

des adhérences devaient être incriminées dans le cas de Segond et Pinard.

La dernière modalité évolutive est l'*incarcération de l'utérus*; cette incarceration se produit de la façon suivante: l'utérus, se développant graduellement dans la cavité pelvienne, se moule contre les parois de l'excavation dont il épouse les contours, et finit par *s'encasturer* si bien qu'il ne peut plus se dégager.

Les causes favorisantes de l'incarcération ont été rangées par les auteurs sous cinq chefs différents:

La *laxité anormale des ligaments ronds*, invoquée dans tous les ouvrages classiques, favorise certainement la rétroversion, mais ne saurait être une cause d'incarcération.

La *distension de la vessie*, qu'on observe si souvent au cours des rétrodéviations, n'est pas, quand elle intervient, la seule cause de ce phénomène.

Un *promontoire accessible* est une cause déjà plus pressante: s'avancant comme un cap au-dessus de l'utérus basculé en arrière, il est capable de s'opposer à son redressement.

Mais les deux facteurs essentiels de l'incarcération sont:

D'une part les *adhérences* qui, tirant l'utérus en arrière, le maintiennent au fond du petit bassin;

D'autre part les *tumeurs* de la face postérieure de la matrice qui, par leur poids, produisent les mêmes effets.

L'incarcération étant effectuée, ses conséquences ne tardent pas à se manifester; comprimé de toutes parts, l'utérus se révolte et tend à expulser son contenu. Il est difficile de préciser dans quelles proportions se produit l'*avortement* après incarceration, mais on est en droit d'affirmer que cette éventualité est très fréquente: la fausse couche survient ordinairement de la 25^e à la 28^e semaine, et très souvent des rétentions placentaires et des accidents infectieux graves lui succèdent.

A titre de curiosités pathologiques d'une extrême rareté, on peut citer des cas dans lesquels on a observé, après sphacèle de la paroi antérieure du rectum, un véritable accouchement par l'anus, de l'*utérus tout entier*. D'autres fois, c'est la paroi postérieure du vagin qui cède, et l'utérus fait issue par la vulve.

L'incarcération de l'utérus n'entraîne pas fatalement l'*avortement*, mais elle provoque toujours des accidents de compression du côté du rectum et de la vessie, accidents auxquels peuvent s'ajouter des manifestations péritonéales d'ordre infectieux.

La *compression du rectum* se traduit par des phénomènes d'*occlusion* intestinale provoquée parfois plutôt par une contracture spasmodique de l'intestin, que par la compression elle-même.

Les troubles qui se manifestent du côté de la vessie sont les plus importants et les plus caractéristiques. La *réten tion d'urine* accompagne souvent la rétroversion simple, à plus forte raison la rétroversion avec incarceration. A quoi est due cette rétention? On l'attribue très souvent à la compression du bas-fond vésical contre la symphyse par le col utérin fortement repoussé en avant. Mais si la com-

pression de la vessie par le col peut être admise dans quelques cas de rétroflexion simple, un pareil mécanisme ne saurait être invoqué dans l'incarcération. Il suffit, chez ces malades, de pratiquer le toucher vaginal, pour se convaincre que le col, remonté sensiblement au-dessus de la symphyse, ne peut être un agent de compression. La véritable cause de la rétention doit être cherchée dans les *adhérences anormales* qui, à l'origine même de toute rétroversion, existent entre la vessie et le segment inférieur de l'utérus. De plus en plus tiraillé par ces adhérences à mesure que la grossesse avance et que le segment inférieur se distend, le triangle vésical interurétéral se tend à l'extrême; le canal de l'urètre lui-même est fortement tiré par en haut, et ses parois s'accroissent et s'aplatissent à la manière des parois d'un tube de caoutchouc que l'on tend. La preuve de ce fait est donnée par la longueur des sondes qu'il faut employer pour atteindre la cavité vésicale quand on cherche à pratiquer le cathétérisme.

La quantité d'urine renfermée dans la vessie peut être considérable; elle atteignait 10 litres dans un cas assez récent publié par Kustner. La distension se faisant lentement, la vessie lutte d'abord contre l'obstacle par l'hypertrophie de ses parois; mais dès que sa capacité dépasse trois ou quatre litres, elle ne résiste plus et se laisse forcer. Il n'est pas très rare, à ce stade, de voir se produire de l'hydronephrose avec distension énorme des uretères (Wertheim); on a même cité des cas très exceptionnels dans lesquels l'ouraque redevenu perméable avait permis la sortie de l'urine au niveau de l'ombilic.

La *rupture de la vessie* sous la seule influence de la distension poussée à l'extrême a été observée; mais ces éclatements sont tout à fait rares et dans l'immense majorité des cas la rupture reconnaît pour cause une *gangrène* des parois vésicales. C'est la gangrène vésicale qui est le grand danger de la rétroversion de l'utérus gravide. Pinard, en 1887, avait émis l'opinion que le sphacèle avait dû à l'oblitération des artères de la vessie. Aujourd'hui cette hypothèse doit être corrigée. C'est l'*infection* qui est l'agent du processus gangréneux. Ce processus peut atteindre seulement la muqueuse vésicale, et l'on a vu sur des pièces anatomiques toute la muqueuse détachée des couches sous-jacentes et tombée dans l'intérieur de la vessie (Schates). Mais les parois musculaires sont elles-mêmes frappées de sphacèle dans d'autres cas, et la vessie se trouve, sur une plus ou moins grande surface, réduite à son enveloppe celluleuse et péritonéale. Malgré d'aussi graves désordres, certaines malades ont pu guérir, leur réservoir urinaire se trouvant alors transformé en un bloc fibreux creux dépourvu de toute contractilité.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide varie suivant l'époque à laquelle on voit la malade, et suivant le degré des lésions.

Dans les six premières semaines de la grossesse, si des manœuvres très simples ne suffisent pas à corriger la déviation, le mieux est de ne pas insister: la réduction pourra se faire spontanément un peu plus tard.

Si la rétroversion persiste à trois mois ou trois mois et demi, ou si l'on voit pour la première fois la malade à