat est toujours ouvert, soulevant toujours autant de controverses, et il est encore très difficile de faire la part des choses entre évidences scientifiques et fausses croyances sur la sexualité féminine.

INTRODUCTION

Le point G. fait partie des grandes controverses qui entretiennent encore aujourd'hui nombre de mythes et d'idées reçues sur la sexualité féminine. L'orgasme au féminin ne semble pas nous avoir encore livré tous ses secrets, et le débat instauré depuis les années quatre vingt autour du point G est l'un de ceux, jamais tranchés, qui en compliquent un peu plus la compréhension. Où en sommes-nous aujourd'hui, du mythe à la réalité, du vrai au faux ?

HISTOIRE DU POINT G. À LA LUMIÈRE DU FÉMINISME EN OCCIDENT

L'histoire du point G. est certainement la seule partie que nous connaissons avec le plus de certitude. Il semble bien qu'il ait déjà été

Correspondance :
Marie Hélène Colson
Institut de Médecine Sexuelle
22 Cours Pierre Puget
F-13006 Marseille
marie.helene@colson.fr
Directeur d'enseignement du DIU de
Sexologie, Faculté de Médecine de Marseille,
France.
marie-helene.colson@univmed.fr

identifié, et utilisé, depuis des temps immémoriaux, car on le retrouve dans les textes tantriques sous le nom de « Kanda », et dans la tradition taoïste où il est connu comme « la perle noire » de l'érotisme.

UN PÈRE, UNE MÈRE ET UN PARRAIN

En occident, sa paternité en est attribuée à un gynécologue berlinois réfugié à New York au moment de la dernière guerre mondiale, Ernst Gräfenberg. Dans un article de 1950 (1), il décrit une zone située à la partie antérieure du vagin, proche de l'urètre, et qui semble être déterminante pour l'aboutissement de l'orgasme féminin lors de la pénétration. Il dit avoir constaté une anorgasmie coïtale secondaire chez de nombreuses femmes ayant subi une hystérectomie associée à un délabrement vaginal portant tout particulièrement sur cette zone, et en déduit qu'elle joue un rôle important dans le déclenchement de l'orgasme vaginal.

Mais le point G. a aussi une mère, et c'est Beverley Whipple, qui, dans les années quatre vingt, sera à l'origine de la diffusion médiatique qu'on lui connaît aujourd'hui. Elle publie en 1982, avec John Perry et Alice Kahn Ladas, un ouvrage grand public, *The G-Spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality* (2), qui donnera le coup d'envoi à un long débat d'idées, toujours vivace de nos jours encore.

Si le point G. a un père et une mère, il a aussi un parrain, et c'est Addiego qui le baptisera ainsi en 1981, en hommage à Grafenberg (3), et peut être aussi à Reinier De Graaf, anatomiste et médecin néerlandais, qui au XVII^e siècle déjà, avait décrit la présence d'un « *tissu glandulaire autour de l'urètre qui libère un liquide glaireux et rend la femme plus désirable par son odeur âcre et salée* » (4).

Le phénomène de mode qui entoure le point G. est très important et s'explique par les différents débats d'idées qui ont bouleversé les représentations de la sexualité féminine, tout au long du XX^e siècle, et qui perdurent aujourd'hui encore, ce qui nous rend très difficile la tâche de faire la part des choses entre croyances populaires et évidences scientifiques.

DU PÉNIS EN RÉDUCTION DE FREUD AU RÈGNE DU CLITORIS DES FÉMINISTES

C'est dans les années cinquante que Grafenbërg met en évidence l'érogénécité du point G. Mais c'est aussi l'époque de la publication des deux

rapports Kinsey, dont celui sur les femmes (5), mettant en lumière le rôle de l'orgasme clitoridien dans le plaisir féminin, et le combat féministe de la deuxième moitié du XX^e siècle passera par la réhabilitation de cet organe dénigré par Freud et les psychanalystes.

Pour les féministes, les femmes ne sont pas des hommes castrés, et le clitoris n'est pas un pénis atrophié ne concernant que la petite fille, mais bien le vivant témoignage de leur sexualité adulte. Les femmes du XX^e siècle veulent en finir avec une sexualité trop soumise au diktat masculin. En porte à faux avec le phallocentrisme de Freud, leur combat pour l'égalité des sexes passera aussi par la reconnaissance d'une jouissance qui leur est propre, celle du clitoris.

Elles refusent le modèle décadent de Marie Bonaparte, Altesse royale, maîtresse d'Aristide Briand, et éminent disciple de Freud avec lequel elle fonde la Société psychanalytique de Paris. Marie Bonaparte subira plusieurs interventions chirurgicales dites de « fixation clitoridienne » (6) afin de tenter de rapprocher son clitoris de son vagin, dans la recherche désespérée d'un orgasme enfin mature, c'est-à-dire vaginal. De nombreuses femmes en feront autant à sa suite, et le Pr Halban, chirurgien viennois et découvreur du fascia du même nom, fût aussi un fervent promoteur et défenseur de ces interventions qui nous semblent aujourd'hui parfaitement barbares.

POINT G., UN FER DE LANCE POUR UNE NOUVELLE SPÉCIFICITÉ FÉMININE ?

Dans les années quatre vingt, le combat féministe a changé de visage. Moins revendicatif, il cherche moins à défendre les droits des femmes qu'à les aider à se définir dans la reconnaissance d'une spécificité féminine qui leur est propre.

C'est dans ce contexte que les sexologues américains redécouvrent le vagin en tant que zone tout autant spécifique du plaisir féminin que le clitoris. Le point de Grafenbërg est lui aussi redécouvert à point pour servir de support à un nouveau féminisme. De nouvelles fausses croyances, s'appuyant sur d'autres représentations, prendront alors naissance autour du point G., nouveau symbole d'une sexualité féminine, bien distincte de celle des hommes, et se dérobant toujours autant à leur connaissance.

À LA RECHERCHE DU POINT G.

C'est probablement l'importance des aspects idéologiques qui s'y attachent qui ont retardé la validation de nos connaissances sur le point G., car si son histoire nous est aujourd'hui familière, sa géographie nous paraît encore assez incertaine, et il est difficile de le localiser avec précision, devant l'extrême divergence des conclusions des études anatomiques dont nous disposons aujourd'hui.

UNE LOCALISATION INCERTAINE

Si toutes ces études s'accordent sur sa proximité avec l'urètre, la localisation du point G. nous échappe encore largement. Petit point, ou large zone pour certains, il serait situé au niveau du sphincter de l'urètre, pour d'autres, au niveau des glandes péri-urétrales, dont les glandes de Skène, plus ou moins nombreuses selon les femmes, et qui pour certains auteurs seraient un équivalent féminin de la prostate. Pour d'autres, le point G correspondrait à la région du fascia sous vésical de Halban, cette lame conjonctivo-vasculaire, située entre le trigone de la vessie et la partie antérieure de la paroi vaginale. Et il est à souligner que l'on décrit une concentration importante de corpuscules de Krause, ces récepteurs sensoriels particulièrement importants dans la sensation de plaisir, au niveau du fascia de Halban, richement vascularisé. Pour Gräfenberg, qui, en réalité, n'a jamais réellement décrit une zone spécifique dans son article de 1950 [1], ce serait tout le trajet urétral qui serait hypersensible à la stimulation du doigt intravaginal ou du pénis. Pour d'autres encore comme Alzate, c'est toute la paroi antérieure du vagin qui est concernée (7).

Les contours du point G. semblent donc bien difficiles à cerner, et leur mystère se perd souvent dans les méandres des fausses croyances et des nouveaux mythes sur la sexualité féminine.

MYTHOLOGIE DU POINT G ET ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES

Une grande partie des difficultés à définir ou à circonscrire le point G. est liée à l'insuffisance scientifique des textes fondateurs qui lui ont donné naissance. La publication princeps de Grafenberg en 1950 n'offre aucune des caractéristiques exigées aujourd'hui par la médecine basée sur les preuves.

Les études suivantes qui ont eu tant de retentissement médiatique, portent sur un nombre modeste de patients, et se basent sur un niveau de preuves notoirement insuffisant. L'étude de 1981 d'Addiego [3], porte sur un seul cas. Le livre de Alice Ladas et Beverley Whipple de 1982 [2], se réfère davantage à des anecdotes qu'à des faits scientifiques. Quant à l'étude de 1983 de Goldberg et al, elle a été effectuée sur 11 cas, sur lesquels on ne retrouve que 4 femmes disant avoir un point G, et sa méthodologie, qui fait état d'un exotique « *palper sexologique bi-manuel* » pour localiser le point G., semble plus que sujette à caution (8). Toutes ces études ont été, de plus, réalisées par la même équipe, et largement remises en cause en 2001 par Hines (9), ou bien encore par Pauls et al. (10), qui, dans leur étude anatomique de 2006 portant sur 110 biopsies, ne retrouvent aucune particularité neurologique spécifique au point G.

Au-delà des débats médiatiques, il semble bien cependant exister une zone du vagin dont la stimulation élective permet de déclencher un orgasme, et des études mieux documentées, étayées par une démarche scientifique véritable, ont aussi cherché à la mettre en évidence. Mais plutôt que d'un point anatomiquement ou histologiquement circonscrit, il semblerait plutôt s'agir d'une véritable entité anatomofonctionnelle.

La face antérieure du vagin toute entière, de par sa proximité avec l'urètre et le clitoris (O'Connell (11)), et le Fascia de Halban (Hoang (12)) richement vascularisé et innervé, apparaît dans des études à meilleurs niveaux de preuves (Ingelman-Sundberg) (13), comme une structure large, jouant le rôle d'un organe actif, servant à la transmission de l'excitation vers le clitoris au moyen de l'étirement des ligaments qui s'y insèrent, pendant les mouvements de va et vient. Ceci semble confirmé par des études plus récentes utilisant l'échographie, qui mettent en évidence que la sensibilité de cette zone spécifique pourrait s'expliquer par le fait que les corps clitoridiens peuvent descendre et venir s'adosser sur la partie basse de la face antérieure du vagin lors d'une contraction réflexe ou volontaire des releveurs de l'anus (Foldes et Buisson) (14). La sensibilité particulière de la zone élargie autour de ce qui est décrit comme le point G., serait donc liée à son ampliation, elle-même provoquée par la protrusion des corps caverneux du clitoris se gonflant, et descendant en venant s'y adosser au cours des mouvements de va et vient.

Pour Hines [11], si le point G existe, il ne peut être réduit simplement au tissu glandulaire (glandes de skène) péri urétral. La sensibilité très

particulière de cette zone peut, de même, difficilement se réduire exclusivement à son ampliation pendant les mouvements de va et vient la faisant ainsi entrer en contact avec les corps caverneux du clitoris. Il doit aussi exister une transmission de type neurologique renforçant l'idée d'unité neurovasculaire intervenant dans l'orgasme vaginal.

Les données, déjà anciennes de Krantz (15), tout autant que celles, plus récentes de Hilliges *et al.* (16), semblent aller dans ce sens en mettant en avant l'importante innervation de la partie antérieure du vagin, bien supérieure à ses autres parties, sans qu'il soit possible pour autant de prouver l'existence d'un point G.

VERS UNE ENTITÉ ANATOMO-FONCTIONNELLE

Ce qui a été appelé « point G. » semble donc bien exister en tant que zone à sensibilité particulière, mais davantage en terme d'entité anatomofonctionnelle au niveau de laquelle s'exercent des phénomènes de pression vasomotrice bien démontrés par Imbimbo *et al.* (17), interagissant avec ceux, neuromusculaires, déjà décrit par Shafik en 2000 (18).

D'autres études très récentes utilisant elles aussi l'échographie semblent avoir pu mettre en évidence des différences anatomiques de la paroi vaginale, qui semblerait moins épaisse chez les femmes ayant du mal à ressentir des orgasmes vaginaux (Gravina) (19), sans pour autant que l'on puisse circonscrire cette zone à un seul point, mais bien plutôt à une large zone de la paroi antérieure du vagin. Dans l'une de leurs nombreuses études utilisant caméra à positrons et résonance magnétique nucléaire, B. Whipple et BR. Komisaruk émettent aussi l'idée que la stimulation de cette zone pourrait augmenter le seuil de perception de la douleur et semblerait jouer un important rôle analgésique, en rapport avec la libération d'endorphines, lors de l'accouchement (20).

Les modèles actuels de conceptualisation de l'orgasme chez la femme semblent donc être en rupture avec la traditionnelle dualité entre orgasme vaginal et clitoridien, et s'orienter vers la notion d'une unité anatomophysiologique unique, constituée du clitoris, solidaire de la paroi antérieure du vagin au moment des mouvements de va et vient qui en permettent l'ampliation, par l'intermédiaire des ligaments qui s'y insèrent [13]. La présence de tissu pseudo-caverneux érectile à l'intérieur de la muqueuse de la paroi antérieure

du vagin a pu être mise en évidence en 2002 chez 89% des femmes d'une série de 14 autopsies (D'Amati) (21), et semble confirmer cette hypothèse. L'orgasme, quel qu'en soit son point de déclenchement s'exprimerait donc par la participation simultanée de toutes ces structures.

LE DEUXIEME MYSTÈRE DU POINT G . ET L'ÉJACULATION FÉMININE

Le point G. est indissolublement lié à un autre phénomène mystérieux, celui de l'éjaculation féminine, déjà soulevé par Grafenbërg en 1950.

L'ÉJACULATION FÉMININE EXISTE-T-ELLE ?

En 1966, Masters et Johnson, forts de 10.000 orgasmes qu'ils ont observés chez 694 sujets de l'adolescence à 70 ans chez la femme, et à 80 ans chez l'homme, ne retrouvent pas d'éjaculation féminine (22). Par la suite, à partir du millier de femmes qu'ils incluront ultérieurement dans leurs programmes thérapeutiques, ils diront, en 1988 (23), puis en 1992 (24), que ce phénomène peut exister, mais ne semble concerner qu'une poignée de femmes.

Mais tout le monde ne partage pas cet avis, et Sevely et Bennett sont les premiers à évoquer la possibilité de l'existence d'une éjaculation féminine en 1978 (25), ainsi qu'elle avait été suggérée par Grafenbërg dans son article de 1950. Ladas, Whipple et Perry y consacrent tout un chapitre de leur livre de 1982. De nombreux autres livres ou articles destinés à un large public ont été publiés depuis, comme celui de Deborah Sundhahl, qui n'est ni médecin, ni sexologue, mais militante lesbienne, et qui publiera en 2003 un best seller centré sur sa propre expérience, et destiné à enseigner à chaque femme comment stimuler soi-même son point G pour obtenir une éjaculation (26).

Au-delà des dérives médiatiques, l'émission de liquide lors de l'orgasme féminin est possible, comme le met bien évidence Belzer dans sa revue de littérature de 1981 (27). En revanche la fréquence de ce phénomène donne là encore lieu à de nombreuses propositions contradictoires. La plus large enquête à ce sujet semble bien être celle de Darling *et al.*, portant sur 2350 nord-américaines professionnelles de santé. Sur les 1289 réponses exploitables, elle donne 66% de femmes disant pouvoir repérer une zone de sensibilité élective au niveau de leur vagin, dont 40% disent avoir une expérience d'éjaculation coïtale (28).

ÉJACULAT OU URINE ?

Si l'émission de liquide pendant l'orgasme semble bien correspondre à une réalité, quoique peu fréquente, la nature de ce liquide donne lieu là encore à une controverse très médiatisée.

Pour Bohlen en 1982 (29), pour Hélène Kaplan en 1983 (30), pour Masters & Johnson en 1988 [23], ou encore Alzate en 1985 [7], ce liquide résulterait d'un certain degré de dysfonctionnement urinaire lors des contractions provoquées par l'orgasme.

Mais pour d'autres, comme l'avait déjà suggéré Grafenberg en 1950; Sevely & Bennet, en 1978 [25], ou Perry & Wipple, en 1981 [2], il s'agirait bel et bien d'un liquide spécifique, différent à la fois de l'urine et du lubrifiant vaginal. B. Whipple, dans sa publication de 1983 avec D. Goldberg [8], reviendra, cependant sur ses premières publications pour mettre en avant l'insuffisance de niveau de preuves allant en ce sens.

En revanche, Addiego *et al.*, qui procéderont en 1981 à une analyse de fluide éjaculatoire et d'urine de la même femme [3], mais sur un seul cas seulement, concluront à des données différentes. Pour eux, le liquide éjaculatoire féminin comporte un taux élevé de phosphatases acides, tout comme l'éjaculat masculin. Même si par la suite, le test utilisé est remis en cause par Belzer en 1984 (31), un autre mythe vient ainsi de naître, celui de la prostate féminine, et la stimulation du point G. permettrait à la femme d'émettre un fluide qui ne serait rien de moins qu'un équivalent de l'éjaculat masculin.

En 1997, lors d'une communication au XIII^e congrès mondial de Sexologie, Francisco Cabello Santa maria donne dans 75% des cas de sa série de 220 patientes, une élévation nette des PSA dans l'urine émise après l'orgasme féminin de son échantillon, ainsi que la présence de PSA dans 100% des échantillons de fluide émis spécifiquement lors de l'orgasme, et distinct de l'urine (32). C'est aussi l'avis d'un gynécologue tchèque, Zaviacic, qui s'appuie sur cette composition différente du fluide émis lors de l'orgasme féminin (33), phosphatases acides et fructose, pour établir toute une théorie sur l'existence d'une prostate féminine (34).

LA PROSTATE FÉMININE EXISTE-T-ELLE ?

Si le liquide émis au moment de l'orgasme n'est pas de l'urine, il doit bien exister une structure, distincte de la vessie, à l'origine de cette émission. C'est l'hypothèse développée par Severly et

Bennett dès 1978 [25], bientôt suivis par Tepper *et al.* en 1984 (35). Les uns et les autres s'appuient sur l'hypothèse déjà défendue par Huffman en 1948 de l'analogie des sécrétions des glandes de skène avec celle de la prostate masculine (36). Malheureusement, si Tepper et al démontrent dans 83% de leur série d'autopsies la présence de phosphatases acides dans les glandes de skène, il ne s'agit guère que de 15 cas sur 18 au total, et cela semble insuffisant pour confirmer l'hypothèse. Mais l'engouement médiatique pour la prostate féminine est très important dans les années quatre vingt, et comme souvent, semble bien devancer la validation scientifique des données, et certains, comme Heath en 1984, n'hésiteront pas à déclarer, que « *l'analogie entre prostate féminine et masculine est démontrée* » (37).

Mais le plus ardent défenseur de la prostate féminine, et certainement le plus crédible, est Milan Zaviacic, qui appuie sa thèse sur 200 autopsies, démontrant pour lui qu'il existe bien un tissu glandulaire péri-urétral chez 80 % des femmes, et dont le marqueur est bien le PSA [34]. Il propose même d'abandonner le terme de glande de Skène pour le remplacer par celui de « prostate féminine » (38).

LE DÉBAT SUR LES FEMMES FONTAINES

Si l'idée de l'émission d'un fluide féminin pendant le coït est ancienne, elle est rapportée dans les textes tantriques et citée par Hippocrate, certaines femmes rapportent une émission particulièrement abondante de liquide, jaillissant en jet, lors de leur orgasme. La psychanalyste Frédérique Gruyer est la première à utiliser le terme de « femme fontaine » pour les désigner, en 1983 (39). Les sécrétions émises par les glandes de Skène semblent cependant insuffisantes pour expliquer le phénomène. Si les glandes de skène constituent bien une prostate féminine, leur poids étant inférieur à 5g, contre 15 à 20g chez l'homme, il leur est bien difficile d'être à l'origine d'une quantité de liquide citée comme bien supérieure à celle de l'éjaculat masculin et pouvant aller jusqu'à 50 ml dans certaines descriptions. Le liquide semble bien émis par l'urètre et serait de consistance glairo-séreux, d'odeur forte, acre et de goût salé.

Pour certains auteurs, il s'agirait tout bonnement d'urine, mais le mystère reste entier car la composition de ce liquide semble différer légèrement de l'urine, ce que certains expliquent par l'idée d'un transsudat vaginal qui viendrait se mélanger à l'urine. Aucune étude scientifique

véritable, n'est venue identifier clairement ce phénomène des femmes fontaines, qui est encore à élucider, et qui semble cependant concerner un nombre relativement important de femmes, bien que n'ayant jamais fait l'objet d'aucune étude épidémiologique véritable.

LES DÉRIVES DU POINT G. ET DE LA PROSTATE FÉMININE

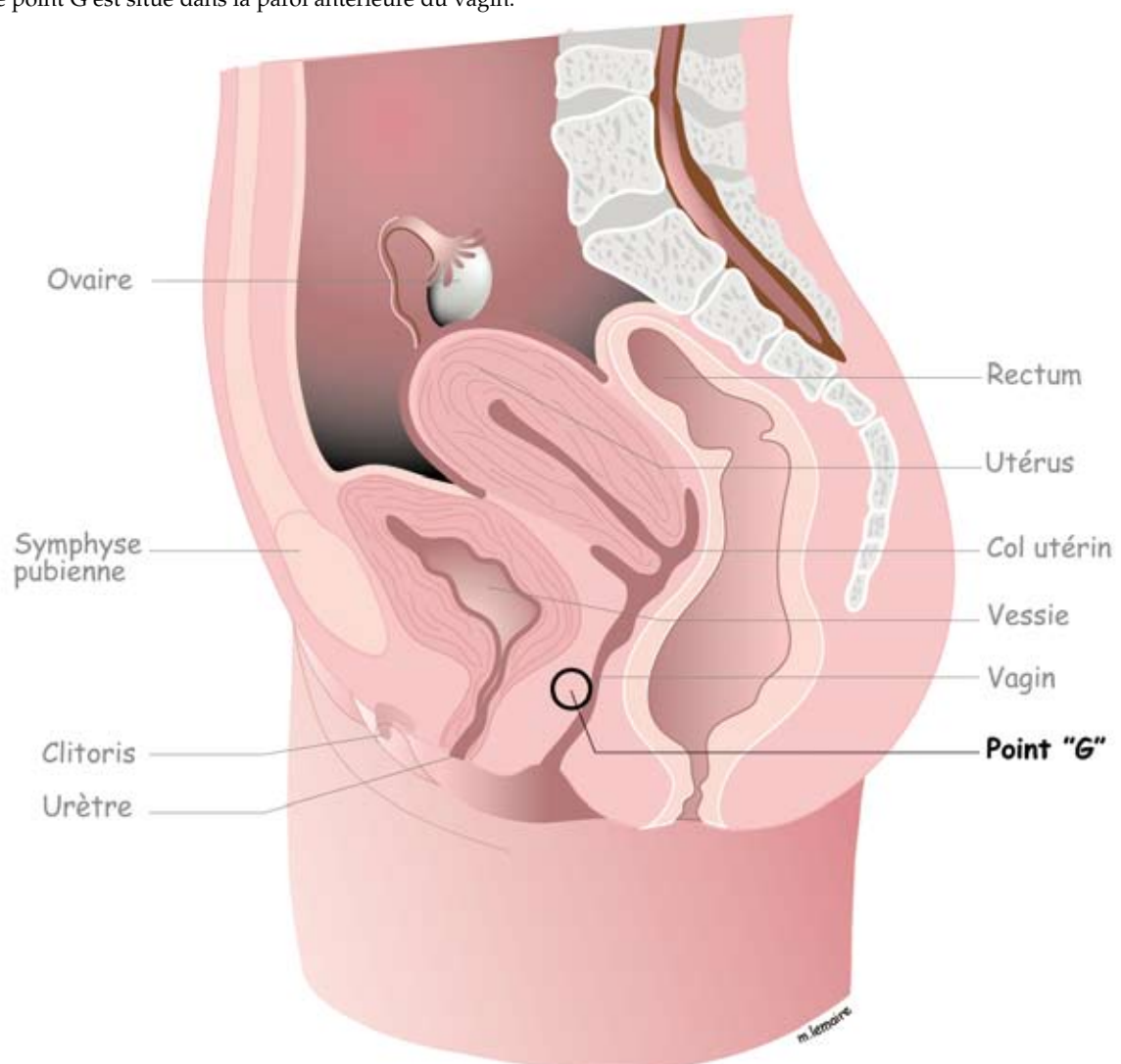
Si tous ne s'accordent pas sur l'existence d'une prostate féminine, et encore moins sur celle d'un éjaculat différent de l'urine, il n'en reste pas moins que la littérature, principalement grand public, abonde sur les moyens de découvrir son point G ou, même, de le « gonfler », comme le propose sur internet une gynécologue française, MC. Benattar, à l'aide d'injections d'une solution de chlorure de sodium isotonique, contenant « *principalement de l'acide hyaluronique* » (*sic*). Pour MC Benattar :

« *L'amplification du point G est un traitement nouveau qui a pour but de réhydrater, rajeunir, regonfler l'éponge sexuelle et de relancer son métabolisme et ses fonctions.* » (40). Elle obtiendrait ainsi 40% à 50% d'orgasme chez des femmes dysorgasmiques jusque là, ainsi que d'amélioration de dysuries, souvent associées. S'il n'existe aucun travail scientifique confirmant ces données, il faut savoir que ces pratiques ne sont pas rares, et qu'aux USA, un gynécologue californien, David Matlock propose couramment de « *dérider* » le vagin et de le « *regonfler* » avec des injections de collagène.

CONCLUSION : VERS LA RÉCONCILIATION

Pour essayer de démêler le vrai du faux, les études scientifiques à niveaux de preuves satisfaisants démontrent bien l'existence d'une zone spécifique du vagin, périurétrale, située sur sa face

Figure 1 – Le point G est situé dans la paroi antérieure du vagin.



antérieure, richement innervée, et communiquant de manière dynamique avec le clitoris qui vient s'y appuyer lors des mouvements de va et vient pendant la pénétration. Cette zone serait à l'origine d'un orgasme pouvant se déclencher pendant les mouvements de va et vient, mais impliquant aussi le clitoris. Il s'accompagne quelques rares fois d'une importante émission de liquide pouvant se faire en jet, sans que l'origine de ce liquide ne puisse vraiment être identifiée avec certitude.

Nous ne pouvons que déplorer le phénomène médiatique des années quatre vingt, qui s'est développé dans la mouvance politique des grands mouvements féministes, principalement nord américains, et responsable de beaucoup de dérives pseudo-médicales, et de sentiment d'échec chez nombre de femmes. A partir de données scientifiques très incomplètes, il a été, en réalité, à l'origine d'un grand nombre de difficultés sexuelles, en induisant l'idée que la féminité devait passer par la découverte pour chacune de son point G., devenant alors un standard de la validation de son statut de femme.

Plus raisonnablement, les études actuelles semblent aller dans le sens de Masters et Johnson, qui, dès les années soixante insistaient sur un concept d'orgasme unique développé à partir de zones érogènes multiples, mais empruntant les mêmes voies neurologiques, réconciliant ainsi le clitoris avec le vagin, et les femmes avec elles mêmes.



RÉFÉRENCES

1. Grafenberg E: The role of the urethra in female orgasme. *International J of Sexology*. 1950; (3) :145-148.
2. Ladas KL, Whipple B, Perry J. *The G-Spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1982.
3. Addiego F, Belzer EZ, Comolli J, Moger W, Perry JD, Whipple B: Female ejaculation: a case study. *J Sex Res*. 1981; 17: 1-13.
4. De Graaf, R. *De Mulierum Organis Generationi Inservientibus*. Lugduni Batavorum ex officina Hackiana, Leiden, The Netherlands (1672).
5. Kinsey A. *Sexual Behavior in the Human Female*, W.B. Saunders ed. Philadelphia, 1953.
6. Bonaparte M. « *De la sexualité de la femme* », PUF Paris, 1951.
7. Alzate H: Vaginal eroticism : a replication study. *Arch Sex Behav*. 1985 ;14 :529-537.
8. Goldberg DC, Whipple B, Fishkin RE, Waxman H, Fink PJ, Wiesberg M: *The Grafenberg Spot and female ejaculation: a review of initial hypotheses*. *J Sex Marital Ther*. 1983; 9: 27-37.
9. HINES T: The G-spot: A modern gynecologic myth. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:359-62.
10. Pauls R, Mutema G, Segal J, Silva WA, Kleeman S, Dryfhout Ma V, Karram M.: A prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina. *J Sex Med*. 2006; 3(6):979-87.
11. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ: Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J Urol*. 1998 ; 159 : 1892-1897.
12. Hoang NM, Smadja A, Hervé de Sigalony JP: The reality and usefulness of Halban's fascia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1991;20(1):51-9.
13. Ingelman-Sundberg A., The anterior vaginal wall as an organ for the transmission of active forces to the urethra and the clitoris. *Int Urogynecol J J Pelvic Floor Dysfunct*. 1997 ; 8 (1): 50-51.
14. Foldes P., Buisson O. Clitoris et point G : liaison fatale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007, 35 (1): 3-5.
15. Krantz K: Innervation of the human vulva and vagina. *Obstet Gynecol*. 1959 ;12 :382-96.
16. Hilliges M, Falconer C, Ekman-Ordeberg G, Johansson O: Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9.5 immunohistochemistry. *Acta Anat (Basel)*. 1995; 153(2):119-126.
17. Imbimbo C, Gentile V, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Granata AM *et al.*: Female sexual dysfunction: an update on physiopathology. *J Endocrinol Invest*. 2003, 26 (3) :102-104.
18. Shafik A: The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor dysfunct*. 2000;11:361-376.
19. Gravina GL, Brandetti F, Martini P, Carosa E, Di Stasi SM, Morano S *et al.*: Measurement of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasm. *J Sex Med*. 2008; 5(3):610-618.
20. Whipple B, Komisaruk BR: Analgesia produced in women by genital self-stimulation. *J Sex Research*. 1988; 24: 130-140.
21. D'Amati G, di Gioia CR, Bologna M, Giordano D, Giorgi M, Dolci S, Jannini E.A: Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. *Urology*. 2002;60:191-195.
22. Masters WH, Johnson V. *Human Sexual Response*.: Little, Brown and Company Boston (1966).
23. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Human Sexuality* (Vol. third edition):. Scott, Foresman Glenview, Illinois (1988).
24. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Human sexuality* (Fourth Edition ed.):. Harper Collins NewYork (1992).
25. Sevely JL, Bennett JW: Concerning female ejaculation and the female prostate. *J Sex Research*. 1978; 14: 1-20.
26. Sundhal D. *Female ejaculation and the G. spot*, Hunter House 2003.
27. Belzer EG: Orgasmic expulsion of females : a review and heuristic inquiry. *J sex Res*. 1981; 17:1-12.
28. Darling CA, Davidson JK, Conway-Welch C: Female ejaculation : perceived origins, the Grafenberg spot/area, and sexual responsiveness. *Arch of sex behavior*. 1990; 19 (1): 29-47.
29. Bohlen JG: Female ejaculation' and urinary stress incontinence. *J Sex Research*. 1983; 18: 360-363.
30. Kaplan HS. *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects*, Brunner, NY,1983
31. Belzer EG: A review of female ejaculation and the Grafenberg spot. *Women Health*. 1984 ;9 :5-16.
32. Cabello F. Female ejaculation: Myth and reality. In: J.J. Baras-Vass & M.Perez-Conchillo (Eds) *Sexuality and Human Rights*: pp.325-333, Proceedings of the XIII World Congress of Sexology, 1997.
33. Zaviacic M: Enzyme histochemistry of the adult human female prostate: Acid phosphatase distribution. *Cellular and Molecular Biology*. 1984; 30: 545-551.
34. Zaviacic M. *The Human Female Prostate: From vestigial Skene's paraurethral glands and ducts to woman's functional prostate*, Slovak Academic Press, Slovakia, 1999.
35. Tepper SL, Jagirdar J, Heath D, Geller SA: Homology. between the female paraurethral (Skene's) gland and the prostate. *Arch Pathol Lab Med*. 1984; 108: 423-425.
36. Huffman JW: The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. *Am J Obstet Gynecol*. 1948; 55:86-101.
37. Heath D: An investigation into the origins of a copious vaginal discharge during intercourse: enough to wet the bed - that is not urine. *J Sex Res*. 1984 ; 20 :194-210.
38. Zaviacic M, Zaviacic T, Ablin RJ, Breza J, Holoman K : La prostate féminine : historique, morphologie fonctionnelle et implications en sexologie. *Sexologies*. 2002 ; 41 :38-49.-
39. Gruyer F. *Ce paradis trop violent, Autour des femmes fontaines*, Éditions Robert Laffont, Paris, 1983.
40. BENATTAR MC. Nouvelle approche thérapeutique dans le traitement des dysfonctions sexuelles féminines : l'amplification « du point G » dans les baisses de désir et plaisir féminins 2002 à lire sur <http://www.jim.fr>