cette époque de la grossesse, le danger de l'enclavement rend formelle et urgente l'indication de la réduction.

Pour réduire, on emploiera d'abord les moyens les plus simples:

La malade étant couchée sur le dos, deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin repoussent en avant le corps de l'utérus et essayant de le ramener vers la symphyse. Au cours de cette manoeuvre il arrive parfois que l'utérus, après avoir obéi tout d'abord au doigt qui le pousse, cesse de se redresser avant que la réduction soit complète: c'est que le fond de l'organe est venu buter contre le promontoire; il suffit, pour vaincre la difficulté d'incliner un peu l'utérus à droite à gauche.

Si ces tentatives de relèvement demeurent infructueuses, on saisit avec une pince tire-balles la lèvre antérieure du col et on exerce sur elle des tractions plus ou moins fortes (jusqu'à l'attirer à la vulve si c'est nécessaire), pendant qu'au fond du cul de sac postérieur deux doigts de la main restée libre refoulent l'utérus en avant.

Il va sans dire qu'avant toute tentative de réduction, on aura vidé avec soin la vessie.

Les moyens employés échouent parfois tant que la femme est dans le décubitus dorsal, la pression de la masse intestinale s'opposant au redressement de l'utérus: la position genu-pectorale supprime cet inconvénient, mais elle est pénible pour la malade; mieux vaut utiliser la *position inclinée* de Trendelenburg, en glissant sous le siège un volumineux coussin.

Malgré cet artifice, il arrive qu'on n'obtient rien; on se trouvera bien alors d'introduire dans le vagin, pendant un, deux ou trois jours, un pessaire de Gariel que l'on gonfle. Sous l'influence de cette tension lente et soutenue, des rétroversions se sont réduites spontanément qui avaient résisté jusque-là à toutes les tentatives; en tout cas, la distension obtenue, facilite les manoeuvres ultérieures. L'introduction de ballons dans le rectum, en dehors de quelques indications spéciales, est à peu près abandonnée aujourd'hui.

Une *rétroversion réduite à toujours tendance à se reproduire,* et cela d'autant plus que l'on est encore plus rapproché du début de la grossesse. D'où le précepte de maintenir la correction par un *pessaire* qui est laissé en place jusqu'à 4 mois ou quatre mois et demi. On peut se servir de simples anneaux de Dumontpallier (les nos 5, 6 ou 7 étant ceux qui conviennent habituellement), mais leur entretien est difficile malgré les soins de propreté. Quelque fois les anneaux de caoutchouc ont été remplacés par des anneaux en celluloid.

M. Bar utilise plus volontiers des pessaires de Jims, qu'il a fait construire par Collin en étain, métal malléable, et dont l'arc postérieur est plus large que l'arc antérieur.

En présence d'une *rétroversion avec utérus enclavé, le traitement diffère suivant qu'il existe ou non des complications sérieuses.*

Dans le second cas,—si tout se borne par exemple à un peu de rétention d'urine sans infection,—deux moyens peuvent être mis en oeuvre: *l'avortement provoqué* et le *redressement forcé de l'utérus.*

L'avortment provoqué, jadis pratiqué largement, est de plus en plus abandonné.

Reste le *redressement forcé. On ne doit jamais, pour l'obtenir, se servir d'un cathéter*: une perforation utérine, l'avortement seraient la conséquence à peu près fatale de cette manoeuvre.

La *laparotomie est aujourd'hui l'opération de choix*: on rompt les adhérences et l'utérus est ramené en position normale. Les résultats de l'intervention sont excellents, puisque, sur 18 cas relatés dans une statistique de Wertheim, il y a eu 18 guérisons opératoires et un seul avortement. Les indications précises de la laparotomie sont le seul point délicat à établir; en pratique, on peut admettre qu'il est légitime d'y recourir toutes les fois qu'à trois mois et demi un utérus gravide rétroversé a résisté à tous les moyens ordinaires de réduction.

En présence d'un enclavement avec complications graves (vessie très distendue, urines purulentes, gangrène imminente, accidents péritonéaux) l'avortement provoqué et la laparotomie doivent être abandonnés. On se contente aujourd'hui d'assurer le *drainage de l'utérus et celui de la vessie.*

Pour drainer l'utérus, Sanger a proposé d'inciser la paroi postérieure du vagin, puis le corps utérin, de vider la matrice par cette brèche et d'appliquer des drains. Olshansen a pratiqué avec succès cette opération. Un procédé plus élégant et donnant plus de sécurité au point de vue de l'infection de la cavité péritonéale consiste à inciser la paroi postérieure du vagin, à décoller les adhérences jusqu'à l'attache solide du péritoine sur l'utérus, et à inciser le corps utérin au-dessous de la séreuse.

Une sonde à demeure suffit parfois à assurer le drainage vésical, quand on a simplement affaire à des urines sentant mauvais, sans infection très profonde. La taille hypogastrique et le drainage suspubien deviennent nécessaires, quand il y a gangrène de la vesie.

Le point difficile consiste à établir à quel moment les complications acquièrent un degré de gravité qui rend formelle l'indication du drainage utérin ou vésical. L'interprétation des symptômes est très délicate dans les "cas limites" et seule une longue pratique peut renseigner à cet égard.

(*in Jnal. des Praticiens*).