

2^e éd. all. par VARNIER et WEISS. Paris, 1889. — MUNDÉ, Traité de pet. chir. gynéc., trad. par LAUWERS. — S. POZZI, Traité de gynécologie clinique et opératoire, 3^e éd. Paris, 1899. — SCHROEDER, Mal. des org. génit. de la femme, trad. sur la 6^e éd. all. par LAUWERS et HERTOCHÉ. Bruxelles, 1885-1886. — SCHAUTA, Lehrbuch der gesammten Gynækologie. — TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II, art. RÉTRO-FLEXIONS et RÉTROVERSIONS.

ARRIZABALAGA, Du traitement des rétrodéviations par la fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure, thèse de Paris, 1894. — BAUDOIN, Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus, thèse de Paris, 1890, n^o 232. — P. E. BÉGOIN, Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale, thèse de doctorat, Bordeaux, 1892. — ST. BONNET, Technique de l'opér. d'Alexander (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 217). — BOUILLY, *Encyclopédie de chir.*, t. VII; Traitement des déviations utérines (*Congrès de gynéc.*, Bordeaux, 1895). — BOUFFANDEAU, De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, thèse de Lyon, 1893. — BOURSIER, Des métrites dans les déviations de l'utérus (*Sem. méd.*, 17 août 1895). — BRICAGE, Du traitement de l'antéflexion utérine, thèse de Lyon, 1894. — CHARPY, La position de l'utérus (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, 1892). — CONDAMIN, De l'hystéropexie comme traitement de l'antéflexion utérine (*Mercredi méd.*, 16 mai 1894). — *Congrès périod. intern. de gynéc.*, Genève, 1896, publié en 1897. — DEBAYLE, De l'hystéropexie vaginale (opér. de Nicoletis), nouv. mode de trait. des déviations utérines, thèse de Paris, 1890. — DOLÉRIS, Leçons sur les déviations utérines (*Prat. méd.*, 1888, II, III); Pathogénie et traitement des flexions utérines (*Gaz. des hôp.*, 1888, p. 23); Statique utérine et plancher pelvien (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1890). — DOLÉRIS et PICHEVIN, La pratique gynécologique. Paris, 1896, 2 vol. — DURET (de Lille), *Soc. des sc. méd. de Lille*, 1893; Des déviations utérines (*Bull. méd.*, 21 août 1895). — FOIX, Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement, thèse de Bordeaux, 1893-1894. — FRITSCH, Les déplacements et inflammations de l'utérus (*Handbuch des allg. u. spec. Chirurgie*. Stuttgart; *Deutsche Chirurgie*, Stuttgart, 1884). — GOUTCHAROFF, Contribution à l'étude des flexions utérines au point de vue de leur traitement, thèse de Paris, 1877. — JOHNSON, Opération d'Alquié-Alexander (*Amer. Gynec. and Obst. Journ.*, avril 1896). — G. KEITH, Antéflexion (*Brit. med. Journ.*, 29 février 1896; *Sem. gynéc.*, 1896, p. 79). — LANDRON, Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, thèse de Paris, 1900. — LAROYENNE, Nouveau traitement de l'antéflexion par l'hystéropexie. Simplification du procédé opératoire (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, 1894, XXI; *Congrès de Bordeaux*, 1895). — LE DENTU, Sur un signe de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus (*Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 211); La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodéviations (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI). — M. LÉVY, Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement, thèse de Paris, 1897. Contient de nombreuses figures et une bibliographie étendue. — MACKENRODT, *Arch. für Gynæk.*, XLVIII, 1895; *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n^o 49; *Sem. gynéc.*, 1896, n^o 7. — MANRIQUE, Étude sur l'opération d'Alexander, précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus, thèse de Paris, 1886. — F.-P. NOURSE, An original Operation for the radical Relief of uter. Flexions (*Amer. Journ. of Obst.*, 1896). — OLSHAUSEN, Traitement des rétrodéviations de l'utérus (*Zeitschr. für Geburtshunde u. Gynæk.* Berlin, 1898, B. XXII). — PERICHON, Contribution à l'étude du traitement opératoire de la rétrodéviations de l'utérus, thèse de doctorat, 1900. — PAUL PETIT, Réflexions cliniques et opératoires sur 66 cas de déviations utérines (*Sem. gynéc.*, 1896, p. 233). — C.-A.-L. REED, The surgic. Treatm. of anterior Displacements of the Ut. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1892). — B.-S. SCHULTZE, Traité des déviations utérines, trad. par F.-J. HERRGOTT. Paris, 1884, avec fig. — SCHWARTZ, Du traitement des déplacements et des déviations utér. par le raccourcissement des ligaments ronds (*Revue de chir.*, 1889, p. 831). — P. SEGOND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 févr. 1889. — MARION SIMS, Notes cliniques sur la chir. utér., trad. LHÉRITIER, Paris, 1866. — TARGHETTA, Des déviations de l'utérus, leurs moyens curatifs; la méthode d'Alquié-Alexander, thèse de Paris, 1892-1893. — THIRIAR (de Bruxelles), Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines (*Ann. de gynéc.*, 1892, XXVIII, p. 261-263). — WINTER (de Berlin), Zur Pathologie des Prolapsus

(*Arb. aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynæk. Festschrift*). — VANDERHAGEN, Étiologie, pathogénie et traitement des rétrodéviations utérines, thèse de Paris, 1891. — WINCKEL, Die Behandlung der Flexionen der Uter. mit intra-uterinen Elevatoren. Berlin, 1872.

PROLAPSUS GÉNITAL.

Il serait plus facile sans doute, et, apparemment, plus simple de décrire isolément le prolapsus de l'utérus et celui de l'une et l'autre paroi du vagin, compliqué ou non de la hernie de la vessie et du rectum; mais cette manière de concevoir la lésion qui nous occupe serait peu conforme à la réalité clinique. On peut, il est vrai, constater souvent, chez une malade tel ou tel déplacement à l'état isolé; mais c'est qu'on surprend, à un stade déterminé de son évolution, un processus dont tous les temps et les modalités sont solidaires et dont la succession aboutirait à l'ectopie complète de l'utérus, précédée ou suivie de l'inversion des parois vaginales.

C'est donc le prolapsus génital dans son ensemble que nous allons étudier en attribuant à chacun de ses éléments l'importance relative qui lui convient.

Définition.

— On peut le définir : une rupture de la statique pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal et s'accompagnant de troubles variés, locaux et éloignés. Hart, Trélat, l'ont comparé aux hernies abdominales; on l'a appelé hernie sacro-pubienne; mais il est bien

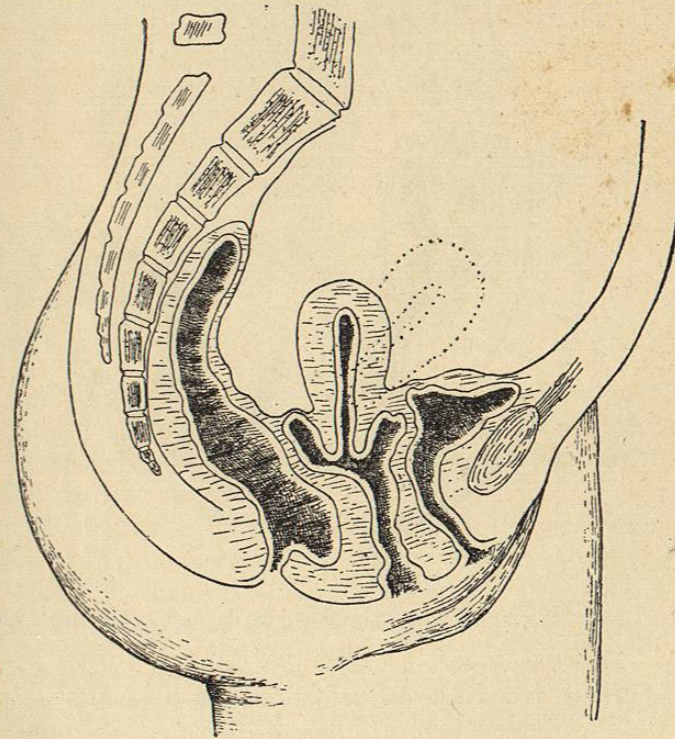


Fig. 72. — Prolapsus au premier degré (d'après Bonnet et Petit).

entendu que la comparaison n'est justifiée qu'en ce qui concerne le mécanisme ordinaire de sa production.

Division. — Bien que la lésion évolue d'une façon progressive, que multiples, et sans limites précises, soient les associations et les combinaisons des prolapsus partiels, il est d'usage, pour en faciliter la description et en définir les indications thérapeutiques, de reconnaître trois degrés dans l'apparence clinique du prolapsus utérin.

Premier degré, ou abaissement, caractérisé par une simple dépression du niveau de l'utérus, avec intégrité ou relâchement peu marqué des parois vaginales et du plan de soutien (fig. 72).

Deuxième degré, ou prolapsus proprement dit, dans lequel le col affleure la vulve et les parois du vagin ont subi un degré proportionné de relâchement (fig. 73).

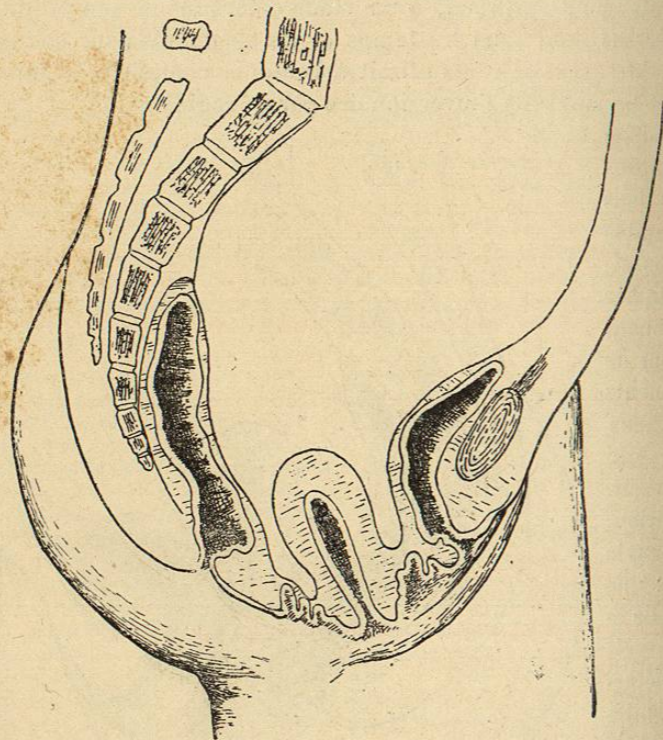


Fig. 73. — Prolapsus au deuxième degré (d'après Bonnet et Petit).

Troisième degré ou chute, précipitation, procidence complète. Ici l'utérus, recouvert du vagin totalement inversé, a complètement quitté le bassin et forme, hors de la vulve, une tumeur réductible ou non (fig. 74).

Le prolapsus des parois vaginales a reçu le nom de *colpocèle* (antérieure, postérieure, latérale). On dit qu'il y a *cystocèle* ou *rectocèle* lorsque la vessie ou le rectum sont entraînés dans le dépla-

cement du vagin. Si le rectum ne participe pas ordinairement à l'ectopie de la paroi postérieure, il n'en est pas de même pour la vessie par rapport à la paroi antérieure; en pratique, *colpocèle antérieure* et *cystocèle* sont deux termes connexes et qui, sinon anatomiquement, du moins cliniquement, sont synonymes.

L'*urétrocèle* est une lésion étudiée à part et qui n'a guère de rapports avec celle qui nous occupe.

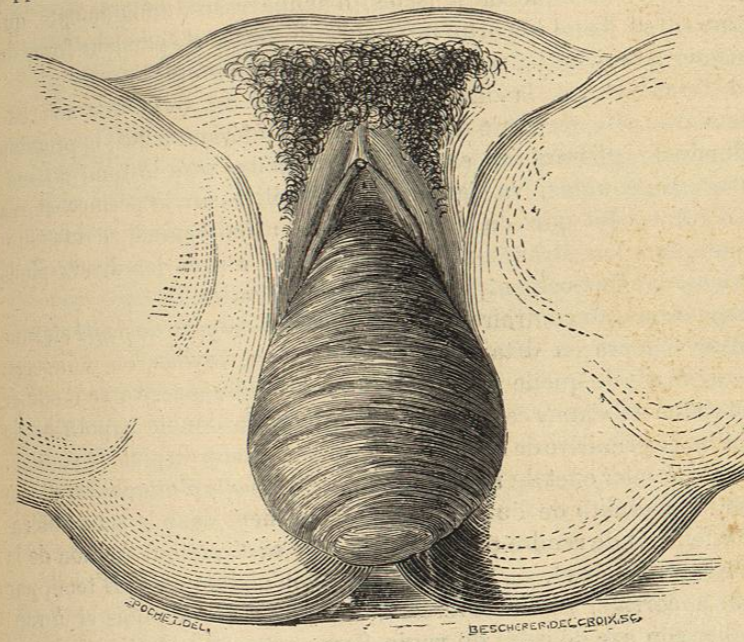


Fig. 74. — Prolapsus total ou du troisième degré.

Le prolapsus de la trompe et de l'ovaire est une complication éventuelle, et ordinairement négligeable, de l'abaissement utérin; cependant le prolapsus, isolé et primitif, de l'ovaire méritera une courte description particulière.

Nous verrons ultérieurement quelle place doit occuper, dans ce chapitre pathologique, l'allongement sus-vaginal du col, auquel, après le sensationnel mémoire de Huguier (1860) (1), on s'était plu à attribuer une importance primordiale, et qu'il convient, croyons-nous, de reléguer à un plan secondaire.

Pathogénie. — D'après l'exposé qui a été fait précédemment de la statique pelvienne normale, il est facile d'entrevoir quel mécanisme préside à l'évolution des diverses modalités du prolapsus. L'utérus, tout en jouissant de la mobilité nécessaire à son rôle physiologique, est maintenu dans son attitude d'antédirection et à son niveau

(1) HUGUIER, Mém. sur l'allong. hypertr. du col de l'utérus. Paris, 1860.

normal par deux ordres de moyens : un appareil de suspension et un plan de soutien.

L'appareil de suspension ou ligaments d'attache (Hegar) (1) est constitué par des replis du péritoine doublés de cordons fibreux et, quelques-uns, musculaires, qui fixent les organes entre eux ou aux parois du bassin.

Le plan de soutien n'est autre chose que le plancher périnéal, formé d'un ensemble de muscles, d'aponévroses, de ligaments, qui entourent et fixent la partie inférieure du vagin et, par leur force de résistance, servent de soutien à tout l'appareil génital.

A l'état normal, la direction de l'utérus est telle que son axe forme avec celui du vagin un angle égal ou inférieur à 90°; la pression abdominale, glissant de sa paroi postérieure vers le fond du cul-de-sac de Douglas, va s'exercer en définitive sur le périnée et n'a eu d'autre effet que de fermer l'angle utéro-vaginal, c'est-à-dire d'appliquer plus étroitement les uns sur les autres les divers plans pelviens. L'effort cessant, tout rentre dans l'ordre.

Supposons, au contraire, une *défection des moyens de fixité* et, sans analyser encore en détail le rôle de chacun, voyons, en un aperçu très général, de quelle manière, sous cette influence, va se modifier la statique et s'amorcer le prolapsus dans la double hypothèse de défaillance primitive de l'appareil de suspension ou du plan de soutien.

a. Le premier effet du *relâchement des ligaments d'attache* est d'augmenter la mobilité de l'utérus, particulièrement dans le sens antéro-postérieur, et de rendre plus sensible, sur sa direction, l'action de la réplétion vésicale et, surtout, de la pression abdominale. Il tend, par suite, à corriger son antéversion, à s'éloigner du pubis et à rapprocher son axe de celui du vagin. Dans cette attitude, ce n'est plus sur la paroi postérieure, mais sur le fond et même sur la paroi antérieure, qu'aboutit la pression : il en résulte naturellement une tendance à la projection en bas et au renversement en arrière. Or le vagin, dont l'axe se confond désormais avec celui de l'utérus, est tout prêt à le recevoir, et subissant à faux, et à son tour, l'influence de la pression, va se prolaber secondairement. Tel serait, d'après Schultze, le mécanisme ordinaire des prolapsus.

b. Dans l'hypothèse de la *défection primitive du plan de soutien*, le périnée est rompu ou atrophié, le releveur sans tonicité, la vulve béante et la direction du canal vaginal déviée, reportée plus en arrière. La paroi postérieure, n'offrant plus de soutien à la paroi antérieure, celle-ci se désinsère et descend de bas en haut, bientôt suivie de la paroi postérieure elle-même. L'utérus, auquel elles s'insèrent, se trouve définitivement sollicité en bas par la force de traction qu'elles exercent sur lui. Le col se dégage d'abord, puis

(1) HEGAR et KALTENBACH, Gynécologie opératoire, trad. française. Paris, 1875.

s'allonge si l'organe reste solidement fixé par en haut; dans le cas contraire, l'utérus descend secondairement en entraînant plus ou moins bas ses annexes.

Tels sont, dans un aperçu très schématique, les deux modes ordinaires de production du prolapsus. Il permettra de comprendre plus aisément l'action de tel ou tel facteur plus particulièrement mis en jeu, et d'interpréter plus rapidement les diverses modalités qui peuvent se présenter à l'observation clinique.

A. Prolapsus par défection primitive du plan de soutien.

— Les moyens de contention sont le releveur de l'anus, les sphincters anal et vulvaire, le plan musculo-aponévrotique du périnée et, dans une certaine mesure, les ligaments utéro-sacrés. Les faisceaux antérieurs du releveur constituent le plus puissant élément de soutien des organes pelviens : ils commandent l'orifice vaginal et préviennent le prolapsus : 1° en maintenant cet orifice en avant, sous le pubis et en dehors de la ligne de pression; 2° en fermant étroitement l'anneau vaginal, et prévenant ainsi la protrusion des parois; 3° en dirigeant l'axe du vagin en haut et en avant, de telle sorte que la pression abdominale s'exerce à angle droit sur le plancher pelvien.

La grossesse ramollit et relâche ces divers tissus; l'accouchement les distend, les force et, parfois, les rompt. Si une suture soigneuse assure la réunion primitive des solutions de continuité; si les suites de couches sont aseptiques et l'involution régulière; si, par ailleurs, la femme est primipare, jeune et musclée, tout rentrera dans l'ordre, et nulle lésion survivante ne menacera la statique.

Au contraire, l'accouchement a-t-il été simplement long et laborieux ou dystocique, et a-t-il nécessité une opération obstétricale? Il s'est fait une rupture du périnée ou au moins une brèche de la fourchette, peut-être une déchirure méconnue ou négligée de l'un ou des deux côtés de la colonne postérieure du vagin, intéressant le releveur; on s'en est remis à la nature ou à d'illusoires serre-fines du soin de réparer les déchirures; sans être alarmantes, les suites de couches n'ont pas été absolument pures: il y a eu un peu d'odeur des lochies, une légère élévation de température, et l'involution est retardée; la malade, multipare, débile, par imprudence ou par nécessité, se lève et reprend ses occupations prématurément. Elle est vouée au prolapsus. La déformation du conduit vulvo-vaginal va s'accroître de plus en plus: l'ouverture vulvaire devient béante, de figure triangulaire à base inférieure. Les parois vaginales perdent leur contact et, de virtuelle, la cavité devient réelle et orientée en arrière. La paroi postérieure cessant d'être maintenue par la tonicité périnéale et la contractilité réactionnelle du releveur, n'offre plus à la paroi antérieure le soutien nécessaire. Celle-ci, sous la double influence de la distension vésicale et de la pression, fait saillie la première, se plisse et vient apparaître à la vulve. Le relâchement atrophique ou subin-

volatif du tissu cellulaire pelvien facilite le décollement, et la descente se fait ainsi progressivement, de bas en haut, d'autant plus vite que la déchéance générale de l'organisme facilitera le processus.

La paroi inférieure de la vessie, étroitement adhérente au vagin et au col, participe toujours au déplacement et la *cystocèle* marque le premier stade de la lésion.

Plus tard, sous l'influence de l'effort lié à la défécation et de la pression en général, la paroi postérieure se détache à son tour, et vient apparaître à la vulve, au-dessous de la cystocèle, comme un bourrelet transversal généralement moins volumineux. Mais la paroi antérieure du rectum, unie au vagin par un tissu cellulaire lâche, moins souvent distendue que la vessie, se soustrait mieux à l'entraînement, et la *rectocèle* proprement dite est beaucoup plus rare que la cystocèle. On l'observe cependant en cas de constipation habituelle et rebelle, d'atonie intestinale et de distension extrême de l'ampoule rectale.

La *colpocèle des parois latérales* ne se montre guère que dans les cas avancés d'inversion du vagin, non que ces parois soient plus adhérentes, mais parce qu'elles sont moins influencées par la pression abdominale. Le prolapsus supérieur, primitif, du vagin est exceptionnel. Martin ne l'a observé que deux fois.

Se déroulant ainsi de bas en haut, les parois vaginales prolabées finissent par solliciter le col et, par son intermédiaire, l'organe tout entier. Deux éventualités peuvent alors se produire.

1° Ou bien les moyens de suspension, soumis aux mêmes influences d'affaiblissement que le plan de soutien, ont cédé en même temps, et l'utérus se trouve abaissé déjà et en rétrodéviation, c'est-à-dire en aptitude de descente.

2° Ou bien, grâce à l'intégrité de ses ligaments, à sa direction exagérée en avant ou en arrière, ou à des adhérences pathologiques, l'utérus résiste, ne cède pas à la force qui le sollicite.

Dans la première hypothèse, se trouvent réunies toutes les conditions favorables à la descente: défaut de toute résistance, fusion des axes de l'utérus et du vagin, point d'appui de la pression reporté sur le fond de l'organe, *vis a fronte* et *vis a tergo*. Pour peu que la malade soit, en outre, débilitée ou vouée à des occupations laborieuses, le prolapsus évoluera rapide et complet.

Dans le deuxième cas, le corps utérin, maintenu par en haut, résiste, ne s'abaisse pas. Le col, pris entre cette résistance et la puissance de traction exercée par en bas, s'allonge. Cet allongement sus-vaginal serait dû, pour les uns, à la simple traction mécanique; pour d'autres, aux troubles circulatoires et trophiques qui en résultent; pour d'autres enfin, à l'inflammation. Il est probable que ces trois éléments entrent chacun, pour une part, prédominante ou minime, dans la déformation.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL. — Cette complication, assez fréquente, du prolapsus, demande, ici, une brève interprétation. Avant Huguier, on avait bien noté des cas isolés de cette nature, coïncidant, ou non, avec le prolapsus; mais, dans l'esprit des observateurs, nul lien ne reliait l'une à l'autre les deux lésions (fig. 75).

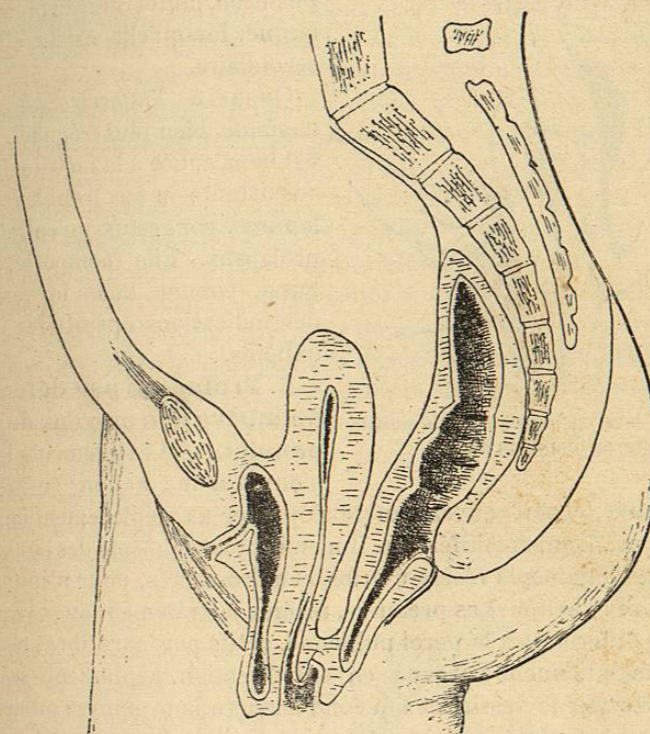


Fig. 75. — Allongement de la portion sus-vaginale du col (d'après Bonnet et Petit).

Huguier, dans son mémoire lu à l'Académie en 1859, proclama que, dans l'immense majorité des cas, si le col apparaît à la vulve, c'est le fait, non d'un prolapsus réel, mais de l'*allongement primitif de sa portion sus-vaginale* (fig. 76) qui entraîne secondairement le vagin, la vessie, le rectum. C'était donc la lésion initiale et causale que devait viser le traitement, et celui-ci consistait exclusivement dans l'amputation conoïde, haute, du col. Cette théorie de Huguier fit sensation et resta longtemps admise. Virchow et la plupart des auteurs contemporains ont réagi contre son exclusivisme. Elle a eu, du moins, le mérite d'attirer l'attention sur une complication plus souvent, il est vrai, secondaire que primitive du prolapsus, et comportant une indication spéciale de traitement. Il est certainement des cas d'allongement primitif; on en a observé chez des nullipares et même des vierges; leur interprétation pathogénique est difficile,

et on en est réduit à invoquer l'effet d'un trouble dystrophique vague. Ces cas sont d'ailleurs distincts et indépendants du prolapsus.

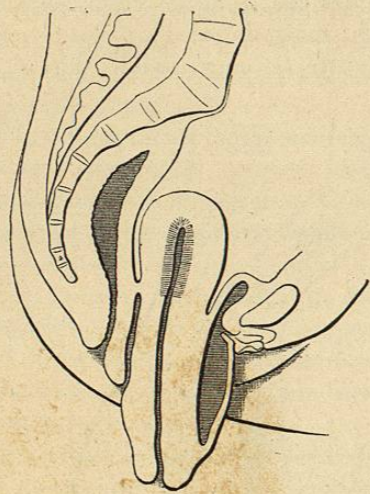


Fig. 76. — Hypertrophie de la partie intermédiaire (Schultze).

En résumé, on peut dire avec Cruveilhier, Hegar, Duplay et Chaput, etc., que c'est là une complication, plutôt rare, du prolapsus et que, lorsqu'elle existe, elle est secondaire.

Quant à l'hypertrophie sous-vaginale, bien plus fréquente, elle est banale, liée à la métrite du col coexistante ou aux troubles circulatoires, congestifs, qu'entraîne le prolapsus. Elle comporte, elle aussi, comme nous le verrons, des indications opératoires particulières.

B. Prolapsus par défection primitive des moyens de suspension. — Les ligaments larges n'ont qu'une action suspensive très limitée, et ne peuvent guère s'opposer au déplacement antéro-postérieur, ni supéro-inférieur. Il n'en est pas de même des ligaments ronds, des ligaments vésico-utérins, et utéro-sacrés, pour n'énumérer que les plus actifs. Les premiers, insérés latéralement au niveau du fond de l'utérus et à la paroi pubienne, actifs par leurs fibres musculaires, maintiennent l'organe en antédirection, appliquent sa face antérieure sur la vessie, et son fond derrière la symphyse pubienne: les ligaments vésico-utérins et le tissu cellulo-fibreux péri-cervical corroborent cette action. Au pôle et dans une direction opposés, les ligaments utéro-sacrés fixent le col en arrière, le suspendent et s'opposent à sa descente: par les faisceaux qu'ils envoient vers le vagin, ils ont encore une action suspensive efficace sur la paroi postérieure de ce conduit. Le péritoine, émanant de la paroi abdominale, se réfléchit sur la vessie, forme, entre elle et l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin, plus ou moins profond et limité par la saillie des ligaments vésico-utérins, puis recouvre le fond et la face postérieure de l'utérus, constitue le cul-de-sac de Douglas qui descend plus bas et recouvre les ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments antérieurs et postérieurs, de direction contraire, combinent leur action pour assurer la fixité de l'utérus dans une position déclive telle que la pression abdominale, portant sur la paroi postérieure, glisse de là vers le fond du cul-de-sac recto-utérin, et se trouve ainsi transmise, en bas et en arrière, sur le plan résistant du périnée.

Quelles seront les conséquences de la défection de ces ligaments? Supposons le relâchement des *ligaments ronds*: la vessie, plus libre, prend, en s'emplant, la forme sphérique, repousse en arrière et éloigne du pubis le corps utérin qui se trouve, par là même, redressé; l'angle utéro-vaginal s'ouvre donc, et les deux axes se rapprochent de la même ligne. Le point d'appui de la pression abdominale se trouve, de la sorte, déplacé, reporté sur le fond ou la face antérieure de l'organe, et d'autant plus active. La répétition de ce mouvement détermine un état d'instabilité de l'utérus, qui se meut ainsi, d'avant en arrière, comme autour d'une charnière qui passerait par l'isthme. Il prend ainsi une attitude habituelle intermédiaire à l'anté- et à la rétroversion ou finit par se renverser complètement en arrière. C'est cette disposition qui, pour certains auteurs, Küstner entre autres, serait la condition primitive et essentielle du prolapsus.

Ajoutons incidemment que les adhérences et les ligaments vésico-utérins cèdent peu à peu, que la cystocèle se dessine, que le cul-de-sac péritonéal se creuse, au point de descendre parfois au-dessous du niveau de l'orifice interne et d'admettre même des anses intestinales.

La défaillance des *ligaments postérieurs*, par un mécanisme différent, prépare d'une manière aussi efficace le prolapsus, et Schultze attribue à ce facteur une influence prépondérante. Par suite de leur perte de tonicité, le col se trouve libéré et subit un double déplacement: il s'éloigne du sacrum et s'abaisse. Ce mouvement concorde avec celui que nous avons vu exécuter au corps, et tout l'organe se trouve dès lors sollicité en bas par la pesanteur, par la pression et, le plus souvent aussi, par la traction vaginale.

Le cul-de-sac de Douglas se dilate et se creuse, plus que le cul-de-sac vésico-utérin, et descend généralement beaucoup plus bas; plus souvent aussi, il contient des anses intestinales.

Tel nous semble, très largement conçu, le double mécanisme général du prolapsus (fig. 77). Il peut se résumer ainsi:

a. Défection primitive, du plan de soutien: agrandissement de

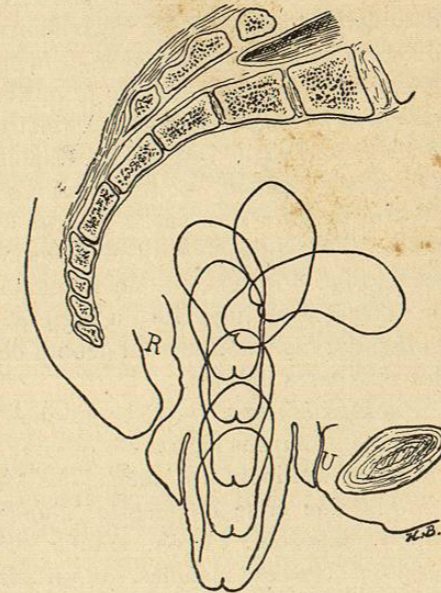


Fig. 77. — Schéma destiné à montrer la progression et les divers degrés du prolapsus utérin (Howard-Kelly).