

celle-ci à s'exercer à angle droit sur le plancher pelvien. En maintenant l'orifice vaginal en avant sous le pubis et en dehors de la ligne de pression, en fermant étroitement l'anneau vaginal et prévenant aussi la protusion des parois, il remplit toutes les conditions qu'exigeait Bouilly pour que le périnée remplisse activement son rôle de plancher, c'est-à-dire: "qu'il doit présenter une résistance et une tonicité telles que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle, qu'il existe un contact parfait et constant entre les parois vaginales antérieure et postérieure. Le soutien est encore mieux assuré, ajoute cet auteur, quand l'orifice vaginal est fermé et froncé, et quand le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, de manière qu'il y ait une obliquité marquée de la fourchette vers le vagin, de haut en bas, et d'avant en arrière. Dans ces conditions, l'effort et la pression abdominale appliquent plus intimement l'une contre l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure, font tomber le périnée sans que la muqueuse du vagin ait tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire."

On comprend très bien que, lorsque ces différents moyens de soutien ont cédé, lorsque par suite d'accouchements laborieux, le périnée a été distendu, déchiré, qu'aux tissus nobles a succédé un tissu de cicatrice, la paroi vaginale n'étant plus soutenue va céder sous la pression de la vessie ou de celle des viscères abdominaux; le tonus vaginal sur lequel Rell et Darveau ont tant insisté, étant détruit, le col et l'utérus vont se précipiter vers ce trajet tout préparé, et le prolapsus incomplet ou total n'est plus qu'une affaire de temps.

Lorsqu'on envisage le rôle que joue le releveur, il est tout naturel de comprendre que certains auteurs aient tenté de rétablir la statique pelvienne en rétablissant la fonction du muscle. Ziegenspeck fit le premier, je crois, la suture systématique du releveur, et dès 1896, Pierre Delbet érigea le procédé en princi-