

l'épaisseur des parois utérines étant les mêmes aux divers segments de l'organe. Dans la grossesse, au contraire, tandis que le corps de l'utérus augmente de volume et que ses parois s'hypertrophient, l'isthme devient mou et s'amincit; le col et le corps sont donc séparés par un segment de résistance très affaiblie, et pour peu que l'utérus ait tendance à s'incliner en arrière le corps basculera vers la concavité sacrée: un utérus mal équilibré se mettra en rétroversion franche; une rétroversion déjà existante deviendra rétroflexion; un utérus non enclavé s'enclavera. La grossesse favorise encore les déviations en arrière en augmentant la laxité des ligaments postérieurs; cette laxité s'accroît avec le nombre des gestations, et les statistiques montrent en effet la plus grande fréquence des rétroflexions chez les multipares (13 primipares et 66 multipares sur un total de 79 cas).

Le rétrécissement antéro-postérieur du bassin est donné par nombre d'auteurs comme une cause directe de rétroversion de l'utérus gravide; ainsi énoncée, la proposition est fautive. Ces viciations pelviennes sont une cause d'enclavement de l'utérus rétroversé, mais non une cause de rétroversion.

La rétroversion est une complication des premières semaines de la grossesse; elle se produit au moment de l'amincissement et du ramollissement de l'isthme, vers la 5e, 6e ou 7e semaine. Dès qu'elle existe, trois éventualités sont possibles:

*L'avortement;*

*Le redressement spontané de l'utérus;*

*L'incarcération de l'utérus.*

L'avortement est précoce au cours des rétroversions; il survient d'ordinaire vers la huitième ou la dixième semaine. La fausse couche est déterminée non pas tant par la déviation elle-même que par l'infection de l'endometrium. De ce fait, on peut donner plusieurs preuves: l'avortement se produit surtout dans les rétroversions adhérentes; quand la malade mène sa grossesse à terme, le placenta présente toujours des altérations. La seule particularité de ces fausses couches est la fréquence des rétentions placentaires.

Le redressement spontané de l'utérus est certainement très fréquent, et, par suite, bien des rétroversions restent méconnues. La déviation se corrige par le mécanisme suivant: la paroi postérieure de l'utérus se trouvant à l'étroit dans la concavité du sacrum ne peut se développer librement; c'est la paroi antérieure, tournée vers le détroit supérieur, qui éprouvera le moins de gêne: c'est donc sur elle que portera surtout la dilatation de la cavité utérine, ce qui revient à dire que cette partie remontera vers le détroit supérieur. La région distendue à l'excès tire après soi, petit à petit, le reste de la paroi utérine, et la réduction finit par s'opérer. Les tractions effectuées de la sorte sur le fond de l'utérus sont si puissantes qu'elles tendent et rompent parfois les adhérences qui maintenaient l'organe en position vicieuse (Treub); on conçoit donc que certaines rétroversions adhérentes aient guéri à la suite d'une grossesse.

Le redressement commence en général à s'effectuer

breux et peu accusés; on pourrait les résumer ainsi: "ça tire entre le deuxième et le troisième mois; il est parachvé à trois mois et demi ou quatre mois; les premiers temps sont lents, les derniers temps sont souvent très rapides: il n'est pas rare de voir la réduction proprement dite se faire avec une brusquerie qui provoque de vives douleurs. On peut dire qu'un utérus rétrofléchi "est en route pour le redressement" quand sa paroi antérieure a dépassé les limites du détroit supérieur.

Les symptômes fonctionnels qui traduisent la rétroflexion de l'utérus gravide sans incarceration sont peu nombreux et "ça pèse". Les malades se plaignent en effet de quelques tiraillements dans les régions inguinales droite et gauche, et d'une pesanteur du côté de l'anus. A ce degré-là de la déviation, les symptômes vésicaux sont souvent presque nuls, la constipation, très peu marquée.

Les signes physiques de la rétroversion sont tellement nets, en théorie, que le diagnostic par le toucher bimanuel semble devoir être des plus faciles: le doigt rencontre très en avant le col utérin, et trouve dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse un peu pâteuse représentant le corps. Cela paraît élémentaire et toute confusion semble impossible. En réalité, la confusion est très fréquente, et les erreurs de diagnostic ne se comptent pas. L'erreur commune est toujours la même: on oublie que le col utérin s'allonge beaucoup pendant la grossesse, au point de s'élever au-dessus de l'aire du détroit supérieur; on prend pour le fond de l'utérus la coudure isthmique située entre le col et le corps, et le corps lui-même, qui remplit le cul-de-sac de Douglas, est pris pour une tumeur rétro-utérine, trompe gravide ou non, fibrome, kyste de l'ovaire par exemple.

Quand la rétroversion n'interrompt pas la grossesse et que l'utérus ne se redresse pas spontanément, trois modalités évolutives peuvent se produire:

L'utérus se redresse partiellement;

L'utérus se relève sans se redresser;

L'utérus s'incarcère.

Le redressement partiel est très rare et M. Bar n'a pu en relever que cinq ou six cas indiscutables. Il ne s'agit en réalité que d'un redressement apparent; le fond et la paroi postérieure de l'utérus restent profondément situés dans l'excavation pelvienne, où des adhérences contribuent souvent à les maintenir; le redressement se fait aux seuls dépens du segment inférieur, qui s'élève plus ou moins au-dessus du détroit supérieur. Ici encore, les erreurs de diagnostic sont très communes, presque constantes; la tumeur dure postérieure représentant le corps utérin paraît indépendante de la masse supérieure, tendue mais fluctuante, formée aux dépens du segment inférieur et est prise pour un fibrome au-dessous d'un utérus gravide.

Plus rares encore sont les cas dans lesquels l'utérus tout entier se relève et quitte l'excavation pelvienne sans se redresser, c'est-à-dire sans que l'axe du col et l'axe du corps reprennent leurs rapports normaux. On ne peut guère citer que deux observations de cet ordre appartenant l'une à Delbet, l'autre à Segond, Pinard et Couvelaire. Dans l'observation de Delbet, c'est un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus qui avait empêché le redressement;