

L'autopsie révèle toujours le déplacement et, de plus, la cause de la mort; que ce soit l'inflammation de la vessie et de l'utérus, ou bien la rupture de l'un de ces organes et une péritonite consécutive.

[Nous pouvons rapprocher du fait précédent l'observation suivante, publiée par Courtois, de Coulommiers (1).

OBSERVATION II. — *Rétroversion et prolapsus de l'utérus à trois mois et demi de grossesse. Mort de la malade.* — Le 18 août 1864, je fus appelé en consultation par un confrère auprès de madame X..., âgée de vingt-cinq ans, primipare et malade depuis un mois environ. Voici ce qui était arrivé :

Cette jeune femme, mariée depuis quatre mois, n'a pas vu ses règles reparaitre depuis cette époque; aussi se croit-elle enceinte depuis trois mois et demi à peu près. Elle est petite, peu forte, mais bien conformée cependant. Toujours bien réglée, elle n'a jamais eu de fleurs blanches et n'a jamais fait, du reste, aucune maladie. Il y a un mois, elle ressentit, en lavant, une douleur vive dans l'abdomen, et aussitôt les eaux s'écoulèrent en quantité assez considérable. Cet écoulement dura encore quelques jours, après quoi il finit par s'arrêter spontanément. Ce fut alors que, voyant son mal s'augmenter encore, elle consulta son médecin ordinaire, qui put alors facilement constater une rétroversión de l'utérus dont le fond reposait dans la concavité du sacrum, tandis que le col, remonté derrière la symphyse des pubis, était inaccessible au toucher.

Le cas parut grave; aussi un premier confrère fut-il appelé en consultation. Après quelques manœuvres peu heureuses et sur lesquelles je n'ai pas à m'appesantir, il fut décidé qu'on abandonnerait la malade aux ressources de la nature. Cependant, comme la nature ne pouvait pas tout faire, qu'il y avait rétention complète de l'urine et presque complète des matières fécales, on prescrivit de sonder la malade quatre fois par jour et d'administrer un purgatif toutes les fois que le besoin s'en ferait sentir. On était alors au quinzième jour de la maladie; et madame X..., bien qu'il y eût déjà de la fièvre, était encore dans un état général assez satisfaisant.

Mais le mal fit des progrès rapides; la fièvre, de faible et d'intermittente qu'elle était, devint forte et continue, et cinq jours avant mon arrivée, la malade, en se retournant dans son lit, sentit un craquement violent dans le bas-ventre. A partir de ce jour, les douleurs furent plus vives, plus fréquentes, et la rétention des matières fécales complète. On donna du calomel, des vomissements survinrent, le hoquet apparut, et ce ne fut que deux jours après que quelques selles liquides procurèrent un peu de soulagement à la malade. L'état devenait inquiétant; ce fut alors qu'on me demanda à mon tour. Voici l'état dans lequel je trouvai la malade mon arrivée.

Elle est au lit dans le décubitus dorsal; la face pâle et fatiguée exprime la souffrance; la langue est blanche, peu humide, rouge sur ses bords; les dents et les gencives sont fuligineuses. La peau est sèche et chaude, la soif vive; inappétence. Un hoquet qui remonte à plusieurs jours est devenu presque continu; tendance aux syncopes. Pouls petit, faible, dépressible, mais encore régulier cependant. Rien au cœur ni dans les poumons.

(1) Courtois, *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre 1864, p. 570.

Le ventre est très-sensible, surtout vers les régions iliaques, moins à l'hypogastre, où on sent parfaitement la vessie distendue par l'urine. La sonde, qui n'entre que difficilement (celles de gommes seules peuvent servir) et qu'on est obligé d'introduire à une très-grande profondeur, donne issue à un liquide d'un brun verdâtre, épais, laissant déposer par le refroidissement, et d'une odeur extrêmement fétide, assez analogue à l'odeur de la gangrène humide. Une seule fois, il y a déjà quelques jours, la malade urina, à ce qu'il paraît, du sang presque pur. Efforts continuels et immodérés d'expulsion du côté du rectum.

Quant à la rétention des matières fécales, elle est maintenant complète; les gaz mêmes passent difficilement, aussi y a-t-il un ballonnement assez marqué du ventre. Le toucher rectal permet de reconnaître une tumeur dure, volumineuse, arrondie, qui remplit toute la concavité du sacrum, en s'appuyant sur le périnée et sur l'anus qui fait saillie en dehors. Quant au rectum, il est aplati comme un ruban.

En avant, la vulve dilatée donne passage au col de l'utérus, qui, gonflé, ramolli, sort de deux travers de doigt au dehors. Sa cavité ne donne issue à aucun liquide. Il y a donc rétroversión et prolapsus de l'utérus, et de plus une rétroflexion, de telle sorte que la matrice doit présenter la figure d'une cornue, le col incliné sur le corps. J'ajouterai, pour compléter cet examen, que la malade a déjà eu quelques frissons, et qu'un prurit insupportable se manifeste autour du méat urinaire après chaque cathétérisme.

Un pareil état de choses était évidemment très-grave, et une décision facile encore à prendre, quinze jours auparavant, était aujourd'hui d'une difficulté très-grande, car la faiblesse extrême de madame X... et l'état inquiétant de la vessie m'inspirait de sérieuses inquiétudes sur le résultat définitif de la maladie.

Cependant, comme il était à peu près certain qu'un pareil état de choses abandonné à la nature se terminerait fatalement par la mort dans un délai très-rapproché, je résolus, et c'était maintenant une mince ressource, de tenter la réduction, et au besoin l'avortement, si les tentatives de réduction étaient impuissantes. Mais, avant tout, je voulus calmer les souffrances de la malade et lui donner quelques forces pour supporter l'opération. En conséquence, des cataplasmes légèrement narcotiques furent appliqués sur le bas-ventre (la malade ne pouvait pas supporter les bains), et je fis donner en même temps du sulfate de quinine et de l'extrait de quinquina. Mon confrère devait surveiller la malade de très-près.

Je revins le surlendemain matin; la malade est plus calme, mais si faible que j'hésite à entreprendre la réduction de la matrice dans des conditions aussi désastreuses. L'essai que nous avons fait indiquait clairement qu'on ne pouvait attendre davantage; sollicité de plus par la famille et par madame X... elle-même, je résolus d'agir.

En conséquence, le rectum et la vessie étant vidés, je fais mettre la malade dans la position indiquée par M. Godefroy, de Rennes (1), c'est-à-dire la tête en bas par trois aides, j'essaye de réduire avec les quatre doigts introduits dans le

(1) Eugène Godefroy, *De la rétroversión de l'utérus*. Thèse, Paris, 1858, n° 86; *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 214; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1846.

rectum, qui, chez les femmes enceintes, se laisse facilement dilater. Deux tentatives, trop courtes malheureusement, car elles ne durèrent pas plus d'une minute chacune, ne purent nous donner aucun résultat, et amenèrent presque deux syncopes chez notre malade. Craignant de la voir passer dans mes mains, je m'arrêtai, résolu de pratiquer dès le lendemain un avortement que le prolapsus rendait facile, si toutefois il n'arrivait pas seul d'ici là. Les toniques furent continués; on administra même un peu de bouillon de poulet, qui ne fut pas rendu.

Dans la soirée, quelques douleurs se firent sentir, et dans la nuit madame X... accoucha d'un fœtus mort que je ne pus pas examiner. La malade se sentit très-bien dans la matinée, quand, vers midi, elle fut prise d'une faiblesse subite, et mourut avant qu'on eût eu le temps de lui porter secours.

Les cas de rétroversion simple, sans être communs, sont cependant assez répandus dans la science; ceux qui se compliquent de prolapsus sont plus rares; aussi Martin (de Lyon) (1), décrit-il un cas analogue à celui-ci comme une variété nouvelle. Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est en général très-grave (2); elle nécessite dans presque tous les cas une intervention aussi prompte que possible; car, lorsqu'elle arrive à une époque déjà avancée de la grossesse, les accidents qu'elle détermine peuvent devenir promptement mortels.

Aussi tous les médecins accoucheurs dont le nom fait autorité, tels que Scanzoni (3), John Burns (4), Jacquemier, Moreau (5), Nægélé (6), Chailly-Honoré (7), etc., prescrivent-ils tous la réduction immédiate, et l'avortement si la réduction ne peut se faire et que les symptômes soient menaçants. Le danger de l'avortement sera toujours moins grand que celui auquel le renversement expose la femme.

Dans le cas qui nous occupe, dit M. Courtois, quinze jours auparavant, alors que le prolapsus n'existait pas encore, j'aurais eu à ma disposition des moyens de réduction plus nombreux, et l'état de la malade n'aurait pas rendu mes efforts inutiles. Le procédé de Négrier (d'Agen), employé avec succès par M. Gosselin (8), aurait pu nous servir, si les procédés par le rectum n'avaient pas réussi; enfin, on eût eu comme ressource extrême le chloroforme, que la faiblesse de la malade ne me permit pas d'employer.

Maintenant, à quoi a succombé la malade? A une simple faiblesse

(1) Martin le jeune, *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse*. Paris, 1835.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 6^e édition. Paris, 1862, p. 326.

(3) Scanzoni, *Traité d'accouchements*, p. 116-117.

(4) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1849, p. 293.

(5) Moreau, *Traité pratique des accouchements*. Paris, 1838, p. 222.

(6) Nægélé, *Manuel d'accouchement*. Paris, 1857, p. 115.

(7) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5^e édition. Paris, 1867.

(8) Gosselin, *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 526, et *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1873, t. II.

amenée par la fièvre hectique qui la menait depuis près de quinze jours, ou à une gangrène d'un des organes du bassin, de la vessie, par exemple? C'est ce que l'autopsie n'a pas permis à M. Courtois de vérifier.

Enfin, il est un autre accident qui peut survenir à la suite de la rétroversion, je veux parler de l'enclavement de l'utérus gravide, qui, par les progrès mêmes de son évolution, peut se dégager spontanément; d'autres fois, au contraire, l'enclavement augmente et détermine des accidents plus ou moins graves, si l'on n'y porte un prompt remède, témoin l'exemple suivant, recueilli dans le service de M. Barth, à l'Hôtel-Dieu (1):

OBSERVATION III. — *Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse; enclavement de l'utérus dans le petit bassin; redressement par la main introduite dans le rectum.* — Le 12 août 1864, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans la salle Saint-Landry, n° 28, la nommée B... (Pauline), âgée de trente-huit ans, journalière. De taille peu élevée, cette femme paraît avoir le bassin bien conformé. Elle est habituellement d'une excellente santé, et n'a eu d'autre maladie sérieuse que la petite vérole à l'âge de quinze ans. Régulée pour la première fois à seize ans, elle a eu depuis ce temps des menstrues toujours régulières, et, dans l'interval, des fleurs blanches assez considérables.

Mariée à l'âge de trente ans, elle eut à trente et un ans une première grossesse, qui, arrivée à cinq mois, s'accompagna, sans cause appréciable pour la malade, d'un œdème indolore des deux membres inférieurs; et cette infiltration persista, en présentant quelques alternatives d'augmentation et de diminution, jusqu'au moment de l'accouchement. Celui-ci fut lent, pénible; la malade resta deux jours dans les douleurs. Le travail se termina néanmoins sans nécessiter l'emploi du forceps. Les suites de couches furent régulières; la malade nourrit son enfant dix-sept mois et vit revenir les menstrues le dix-huitième.

Trois ans plus tard, à trente-quatre ans, arriva une deuxième grossesse, qui se passa très-régulièrement jusqu'à la fin. L'accouchement fut plus facile que le premier. La malade nourrit encore son enfant pendant treize mois, et le retour des règles eut lieu un mois après. Depuis lors les menstrues restèrent toujours régulières jusqu'au mois d'avril 1864, époque où elles disparurent complètement, ce qui fit penser à une nouvelle grossesse.

Le 27 juillet, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un seau plein d'eau, la malade ressentit une douleur aiguë dans la région hypogastrique.

Huit jours après, le 4 août, elle ne put ni uriner ni aller à la selle. Cet état dura jusqu'au 12, époque de son entrée à l'hôpital.

A la visite du 13, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la région des lombes, à la partie supérieure des cuisses. L'hypogastre présente une tumeur globuleuse, faisant une forte saillie en avant, partout mate à la percussion, assez ferme, mais élastique, convexe à son bord supérieur, lequel s'élève jusqu'à l'ombilic.

Interrogée de nouveau, la malade « croit être enceinte de six à sept mois », c'est du moins ce que lui a dit une sage-femme. Cependant, c'est depuis

(1) Barth, *Gazette des hôpitaux*, 27 septembre 1864, p. 449.

quatre mois seulement que ses règles ont cessé de paraître. Quelle était cette tumeur ? S'agissait-il d'une grossesse avec forme insolite de l'utérus contenant peu de liquide ? Mais le palper n'y faisait constater aucune partie solide, aucun mouvement spontané ; l'auscultation n'y faisait percevoir ni souffle ni doubles battements.

Le cathétérisme lève une partie des doutes, en évacuant par la sonde environ deux litres d'urine. À mesure que le liquide s'écoule, la tumeur du bas-ventre s'affaisse ; mais, quand la vessie est vidée, l'hypogastre est aplati, et par le palper on n'y constate pas la tumeur que formerait l'utérus dans une grossesse de quatre mois. En pratiquant le toucher vaginal, on ne trouve pas le col utérin ; le cul-de-sac postérieur du vagin est effacé ; immédiatement derrière la fourchette, on rencontre une tumeur dure, arrondie, qui ne permet pas de pénétrer plus profondément ; en dirigeant le doigt en avant, on ne trouve pas le col non plus, et l'on sent la tumeur précitée se continuer vers la région antérieure du petit bassin ; ce n'est qu'en portant l'index et le médius très-profondément, en haut et en avant, que l'on rencontre derrière la symphyse du pubis une petite partie plus souple, séparée du corps de la tumeur par un sillon étroit, et l'on reconnaît à ce caractère la lèvre postérieure de la matrice. En touchant par le rectum, on retrouve la tumeur précitée appuyant en arrière contre la face antérieure du sacrum, dont elle remplit ainsi toute la concavité.

À ces caractères, on reconnaît l'utérus distendu et en état de rétroversion complète. Dès lors, on s'explique facilement, non-seulement la rétention d'urine et des matières fécales, mais aussi le peu de développement du bas-ventre pour une grossesse de quatre mois. En effet, la matrice ainsi renversée en arrière aplatissait le rectum par son fond contre la face antérieure du sacrum, et, par son col porté derrière le pubis, elle comprimait le col de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne. De plus par le fait de son renversement en arrière dans le petit bassin, l'utérus ne faisait aucune saillie apparente à l'hypogastre.

Ce déplacement (constaté par plusieurs médecins présents) ne pouvait se prolonger sans danger pour la malade. Cependant l'utérus ne pouvait être redressé ni par le doigt porté dans le rectum, ni par l'index et le médius introduits dans le vagin.

Après plusieurs jours de repos et quelques bains, les choses restant dans le même état, le 18 août M. Barth procéda au remplacement de la matrice de la manière suivante :

Un demi-lavement d'huile pure avait été préalablement administré avant la visite. La malade fut placée à genoux sur son lit, le corps penché en avant, appuyée sur les coudes et la tête reposant sur le traversin. Mettant à profit la dilatabilité de l'intestin, M. Barth introduisit dans le rectum d'abord l'index, puis le médius, et après une dilatation opérée par l'écartement de ces deux premiers doigts, il fit pénétrer aussi, successivement, le troisième et le quatrième doigt, et enfin la main entière (le pouce seul excepté).

La main ainsi introduite (plus facilement qu'on ne pourrait le croire) permettait d'agir sur une large surface. Exerçant alors sur la face postérieure de la tumeur des pressions graduées, de bas en haut et d'arrière en avant, il sentit l'utérus céder peu à peu, et, après quelques efforts modérés, fuir en quelque

sorte sous la pression. Les doigts, se mouvant aussitôt librement dans le petit bassin, purent distinguer nettement l'angle sacro-vertébral faisant une saillie assez prononcée.

La malade étant alors replacée sur le dos, le doigt introduit dans le vagin retrouva immédiatement le col de l'utérus revenu à sa position et à sa direction normales, et les personnes attachées au service purent aisément reconnaître que la tumeur du petit bassin avait disparu, que les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin avaient repris leur disposition naturelle, et que le col utérin se présentait au centre du vagin avec ses lèvres et son orifice bien distincts. En même temps, la palpation abdominale constatait la présence du fond de l'utérus au-dessus du pubis.

Dès le jour même, la malade put évacuer librement les matières fécales sans le secours de lavements, et dès le lendemain elle put rendre l'urine sans l'aide de la sonde. Toutes douleurs avaient disparu, et le 25 août la malade quitta l'hôpital après que l'on eut constaté que l'utérus avait conservé la position normale dans laquelle il avait été heureusement remplacé.]

§ III. — Diagnostic.

Les symptômes principaux sont la rétention soudaine et plus ou moins complète de l'urine et la constipation. Ces signes seuls doivent conduire à un examen, et alors on découvre la cause mécanique du déplacement de l'utérus.

Il faut faire le diagnostic :

I. *Avec l'antéversion.* — L'orifice utérin, au lieu d'être postérieur, se trouve antérieur ; il n'y a pas de rétention d'urine bien accusée.

II. *Avec les tumeurs du bassin.* — Une fois le col bien trouvé, on suit le long du corps, et l'on constate la situation exacte de cet organe, s'il est ou non en rétroversion. Du reste, les tumeurs du bassin ne donnent pas, en général, lieu à de la rétention d'urine.

[Denmann (1) cite un cas de diagnostic différentiel d'une rétroversion avec une tumeur refoulant en haut la matrice.]

Nauche rapporte un exemple de tumeur pelvienne qui fut prise pour une rétroversion.

OBSERVATION IV. — A la fin, comme dernière ressource, on fit une ponction utérine, tous les efforts ayant échoué pour réduire la rétroversion. La malade mourut, et l'on trouva une grossesse extra-utérine : le fœtus se trouvait dans le bassin, entre les divers organes. Une fistule s'était ouverte entre la tumeur et le rectum.

En pareil cas, le diagnostic précis est excessivement difficile ; mais heureusement de pareils faits sont très-rares.

Ces observations s'appliquent aux cas de rétroversion et d'hydropisie de

(1) Denmann, *Introduction à la pratique des accouchements*, t. 1, p. 149.

l'ovaire ; cependant, en pareil cas, le développement graduel de la tumeur est tout autre que le développement secondaire qui se produit dans les cas de rétroversion.

III. *Avec les ascites.* — La production rapide de la tumeur, la forme et, par-dessus tout, le cathétérisme font la base du diagnostic (1).

§ IV. — Traitement.

Tous les auteurs sont d'accord pour conseiller d'abord de ramener l'utérus à sa position normale ; toutefois, ceci n'est pas toujours facile et ne doit pas être essayé dès le début ; on doit, en premier lieu, introduire une sonde, si cela se peut, et vider complètement la vessie. Si l'utérus n'est pas très-volumineux, il peut se faire qu'une fois l'urine évacuée, l'organe se redresse de lui-même et cela même dans certains cas où l'on ne pourrait le remettre en place à moins de déployer une force considérable (2). A ce sujet, Hunter fait remarquer que, si l'on suppose la chose probable, il faut d'abord toucher par le vagin et le rectum pour se rendre compte de la situation ; ensuite on vide la vessie avec une sonde, on donne un lavement purgatif, et, une fois les intestins vidés, l'utérus reprend sa position sans aucune difficulté. Dans un cas, il a vu l'utérus reprendre ainsi sa position, immédiatement après les évacuations dont nous venons de parler. Dans un autre cas, le déplacement se reproduisit plusieurs fois jusqu'à ce que l'utérus devint assez volumineux pour ne plus retomber en arrière. Ramsbotham (3) a rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus, une fois que la vessie avait été vidée. Pour ajouter à l'effet produit par l'évacuation de la vessie, Blundell et Duncan conseillent de faire placer chaque jour la femme pendant plusieurs heures sur ses genoux et ses coudes.

Si ces moyens échouent, on ne peut cependant rester inactif. Au bout de très-peu de temps, l'utérus devenu plus volumineux se fixerait dans cette position anormale, et par une pression continue sur les organes voisins, viendrait compromettre la vie des malades. En pareil cas, il faut d'abord s'assurer s'il y a, comme cela arrive souvent, inflammation de l'utérus ou de quelque organe voisin, et, si cela est, il faut faire une saignée du bras, prescrire des fomentations émollientes et un bain de siège chaud avant d'essayer seulement de redresser l'utérus. Cela fait, un doigt est introduit dans le rectum ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin, un autre doigt dans le cul-de-sac antérieur du vagin, pour repousser le fond de l'organe

(1) Voyez Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article ACÉPHALOCYSTES. Paris, 1829, t. I, p. 254. — Bellanger, *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus* (*Revue médicale*, 1824, t. I, p. 229). — Lallemand, *ibid.*, 1824, t. II, p. 191. — Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860.

(2) Ingleby, *Facts and cases*, p. 67.

(3) Ramsbotham, *Medical Times and Gazette*, 23 octobre 1852, p. 408 ; *Obstetric Medicine and Surgery*, 4^e édition. London, 1856, p. 655.

en même temps qu'on abaisse le col (1). Si un doigt dans le rectum est insuffisant, on a proposé d'introduire toute la main ; mais on peut se demander si un procédé aussi violent ne peut pas faire plus de mal que de bien. On repousse l'utérus en haut et en avant pour le dégager du promontoire du sacrum. Il est assurément difficile de faire passer le doigt au-dessus du col pour l'abaisser comme avec un crochet, et il me semble qu'on est justifié d'avoir recours, en pareil cas, à une pince à crochets. Je ne sache pas que ce procédé ait été employé, mais il me paraît remplir une indication utile, d'abaisser le col avant de relever le fond de l'utérus ; si cela peut se faire, les autres temps de l'opération ne présentent plus aucune difficulté. Dugès (2) recommande d'introduire une sonde dans la vessie pour s'en servir à déprimer le col.

Pour remplacer la main, et comme moyen de réduction plus efficace, Ch. Halpin, de Cavin (Irlande), a proposé d'introduire dans le vagin une vessie vide, que l'on gonfle ensuite avec une pompe. Dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué, il a employé avec succès ce procédé. Assurément, cette méthode devrait être essayée avant d'en venir aux procédés opératoires. Voici, du reste, le fait de Halpin : « Après avoir échoué avec la main, il me vint à l'idée qu'au moyen d'une poche bien gonflée, je remplirais le vagin et pourrais repousser les organes dans l'abdomen. Voici comment je m'y pris : J'attachai solidement une vessie vide d'air à l'extrémité d'une pompe à air ; la vessie fut trempée dans de l'eau chaude pour prendre à peu près la température du corps, puis introduite dans le vagin entre le fond de l'utérus et le rectum. Je la maintins fortement en place, puis, au moyen de la pompe, je la distendis peu à peu. La malade se plaignit d'une sensation de gonflement et de tension, mais cependant sans une vraie douleur. Au bout d'un instant, je cessai d'insuffler de l'air et je constatai que la vessie exerçait de toutes parts une pression douce et continue. Après un espace de cinq minutes, j'insufflai une notable quantité d'air ; tout à coup la malade me dit : Ah ! vous me repoussez quelque chose dans l'estomac. Je m'arrêtai et maintins tout en place ; puis, ayant laissé échapper un peu d'air, j'introduisis un doigt dans le vagin ; j'eus alors la satisfaction de constater qu'il n'y avait plus de tumeur dans le bassin, que l'orifice utérin était directement au bout de mon doigt porté en bas et en arrière. Alors seulement je retirai la vessie (3). »

(1) Hirt in Starke, *Archiv für Geburtshülfe*, t. I, p. 48. — Becher in Starke, *Archiv*, p. 136. — Kratzenstein in Seiss, *Specimen inaugurale sylloge observ. var.* Copenhague, 1782. — Vermandois, *Journal de médecine*, t. LXXXVIII. — Mursinna, *Abhandlung von den Krankheiten der Schwangeren*, t. I, p. 58. — Haselberg, *Untersuchungen über einige Gegenstände der Geburtshülfe*. Berlin, 1807, p. 109. — Melitsch, *Abhandlung von der Umbeugung der Gebärmutter*. Prag., 1790. — Meckel in Abraham Wall, *Diss. de uteri gravidæ retroflexione*. Halæ, 1787.

(2) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. RÉTROVERSION. Paris, 1835, t. XIV, p. 355.

(3) Halpin, *On retroversion of the uterus* (*Dublin med. Journal*, 1^{er} mars 1840, t. XVII, p. 76 ; *Archives gén. de méd.*, sept. 1840, p. 88).