

si prononcée que le ventre retombe sur les parties externes de la génération et quelquefois même sur les cuisses, jusqu'au niveau des genoux.

Dans les obliquités latérales, le fond forme une proéminence vers un des côtés de l'abdomen, tandis que le col utérin est incliné du côté opposé. L'inclinaison antérieure est la plus fréquente; elle peut dépendre du relâchement des parois abdominales, d'une conformation vicieuse de la colonne rachidienne, de l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin ou de toute autre cause qui force la matrice à s'incliner en avant.

L'obliquité latérale droite est également assez fréquente, tandis que celle du côté gauche est très rare, parce que le rectum et la courbure du colon qui sont souvent distendus par des matières fécales, empêchent que l'utérus ne s'incline dans ce sens. Outre la direction vicieuse du bassin, on a encore assigné aux obliquités latérales une foule d'autres causes, telles que la brièveté de l'un des ligaments utérin, le relâchement d'un côté et la constriction de l'autre résultant d'une inflammation ou d'un état spasmodique, l'habitude de se coucher toujours du même côté, surtout du côté droit, enfin la présence d'une tumeur considérable dans l'abdomen ou dans l'un des ovaires. *Leuret* et la plupart des accoucheurs ont supposé que l'obliquité de la matrice dépendait de l'attache

du placenta sur un des points de ce viscère qui était entraîné du côté où avait lieu l'insertion. Si l'obliquité dépendait de cette dernière cause, le placenta s'insérerait plus souvent à droite qu'à gauche, et son insertion antérieure serait beaucoup plus fréquente que la postérieure, ce qui n'est pas, quoique l'obliquité latérale droite ait lieu 99 fois sur 100, et que l'inclinaison postérieure soit regardée comme à peu près impossible, lorsque le bassin et la base de la colonne vertébrale ne sont pas le siège d'un vice de conformation.

Si les inclinaisons utérines, qui ont lieu pendant la vacuité, méritent peu de fixer l'attention des praticiens, il n'en est pas de même pendant l'état de gestation. Selon *Deventer* elles doivent être rangées parmi les causes les plus fréquentes des accouchements difficiles: quoique cette assertion soit un peu exagérée, il est facile de comprendre comment les obliquités peuvent souvent apporter un grand obstacle à la prompte terminaison de la parturition, si l'on réfléchit que lorsque l'orifice de l'utérus se trouve appliqué contre les parois du bassin, les forces expulsives n'agissent pas dans la direction du canal vulvo-utérin, et que dans ce cas la dilatation du col ne peut se faire que difficilement et avec lenteur. Quand le bassin est large, il arrive souvent que la tête, en descendant, entraîne au devant d'elle le corps de

la matrice qui vient se présenter à la vulve, tandis que le museau de tanche est fortement porté en arrière; lorsque, au contraire, le bassin est étroit, l'utérus n'est pas entraîné par la tête, mais les efforts qui tendent à faire avancer cette dernière, qui alors est comme coiffée par une des parois du viscère, peuvent donner naissance à des contusions, à des distensions, et exposer l'organe gestateur à s'enflammer et même à se rompre, si l'on ne remédie pas promptement à son obliquité.

Les inclinaisons utérines qui ont lieu hors de l'état de grossesse n'exigent aucun traitement spécial, car on fait disparaître en partie les incommodités qui résultent d'une obliquité extrême, en soutenant l'abdomen au moyen d'un suspensoir; sans cette précaution la femme éprouverait, surtout vers les derniers temps de la gestation, des douleurs vives vers les aines et les lombes, et une sorte d'engourdissement du côté correspondant à la déviation.

Pour éviter la stérilité qui peut être la conséquence d'une obliquité utérine, on devra, pendant les rapprochements sexuels, faire incliner la femme du côté opposé à l'inclinaison du col, et la même précaution sera prise au moment de l'accouchement; on tâchera de ramener le fond de la matrice au centre de la cavité abdominale en soutenant et en pressant légèrement ce viscère avec

une main placée sur l'abdomen; jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ce résultat, on engagera la femme à modérer le plus possible toute espèce d'efforts expulsifs. Si ces moyens ne suffisaient pas pour replacer le col au milieu de la cavité pelvienne, on y parviendrait le plus souvent, en introduisant deux doigts dans l'orifice, que l'on devrait maintenir dans cette situation jusqu'à ce qu'il se fût dilaté et que la poche des eaux fût bien formée. On éviterait par cette manœuvre aussi simple que facile, bien des douleurs à la femme, et par la position favorable où l'on aurait placé le col de la matrice, on faciliterait la dilatation de ce dernier, et on abrègerait de beaucoup le travail. Dans la plupart des cas de ce genre, une saignée serait indiquée, principalement lorsqu'on aurait différé d'avoir recours à la manœuvre que nous venons de faire connaître.

DU RENVÈREMENT OU INVERSION DE LA MATRICE.

Le renversement de la matrice est une affection dans laquelle cet organe se retourne complètement ou en partie sur lui-même, à la manière d'un sac ou d'un doigt de gant, de telle sorte que sa face interne, devient externe *et vice versa*.

L'inversion utérine, qui peut avoir lieu pendant l'état de vacuité ou au moment de la parturition,