

gestation approchait de son terme; sa faiblesse et sa maigreur étaient extrêmes; la peau était très chaude, le pouls très fréquent, la face profondément altérée, l'abdomen fort développé et très douloureux à la pression; une diarrhée considérable et des vomissements abondants de matières vertes compliquaient cet état de choses. Enfin cette femme offrait toutes les apparences, tous les symptômes d'une inflammation péritonéale. Elle vécut encore quatorze jours dans cet état. A l'autopsie, on trouva une grossesse abdominale; le fœtus, mort depuis peu, pesait sept livres, et il n'existait pas de traces d'inflammation péritonéale (P. Dubois). Dans un cas de grossesse tubaire observée par Lobstein, on retrouve à peu près les mêmes circonstances, et la mort semble devoir être rapportée aux mêmes causes, malgré quelques traces de péritonite chronique. Il s'agit d'une femme encore éloignée de quinze jours du terme de sa grossesse, sujette à la fièvre hectique, qui ressentit les douleurs de l'enfantement étant déjà dans les derniers degrés de l'épuisement: elle y succomba; l'opération césarienne fut faite à l'instant même dans la vue de sauver l'enfant, qui ne survécut pas. Cette terminaison fâcheuse ne survient quelquefois que longtemps après la mort du fœtus et le terme ordinaire de la gestation.

2° *Terminaison par l'élimination du produit de la conception.* Lorsque le fœtus est mort et que toute espèce de vie est éteinte dans l'œuf, le produit de la conception rentre dans les conditions d'un corps étranger ordinaire, dont l'organisme tend à se garantir, soit en fortifiant encore le kyste qui doit l'envelopper provisoirement ou définitivement, soit en l'éliminant au-dehors par différentes voies. Dans ce dernier mode, dont nous allons exposer les principaux traits, à une époque variable, tantôt très rapprochée, tantôt très éloignée de la mort du fœtus, il survient un travail inflammatoire dans le kyste, qui se propage aux parties voisines; celles-ci ne tardent pas à contracter de nombreuses adhérences, de manière à mettre un kyste primitif dans les mêmes conditions qu'un kyste secondaire. Ce travail continuant, la matière purulente tend à se frayer une voie dans divers sens; et une inflammation ulcéralive finit par mettre le kyste en communication avec l'extérieur sur quelques points de l'abdomen, ou avec quelques uns des organes creux qui sont renfermés dans cette cavité, et le fœtus est expulsé à la longue, en partie ou en totalité, par fragments avec les produits de l'inflammation. Le travail d'élimination présente des phénomènes différents, des conditions plus ou moins favorables, suivant la voie par laquelle il se fait. En tenant compte des observations, on voit que l'élimination peut avoir lieu sur tous

les points de la paroi antérieure de l'abdomen: on l'a observée aux aines, à l'hypogastre, à l'ombilic, etc. Lorsque le kyste s'ouvre ainsi à l'extérieur, il présente cela d'avantageux qu'on peut facilement agrandir l'ouverture et extraire les parties du fœtus à mesure qu'elles se présentent. Le canal intestinal, et en particulier le rectum et le gros intestin sont les voies par lesquelles le produit de la conception se fraie le plus ordinairement un passage; il est ensuite expulsé par les selles. Dans quelques cas rares, il a pénétré dans l'intestin grêle, l'estomac, et des parties de fœtus ont été rendues par le vomissement. Le kyste s'est ouvert assez souvent dans le vagin. Plusieurs fois les débris du fœtus ont passé dans la vessie, qui a pu, dans quelques cas, se débarrasser par l'urètre de quelques os, d'un volume même assez considérable; mais le plus souvent, ils sont restés dans la vessie et sont devenus l'origine d'incrustations calcaires. Dans un cas rapporté par Morlane, les débris du fœtus sortirent successivement par le rectum et la vessie; mais deux pierres et cinq portions d'os du crâne, non encore incrustées, furent retirées par la lithotomie avec un succès complet. La circonstance d'une double communication du kyste, qui se trouve signalée dans cette observation, se rencontre dans plusieurs autres. On a vu assez souvent des kystes ouverts à la fois dans l'intestin et sur un point de la paroi abdominale; enfin le kyste peut s'ouvrir dans la cavité du péritoine et donner bientôt lieu à une péritonite promptement mortelle.

Le travail d'élimination est souvent accompagné d'accidents graves, et met ordinairement un temps fort long à s'accomplir. Il peut survenir une inflammation violente qui s'étend aux parties voisines et qui détermine la mort; mais le plus souvent, elle survient à la suite de la suppuration abondante et prolongée, qui produit l'épuisement et le marasme. Dans un grand nombre de cas, l'organisme résiste, les parties du fœtus sortent les unes après les autres, le kyste se déterge et revient sur lui-même, la plaie finit par se cicatriser, ou se réduit à un ulcère fistuleux sans gravité. Lorsque la perforation du kyste est ainsi le résultat d'une inflammation ulcéralive, on n'a pas d'hémorrhagie mortelle à redouter; et s'il survient assez souvent des écoulements de sang, ils sont généralement peu abondants.

L'époque où commence le travail d'élimination est très variable; c'est tantôt peu de temps après la mort du fœtus, tantôt après plusieurs années seulement.

3° *Conservation prolongée ou définitive du produit de la conception à l'intérieur.* Dans un autre ordre de faits, l'organisme semble s'habituer tout-à-fait à la présence de ce corps étranger, et

le kyste, soit primitif, soit secondaire, qui renferme le fœtus, devient un organe protecteur et isolant définitif. L'effort de l'organisme n'est pas dirigé dans le but de produire une élimination, mais de rendre le kyste plus approprié à son usage; il perd en partie ses caractères de kyste gestateur; les vaisseaux qui étaient si développés tendent à revenir à leur type primitif; les parois s'épaississent, deviennent plus résistantes: tantôt sa surface externe reste libre; mais le plus souvent, surtout si le fœtus a un certain volume, il survient un léger travail d'inflammation qui détermine son adhérence à la portion du péritoine avec laquelle il est en contact, et se fortifie en rentrant dans les conditions des kystes secondaires: ceux-ci prennent également avec le temps plus de consistance et de solidité. Les changements qui surviennent dans l'œuf, consécutivement à la mort du fœtus, rendent compte de l'innocuité d'un pareil corps et de la tolérance de l'organisme à son égard: c'est très improprement qu'on a appliqué le mot de putréfaction à ces changements; la décomposition putride y est complètement étrangère. Si on l'observe dans les cas d'élimination, où elle favorise la dissolution des parties molles et l'isolement des pièces osseuses, elle ne commence qu'après la communication du kyste avec l'extérieur, mais on n'observe rien de semblable lorsque le fœtus reste renfermé dans son kyste. Tantôt les membranes de l'œuf sont détruites, tantôt elles restent intactes, et sont plus ou moins confondues avec la paroi du kyste. L'eau de l'amnios finit par disparaître complètement; la peau, les muscles et toutes les parties solides conservent longtemps leur aspect. Les parties moins consistantes, comme le cerveau, le foie, se liquéfient. Dans quelques cas, un ramollissement très prononcé s'empare de toutes les parties molles, et plusieurs os deviennent libres. Dans cet état de choses, il se déclare assez souvent un travail d'élimination provoqué par la présence d'un os dont les aspérités et les saillies déterminent l'inflammation et la perforation du kyste. Une certaine portion des parties liquéfiées, ou ramollies du fœtus sont emportées par les voies de l'absorption. Dans le cas où l'âge peu avancé du fœtus permet une dissolution facile de toutes les parties molles, elles peuvent disparaître complètement. Puisqu'il existe quelques cas où l'on n'a trouvé pour toute trace de fœtus que des os, on conçoit qu'à une époque encore plus rapprochée de la conception, l'embryon tout entier puisse disparaître. Mais dans les cas ordinaires, surtout lorsque le fœtus a acquis un certain volume, il n'y a que les parties les plus fluides qui sont éliminées par les voies de l'absorption; les parties solides subissent à la longue diverses transformations; on les a trouvées

converties en une substance analogue au gras de cadavres, infiltrées et incrustées de matières terreuses, crétaées et même osseuses; et dans plusieurs cas le kyste, en se resserrant, est devenu fibreux, fibro-cartilagineux. C'est dans ces états divers qu'on a trouvé le kyste et les débris du fœtus sur des femmes qui ont porté dans leur sein des produits de conception pendant dix, vingt, trente, quarante, cinquante ans, sans que rien dans leur état en ait fait soupçonner l'existence pendant la vie.

Parmi les femmes qui ont porté pendant un temps plus ou moins long, ou le reste d'une vie ordinaire, des produits d'une grossesse extra-utérine, les unes ont joui d'une santé sinon parfaite, au moins satisfaisante. Les troubles fonctionnels ont cessé, la menstruation s'est rétablie, et quelques unes ont conçu et ont accouché heureusement. Dans un cas, la conception a suivi de près la mort du fœtus extra-utérin, et peut-être ces deux grossesses ont-elles pu exister simultanément pendant quelque temps. Hérisant rapporte l'observation d'une femme qui avait porté pendant vingt-sept mois un fœtus extra-utérin, dont on fit l'extraction par la gastrotomie; pendant ce temps, elle en avait conçu un autre dont elle était accouchée heureusement. Les autres restent valétudinaires; leur santé ne se rétablit jamais d'une manière complète, et le terme de leur vie est abrégé, soit qu'elles périssent dans le marasme, ou à la suite de complications dont la présence du produit extra-utérin est la cause.

Maintenant que nous avons suivi la grossesse extra-utérine dans toutes ses phases, il nous reste une juste idée de sa gravité. Nous avons vu qu'abandonné aux ressources de la nature, le fœtus est inévitablement voué à la mort, et que la mère succombe, dans la grande majorité des cas, aux accidents propres à cette grossesse.

6. *Indications.* Les ressources de l'art, envisagées d'une manière générale, se présentent à l'esprit sous deux points de vue opposés, mais également décourageants, soit que, comptant sur les efforts de l'organisme, que nous nous sommes attaché à faire connaître plus haut, on se borne par des palliatifs souvent insuffisants à prévenir les accidents, à les combattre, et à favoriser l'issue des parties du fœtus, lorsque la grossesse marche vers la terminaison par l'élimination du produit de la conception, soit qu'on ait recours à l'instrument tranchant pour frayer une voie au fœtus et débarrasser la mère du danger qui la menace incessamment. Mais, dans ce cas, en sauvant la vie de l'enfant, on met la mère dans un état excessivement fâcheux, et on la prive des deux chances de salut qui lui restent, l'élimination spontanée et la trans-

formation du kyste et de son contenu en une tumeur compatible avec un état de santé satisfaisant.

Nous allons déduire des indications précises des divisions mêmes que nous avons établies d'après la marche et la terminaison de la grossesse extra-utérine.

1° Lorsque la grossesse extra-utérine a une marche régulière et qu'elle n'est pas compliquée d'accidents sérieux, elle n'exige pas de détermination grave avant le terme ordinaire de la grossesse ou au moins avant que le fœtus soit viable. Si elle est reconnue, ou au moins soupçonnée, car nous avons vu qu'il était fort difficile, pendant les premières périodes, de la distinguer de la grossesse ordinaire, on recommandera d'éviter les mouvements brusques et les efforts qui peuvent déterminer la rupture du kyste. Dans le même but, on tiendra le ventre libre, on ne laissera pas accumuler l'urine dans la vessie. Les douleurs vives que détermine l'ampliation du kyste seront combattues par la saignée, par des fomentations émollientes, par les calmants; car, à chaque instant, on doit craindre de voir survenir la rupture du kyste, qui fait périr avant le cinquième mois près de la moitié des femmes affectées de grossesse extra-utérine. L'événement le plus heureux pour la mère, qui puisse arriver, est la mort du fœtus à une époque encore rapprochée du terme de la conception: l'œuf, cessant de grossir, devient moins souvent une cause de rupture du kyste, et forme un corps étranger d'un volume médiocre dont le séjour définitif dans l'économie, ou l'élimination n'offre plus, en général, les mêmes dangers que lorsqu'il a acquis un développement plus considérable. La pensée de mettre obstacle au développement de l'œuf a dû naturellement se présenter à l'esprit des praticiens; et, comme l'a fait observer M. Dézeiméris, le fœtus pouvant être considéré comme voué à une mort presque inévitable, il serait rationnel de tout tenter en vue de la conservation de la mère. Si donc il y avait un moyen de faire périr, sans compromettre l'existence de la mère, le produit de la conception, qui menace sans cesse les jours de celle-ci, ce moyen il faudrait l'employer sans scrupule, et la morale le sanctionnerait comme un bienfait de l'art. Peut-être est-ce là une chose qui n'est pas absolument impossible.

2° Si, pendant la période qui nous occupe, la rupture du kyste survient, comme cela n'arrive que trop souvent, rien ne saurait justifier le conseil d'aller chercher le produit de la conception dans le sein de la mère par une section d'un point de la paroi abdominale. Le fœtus n'étant pas viable, ses intérêts ne doivent pas entrer en ligne de compte. Le danger le plus immédiat

pour la mère est dans l'hémorrhagie; puis, si elle survit, dans l'inflammation du péritoine; et, quoique la présence du fœtus ne soit pas dans ce dernier cas, comme dans le précédent, une chose indifférente, son extraction en ouvrant le péritoine la mettrait dans des conditions beaucoup plus défavorables. On se bornera d'après les symptômes à combattre l'hémorrhagie, par les réfrigérants, la glace sur le ventre, etc., et l'inflammation par les moyens antiphlogistiques appropriés à l'état de la malade, afin de la limiter le plus possible et de favoriser la formation d'un kyste secondaire autour de l'œuf et du fœtus. Si elle survit, elle rentre dans l'une des catégories dont les indications seront établies ci-après.

3° Si la grossesse extra-utérine est parvenue d'une manière régulière à une époque où la viabilité du fœtus est pleinement assurée, et s'il donne des signes positifs de vie, on aura à décider si on doit continuer la médecine expectante ou pratiquer la kystotomie. Ce dernier moyen a été plusieurs fois employé, et il est généralement conseillé, malgré quelque opposition. Les fausses applications qu'on a faites de ce précepte et la confusion qui en est résultée rendent nécessaire d'établir une doctrine précise à cet égard. Dans le cas posé ci-dessus, les raisons de pratiquer la section de la paroi abdominale et du kyste semblent péremptoires. Non seulement le fœtus est vivant, mais il est viable, et l'époque peu avancée de la grossesse permet d'établir d'une manière certaine qu'il s'agit bien réellement de grossesse extra-utérine. En agissant à temps, on est presque assuré de sauver la vie du fœtus. Si ce dernier point ne semble pas complètement justifié par l'observation, cela dépend de ce que l'on a plusieurs fois opéré dans des circonstances où l'on ne pouvait pas espérer le résultat qu'on cherchait à obtenir. Du côté de la mère, ce moyen extrême est justifié par les dangers prochains ou éloignés dont elle est menacée. Il existe des cas où la nécessité d'opérer est plus urgente et ne permet pas de temporiser, comme on pourrait à la rigueur le faire dans le cas posé plus haut: c'est lorsque des douleurs opiniâtres de travail se manifestent et menacent de faire éclater le kyste dans le péritoine, ou bien lorsque la femme tombe dans cet état d'épuisement qui menace de devenir mortel. En la débarrassant à temps, on peut dans quelques cas prévenir une terminaison funeste. La plupart des motifs qui légitiment l'opération césarienne, lorsque l'extraction du fœtus par la voie naturelle est absolument impossible, sont applicables aux cas de grossesse extra-utérine qui nous occupent. La gravité de ces deux opérations, ou de la même opération dans deux circonstances dif-

férentes semble plus grande encore dans l'état de grossesse extra-utérine. Cette inégalité provient de la différence d'organisation des kystes gestateurs. Dans l'opération césarienne, l'hémorrhagie n'est pas ordinairement la cause de la mort; la contraction de l'utérus ferme les vaisseaux ouverts par la division de son tissu et par le décollement du placenta. Le kyste extra-utérin ne jouissant que d'une contractilité obscure, sa section et le décollement du placenta deviennent la source d'hémorrhagies très abondantes; nous avons vu la rupture du kyste être ordinairement suivie d'une hémorrhagie mortelle, même à une époque très rapprochée de la conception. Le placenta est souvent plus adhérent que dans la grossesse ordinaire, et on est exposé à déchirer le kyste: aussi plusieurs auteurs ont-ils donné le conseil de l'abandonner à l'élimination, si son décollement présente des difficultés, malgré les accidents dont sa décomposition peut être la cause. En présence de ces faits, on doit trouver très rationnel le conseil de Guentz, rappelé par M. Dézeiméris. Il pense que, dans les cas de grossesse tubaire, où la trompe aurait acquis un développement ou une vascularité considérable, et où la portion par laquelle elle tient à l'utérus aurait peu de volume, il vaudrait peut-être mieux en faire l'extirpation que de la laisser dans cet état, surtout si la totalité de l'œuf ne pouvait s'en détacher sans violence; on pourrait en faire autant pour la grossesse ovarique dont le kyste serait resté libre d'adhérence. Dans quelques cas, le kyste présente une particularité avantageuse pour pénétrer dans son intérieur par une incision: c'est lorsqu'il a contracté des adhérences en avant avec la paroi abdominale.

Le lieu de l'incision, qui se rencontre ordinairement sur un point de la portion sous-ombilicale de la paroi de l'abdomen, et quelquefois sur le vagin, est déterminé par le siège du kyste. Lorsqu'il s'agit d'extraire un fœtus vivant, il vaut mieux inciser la paroi abdominale que le vagin. Par cette voie, il faudrait encore appliquer le forceps, ou aller chercher les pieds avec la main. Dans l'un et dans l'autre cas, on s'expose à déterminer des ruptures; cependant, si la tête était fortement engagée dans l'excavation, c'est par le vagin qu'il faudrait pénétrer dans le kyste.

La kystotomie faite dans les conditions précitées compte déjà de dix à douze succès; dans deux cas, on a pu sauver la mère et l'enfant.

4° Lorsque la rupture du kyste survient à cette époque avancée de la grossesse, soit sans cause appréciable, soit par les efforts d'un travail infructueux, l'hémorrhagie et l'inflammation sont toujours les accidents les plus immédiatement redoutables, qu'il

faut avant tout s'empresse de combattre, et on ne doit avoir recours à l'opération que lorsque la mort de la mère est imminente et qu'on conserve quelque espérance de sauver le fœtus: car elle ne peut nullement remédier à l'écoulement du sang, et la présence du fœtus dans le péritoine est moins propre à déterminer une inflammation mortelle que l'opération nécessitée pour l'enlever. On ne peut pas même s'autoriser du devoir de sauver l'enfant: car, à moins que l'accident n'arrive en quelque sorte sous les yeux du chirurgien, il succombe peu de temps après la rupture de son kyste. Dans ce cas, à moins qu'il ne donne des signes de vie, il faut se borner à combattre les accidents inflammatoires et à favoriser la formation d'un kyste secondaire qui isole de nouveau le produit de la conception.

5° Si la grossesse extra-utérine est parvenue à cette période indéterminée par sa durée où les phénomènes organiques de la gestation cessent par la mort du fœtus, et où celui-ci, renfermé dans un kyste primitif ou secondaire, rentre dans les conditions d'un corps étranger, plus ou moins volumineux suivant le temps qu'il a vécu, plusieurs cas peuvent se présenter: 1° la santé générale n'est que médiocrement compromise; les incommodités et les douleurs qui en résultent ne diffèrent pas sensiblement de celles que provoqueraient un corps fibreux, un kyste ordinaire de volume égal; tant que cet état de choses durera, on doit s'interdire formellement toute opération dans la vue d'extraire le fœtus; 2° sa présence cause des accidents plus ou moins graves; l'amaigrissement, la faiblesse, augmentent, et l'existence est prochainement menacée. Si le kyste est accessible, on devra pratiquer l'opération avant que la malade soit tombée tout-à-fait dans l'épuisement. Les conditions de succès sont moins défavorables que dans les cas où les phénomènes actifs de la gestation persistent. Les kystes secondaires adhèrent de toutes parts aux parties avec lesquelles ils sont en contact; leur vascularité n'est pas assez grande pour donner lieu à des hémorrhagies graves. Les kystes primitifs finissent fréquemment par contracter des adhérences fort étendues, et rentrent, sous ce rapport, dans les mêmes conditions que les précédents; les changements consécutifs survenus dans leurs parois ne font plus redouter au même degré l'hémorrhagie. Toutes les fois qu'ils seront en contact avec le vagin ou avec un point de la paroi abdominale, on peut espérer de pénétrer dans le kyste par des points adhérents et isolés du reste du péritoine. S'il restait quelques craintes, on pourrait employer la méthode qu'on a conseillée pour les abcès ou les kystes de l'abdomen, qui consiste à pratiquer l'opération en deux temps: dans le premier, on incise toutes les

parties jusqu'au péritoine; dans le second, on ouvre le kyste quelques jours après. Le lieu de l'élection est déterminé par le point où la tumeur est le plus rapprochée de l'extérieur. Si le vagin se trouve dans ce cas, on doit préférer cette voie à toute autre, à moins de contre-indications particulières : la matière, les humeurs y trouvent un écoulement plus facile. Dans quelques cas, c'est par le rectum qu'on a été forcé de pénétrer dans le kyste. Si un travail d'élimination s'était manifesté sur un point de l'abdomen par la formation d'un abcès, c'est sur ce point qu'il faudrait inciser, car on serait certain qu'il est adhérent au kyste. Des adhérences du fœtus avec le kyste peuvent rendre difficile et même impossible son extraction immédiate, sans compromettre le succès de l'opération, qui est complétée par un travail d'élimination. Chez une femme arrivée au vingt-deuxième mois d'une grossesse extra-utérine, M. P. Dubois pratiqua l'incision vaginale, se proposant d'appliquer le forceps sur la tête du fœtus, et de l'extraire en totalité. Les parois du vagin et du kyste étant incisées, il s'aperçut qu'il existait des adhérences intimes entre les parois du kyste et la tête du fœtus, qui le forcèrent de renoncer à l'opération. Elle ne fut pas tentée sans résultat : les lèvres de la plaie ne se réunirent pas; au bout de quelques jours, il survint une fonte putride de toutes les parties molles du fœtus; les os du squelette, désunis, furent peu à peu extraits à l'aide de longues pinces et d'injections souvent répétées. Deux mois après l'opération, la malade fut complètement guérie.

6° Lorsque la grossesse se termine par l'élimination du corps étranger, c'est un travail souvent difficile et dangereux, qu'il faut aider. On devra, dans beaucoup de cas, débrider l'ouverture, afin de rendre plus facile la sortie ou l'extraction des parties du fœtus. Suivant les cas, on aura à modérer l'intensité de l'inflammation, à favoriser l'écoulement du pus et des matières putrides, à soutenir les forces de la malade par un régime approprié.

Si les débris du fœtus ont passé dans la vessie, on devra décider si on doit les extraire par l'une des méthodes à l'aide desquelles on débarrasse cet organe des corps étrangers qui se forment dans son intérieur. Lorsque le kyste s'est ouvert dans le rectum ou le gros intestin, les parties du fœtus entraînées par les selles sont quelquefois arrêtées à l'anus; mais il suffit le plus souvent d'en changer la direction, et de tractions modérées pour les attirer au-dehors.

SECTION III. — Déplacements de l'utérus pendant la grossesse.

I. RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS. — Elle est le plus commun des déplacements de l'utérus pendant la gestation. Le développement de cet organe, se faisant d'abord avec plus d'activité par son fond et sa face postérieure, y prédispose d'une manière toute particulière. Nous avons déjà dit que, pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse, le col s'abaissait et se portait en avant. Cependant la tendance de l'utérus à se renverser en arrière est déjà très prononcée dans son état de vacuité. Dans ces deux conditions de la vie des femmes, la rétroversion est beaucoup plus fréquente que l'antéversion. La rétroversion, de même que l'antéversion, le prolapsus, est favorisée par une laxité anormale des parties qui unissent l'utérus au bassin, par un premier degré de ce même déplacement antérieur à la grossesse, par une trop grande amplitude du bassin, etc.

La constipation et la réplétion de la vessie, qui sont un des effets constants de ce déplacement, en sont quelquefois la cause. On ne peut cependant pas partager l'opinion de G. Hunter, qui considérait la rétention d'urine comme étant la cause et non l'effet de la rétroversion : car, pendant la période de la grossesse où on l'observe ordinairement, l'excrétion de l'urine éprouve peu de difficulté, si l'utérus conserve sa position ordinaire. D'ailleurs, la distension de la vessie n'a pas l'effet qu'on peut lui supposer *à priori*. En effet, M. Burns a fait voir qu'en distendant la vessie, le col de l'utérus est porté en haut et en avant, et le fond repoussé en arrière, redressé, et même quelquefois un peu incliné vers le sacrum. Mais si, dans cet état, on cherche à entraîner le fond dans la courbure du sacrum, on rencontre plus de difficulté que dans l'état de vacuité de la vessie, et il reprend sa place primitive avec plus de vitesse, lorsqu'on cesse de le fixer. Cela dépend de ce que l'utérus est uni à la vessie d'une manière assez intime par plus de la moitié de sa face antérieure; celle-ci, en se distendant, soulève la portion de péritoine qui se réfléchit sur l'utérus, le fixe plus étroitement à sa face postérieure, et l'empêche de basculer en arrière. Je ne crois pas qu'on puisse en conclure qu'il doit toujours être de même : lorsqu'on distend brusquement la vessie sur le cadavre, elle conserve sa forme primitive; tandis que, si la distension survient à la longue, par l'accumu-