

le 5<sup>e</sup> mois : quelquefois la rupture est plus précoce : elle peut manquer. C'est

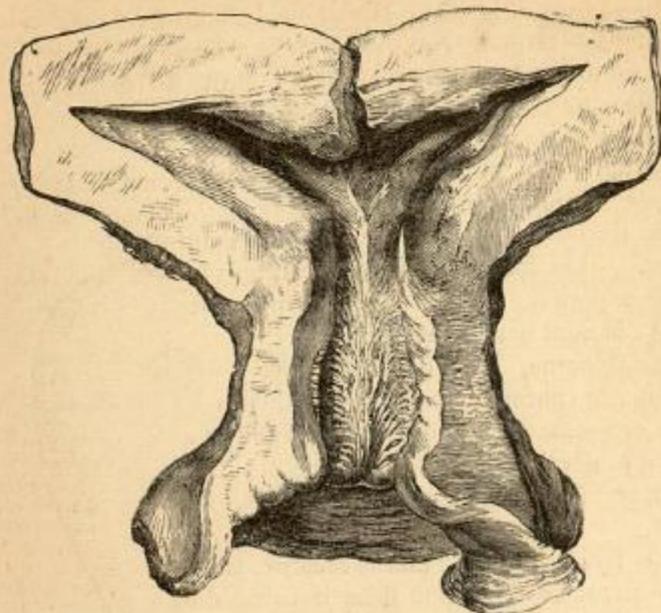


Fig. 455. — Utérus bicorne arqué (Barnes).

ce qui s'observe lorsque le fœtus succombe ; il peut survenir des phénomènes de faux travail avec expulsion de la caduque normalement développée. Le fœtus subit toutes les transformations que nous avons décrites à propos de la grossesse extra-utérine.

Le diagnostic de la grossesse développée dans une corne rudimentaire est presque impossible à

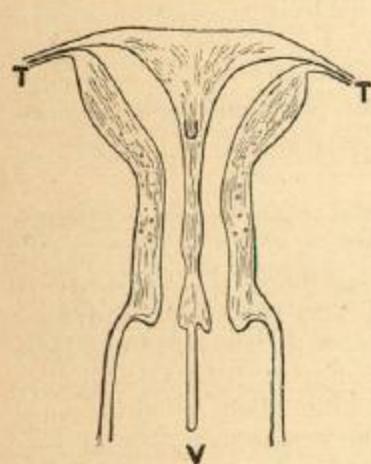


Fig. 454. — Utérus biloculaire et vagin cloisonné ; coupe verticale (Küssmaul).

U, Cloison qui sépare la cavité utérine en deux parties latérales ; T, Trompes ; V, Vagin partagé en deux par la prolongation de la cloison utérine.

à l'autopsie. Toutefois l'insertion du ligament rond est alors un précieux point de repère : dans l'utérus bicorne, elle a lieu en dehors du sac fœtal ; dans la grossesse tubaire, elle est située entre l'utérus et le sac fœtal.

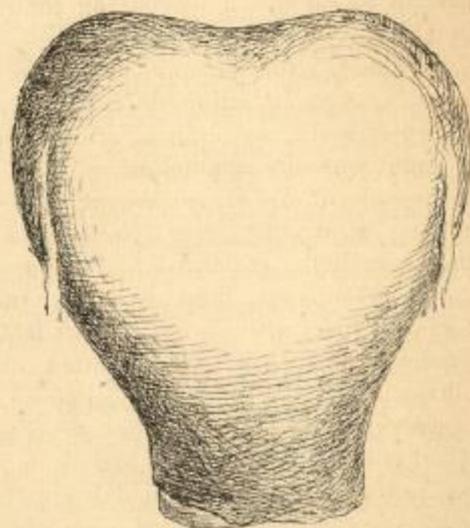


Fig. 455. — Utérus cordiforme présentant une dépression au niveau de son fond.

C. *Utérus biloculaire*. — C'est celui dans lequel la cloison de séparation persiste plus ou moins complète (fig. 454) ; la marche de la grossesse dépend uniquement de la manière dont la corne gravide se laisse développer. La présence de la cloison modifie encore la forme de la cavité utérine et nuit à l'accommodation. Elle peut gêner la descente de la partie fœtale, tout en se laissant repousser par elle.

5<sup>o</sup> *Utérus cordiforme*. — C'est la plus fréquente des malformations utérines. F.-J. Herrgott l'a décrite (1859), en lui donnant le nom d'utérus arqué (fig. 455), échanuré, cordiforme, et en se demandant si cette forme anormale de l'utérus n'était pas la cause de certaines présentations vicieuses du fœtus. Dans cet utérus, la cloison médiane n'a pas disparu et forme un éperon qui descend plus ou moins bas (fig. 455 et 456) ; quelquefois l'éperon est à peine visible, et cependant il existe extérieurement une dépression assez marquée au niveau du fond de l'utérus.

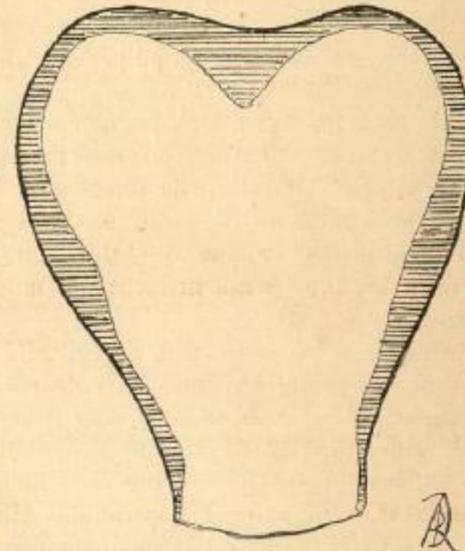


Fig. 456. — Coupe de l'utérus représenté fig. 455, montrant l'éperon situé au niveau du fond de l'organe et correspondant à la dépression extérieure.

Les présentations transversales du fœtus sont fréquentes dans cet utérus : Pinard considère même que lorsque chez une primipare à terme, ayant le bassin normal, il existe une présentation de l'épaule, il y a de grandes chances pour que l'utérus soit malformé. La version par manœuvres externes est néanmoins possible dans la pluralité des cas.

La délivrance dans ces utérus cordiformes a besoin d'être faite avec soin : souvent le décollement du placenta se fait mal parce que les parois utérines n'ont ni l'épaisseur, ni la rétractilité normales, et il est nécessaire de pratiquer la délivrance artificielle.

« Dans le cas de malformation utérine, dit Picot, les membranes seront plus souvent adhérentes et on observera plus fréquemment leur rétention. Lorsque ces membranes sont complètes, si on tâche de reconstituer la forme de l'œuf, on voit qu'au point correspondant à l'échancre de l'utérus, il existe une dépression qui permet de confirmer le diagnostic. »

#### RUPTURE DE L'UTÉRUS

Les ruptures de l'utérus peuvent être observées : 1<sup>o</sup> pendant la grossesse ; 2<sup>o</sup> pendant le travail.

1° *Pendant la grossesse.* — Elles sont *rare*, surtout pendant les premiers mois; au fur et à mesure que l'utérus gravide s'élève dans la cavité abdominale, il est plus exposé aux différentes causes qui peuvent amener une solution de continuité de l'organe.

Souvent, en effet, c'est un *traumatisme* direct (coup de couteau, ou coup de corne d'animal, plaie par arme à feu, etc.) ou indirect (pression exercée sur la paroi abdominale) qui produit une déchirure de l'utérus. Dans d'autres cas, la déchirure se produit presque *spontanément*; elle est due à un amincissement, normal ou pathologique, de la paroi utérine, à une cicatrice ancienne provenant d'une opération césarienne. Dans certains avortements criminels, un instrument a pu pénétrer dans le tissu utérin et produire une perforation mortelle.

Les *signes* de la rupture de l'utérus pendant la grossesse varient avec l'âge de la grossesse et suivant la cause de l'accident; tantôt la femme éprouve une douleur vive, elle a la sensation d'un craquement dans le bas ventre; des symptômes péritonitiques apparaissent; tantôt il existe une plaie plus ou moins étendue de l'abdomen, et la blessure de l'utérus n'est pour ainsi dire qu'un incident au milieu de ce cortège symptomatique grave.

Albarran a rapporté (Soc. de chir. 27 février 1895) l'observation d'une femme qui avait reçu une balle de revolver et chez laquelle il pratiqua d'urgence la laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen avec hémorragie; outre des lésions de l'intestin et du mésentère, il trouva sur le fond de l'utérus gravide une petite plaie donnant issue à une anse de cordon ombilical. Pour abrégé l'opération, Albarran réséqua cette anse au ras de l'utérus en réduisant le moignon dans la cavité utérine et en saturant la plaie de la matrice; la femme avorta le lendemain; sa guérison s'acheva sans incident.

D'autres fois c'est l'hémorragie qui est le symptôme capital de cette complication. On retrouve d'ailleurs ces différentes variétés cliniques dans la rupture de l'utérus pendant le travail.

2° *Pendant le travail.* — Les ruptures utérines qui se produisent pendant le travail sont plus fréquentes que pendant la grossesse, mais elles ne s'observent cependant guère plus de 1 fois sur 1500 ou 2000 accouchements.

Quant aux deux variétés de ruptures spontanées et de ruptures traumatiques, ce sont ces dernières qui paraissent le moins fréquentes; ainsi, d'après la statistique de Jolly, sur 575 cas de rupture utérine, on trouve 576 ruptures spontanées et 197 ruptures traumatiques.

Les *causes* des ruptures utérines sont variées; souvent c'est parce que plusieurs d'entre elles se trouvent réunies chez la même femme et prédisposent à la rupture, qu'une dernière cause vient déterminer l'accident. Ces différentes causes peuvent provenir :

1° De l'*organisme maternel* (bassin, utérus, etc.); 2° de l'*organisme fœtal*; 3° d'une *intervention intempestive, maladroite* de l'accoucheur, ou d'une *absence d'intervention*.

1° *Causes maternelles.* — Il va de soi que moins le tissu utérin est résistant, moins sa texture est solide, plus il est exposé à se déchirer; sans parler des dégénérescences qui peuvent ramollir le tissu utérin (métrite chronique, dégénérescence tuberculeuse, cancéreuse, etc.), sans parler des cicatrices consécutives à une opération césarienne, ou à un traumatisme, la *multiparité* prédispose singulièrement à la rupture utérine en amenant un amincissement prononcé, un ramollissement plus marqué de la paroi du corps utérin. En outre, plus les grossesses sont nombreuses, plus on a de chances d'observer du côté du col ou même du segment inférieur des cicatrices résistantes.

La rupture peut en effet avoir lieu soit parce que le muscle utérin n'a pas une résistance suffisante, soit parce que, malgré sa puissance, il n'arrive pas à produire du côté du col les modifications physiologiques nécessaires à la terminaison de l'accouchement : le col présente de la rigidité, rarement anatomique, le plus souvent pathologique (cancer, tissu cicatriciel, atrésie du col consécutives à des cautérisations, etc.). Quelques auteurs ont incriminé un développement exagéré du fond de l'utérus; dans d'autres cas, c'est une malformation utérine qui a été l'origine de la déchirure.

La rupture de l'utérus s'observe fréquemment chez des femmes ayant un *rétrécissement du bassin*, surtout un rétrécissement moyen qui permet au segment inférieur de descendre un peu à la partie supérieure de l'excavation. — Dans quelques cas, signalés par Depaul, Kilian, le bassin présentait des saillies, des arêtes tranchantes qui peuvent perforer le tissu utérin (bassin épineux).

2° *Causes provenant du fœtus.* Lorsque le fœtus ne se présente pas par l'extrémité céphalique, le travail est plus laborieux, plus difficile. Si c'est le plan latéral qui se présente, l'accouchement devient presque impossible, à moins d'intervention; lorsque cette présentation de l'épaule n'est pas corrigée à temps, une rupture de l'utérus peut se produire.

Il est d'autres causes provenant du fœtus, telles que l'*excès de volume* total ou partiel (hydrocéphalie); c'est parce que les garçons sont plus volumineux que les filles que, dans les trois quarts des cas environ de rupture utérine, les fœtus appartiennent au sexe masculin. — La *putréfaction fœtale*, en amenant une augmentation de volume plus ou moins considérable, prédispose d'autant mieux aux ruptures que le muscle utérin, sous l'influence de l'action paralysante des gaz fétides, perd de sa force, est frappée d'inertie.

3° *Causes provenant de l'accoucheur.* — Le *seigle ergoté*, qu'on employait jadis volontiers toutes les fois que le travail était long, laborieux, produisait habituellement une tétanisation de l'utérus qui déterminait assez souvent une rupture de l'organe; il faut donc absolument rejeter l'ergot de seigle en pareille occurrence, et, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui n'accouche pas, rechercher avec soin quelle est la cause de ce retard, quelle est la nature de l'obstacle au lieu de recourir aveuglément à un médicament qui peut triompher de l'obstacle, mais parfois au prix d'une déchirure de l'utérus qui sera mortelle.

Quant aux *ruptures traumatiques*, elles sont dues soit à une faute opératoire, soit à une intervention intempestive, contre-indiquée (forceps, version, etc.); dans certaines présentations de l'épaule, alors que l'utérus est fortement rétracté, il est nécessaire en effet de recourir d'emblée à l'embryotomie plutôt que de tenter une version presque impraticable. — En pratiquant une délivrance artificielle, il faut avoir soin de ne pas perforer le tissu utérin avec l'extrémité des doigts; dans un cas de malformation utérine observé à Lariboisière, Pinard a vu, quelques jours après une délivrance artificielle très difficile, une rupture de l'utérus consécutive à un point de sphacèle au fond de l'utérus.

**Symptômes.** — Ils sont très variables suivant les conditions dans lesquelles la rupture a lieu.

Lorsque cet accident survient spontanément au cours d'un travail prolongé, la femme éprouve généralement une *douleur vive*, aiguë, qui lui arrache un cri; elle a parfois la sensation plus ou moins vague d'une déchirure qui se produit; elle perçoit même un craquement, si la déchirure est quelque peu étendue.

Dans d'autres cas, la femme qui éprouvait des douleurs assez vives, mais intermittentes, ressent une douleur continue dans l'abdomen, parfois localisée en un point fixe. Si la déchirure est étendue, le fœtus passe en partie dans la cavité abdominale. Les contractions utérines sont généralement supprimées. Il s'écoule du sang en quantité plus ou moins grande par les organes génitaux: ordinairement ce sang est de couleur foncée, noirâtre, épais et poisseux; parfois il est franchement artériel.

Les *symptômes généraux* sont plus ou moins marqués: tantôt la déchirure est si peu étendue qu'elle n'amène guère de changement dans l'état général de la femme; tantôt, au contraire, cet état général devient rapidement inquiétant, parce que les phénomènes de shock sont très accentués, ou surtout parce que l'hémorragie est abondante et s'accompagne de sueurs froides, de lipothymies, de syncopes, de nausées, de vomissements, etc.

Ces symptômes sont les premiers qui appellent l'attention de l'accoucheur lorsqu'il examine une femme atteinte de rupture de l'utérus; en palpant, il constate en outre une déformation particulière du ventre qui est irrégulier: certaines parties fœtales peuvent être plus directement accessibles que d'autres, lorsque le fœtus est en partie passé dans la cavité abdominale.

Dans certains cas, la main palpant l'utérus perçoit, au niveau d'une zone particulièrement douloureuse, une *crépitation gazeuse* caractéristique de l'emphysème; la pénétration de l'air se fait au niveau de la déchirure, et cet air se diffuse dans le tissu cellulaire. D'autres fois, lorsque la rupture est incomplète, il se forme un épanchement sanguin plus ou moins considérable: tantôt la tumeur sanguine vient se former entre le vagin et la vessie (hématocèle anté-utérine extra-péritonéale de Hecker); tantôt la tumeur fait saillie au niveau de la région hypogastrique (Jolly).

L'auscultation montre le plus souvent que le fœtus a succombé.

Au toucher, la partie fœtale est généralement peu accessible; si on la

soulève, il peut s'écouler une certaine quantité de sang accumulé dans l'utérus.

L'abondance de l'hémorragie varie beaucoup suivant le siège de la déchirure, suivant qu'elle intéresse ou non des gros vaisseaux, suivant que la partie fœtale fait ou non tampon, suivant enfin que l'utérus est contracté ou en état d'inertie complète. Quant aux contractions utérines, tantôt elles persistent et restent aussi fortes et aussi énergiques qu'à l'état normal, tantôt elles disparaissent temporairement et reviennent spontanément, ou après que l'accouchement a été terminé artificiellement; d'autres fois l'utérus est en état de rétraction et de contracture constantes.

**Pronostic.** — Il est essentiellement *grave pour le fœtus* qui succombe presque toujours, surtout lorsqu'il passe en partie ou en totalité dans la cavité abdominale.

Le pronostic pour la mère est également grave; toutefois, grâce à l'antisepsie et à une intervention bien conduite, on peut guérir actuellement des femmes qui eussent fatalement succombé, il y a quelques années.

**Anatomie pathologique.** — Les ruptures de l'utérus sont très variables dans leur *siège*, leur *forme*, leur *étendue*, etc. Il va de soi que le *siège* de la rupture varie suivant que celle-ci est traumatique ou spontanée; dans le premier cas, elle siège sur n'importe quelle partie de l'utérus; dans le second cas, la rupture a lieu dans la partie la moins résistante, au niveau du segment inférieur ou dans un autre point où le tissu utérin est malade.

Tantôt la rupture consiste en une simple perforation du tissu utérin, par exemple lorsque la plaie est produite par un instrument; tantôt elle est étendue, irrégulière, et peut même envahir les organes voisins (vessie, rectum, vagin); parfois, il y a plusieurs solutions de continuité de l'utérus.

La *forme* de la rupture est très variable: tantôt elle est arrondie, curviligne à section nette; tantôt les bords en sont irréguliers, déchiquetés, de couleur violacée. La *direction* est très variable: les ruptures étendues sont généralement horizontales; elles peuvent être verticales ou obliques dans d'autres cas.

La rupture de l'utérus est *complète* ou *incomplète*, suivant qu'elle intéresse les trois tuniques de l'utérus ou suivant qu'elle est limitée aux tuniques muqueuse et musculaire: dans la rupture complète, le fœtus peut passer en partie ou en totalité dans la cavité péritonéale où le sang s'accumule en quantité plus ou moins considérable. Il n'en est pas de même lorsque le péritoine n'est pas intéressé: le sang s'écoule au dehors ou décolle le péritoine sur une étendue plus ou moins grande.

Tout à fait exceptionnellement, la tunique péritonéale peut être lésée, tandis que les deux autres couches ne sont pas intéressées.

**Pathogénie.** — Le mode de production des ruptures de l'utérus diffère suivant la cause: dans les cas de traumatisme, la solution de continuité a lieu là où porte l'agent vulnérant; si c'est la main introduite dans l'utérus qui entraîne trop violemment en haut cet organe, la solution de continuité se produit au niveau de l'insertion du vagin sur l'utérus.

D'après Bandl, les ruptures spontanées de l'utérus proviennent de la con-

traction du corps de l'utérus qui s'épaissit, tandis que le segment inférieur aminci est moins résistant.

Parfois la rupture est due à la compression de la paroi utérine entre la tête fœtale et la partie osseuse du bassin : il se produit du sphacèle consécutif.

**Traitement.** — Ce que nous avons dit des causes de rupture de l'utérus

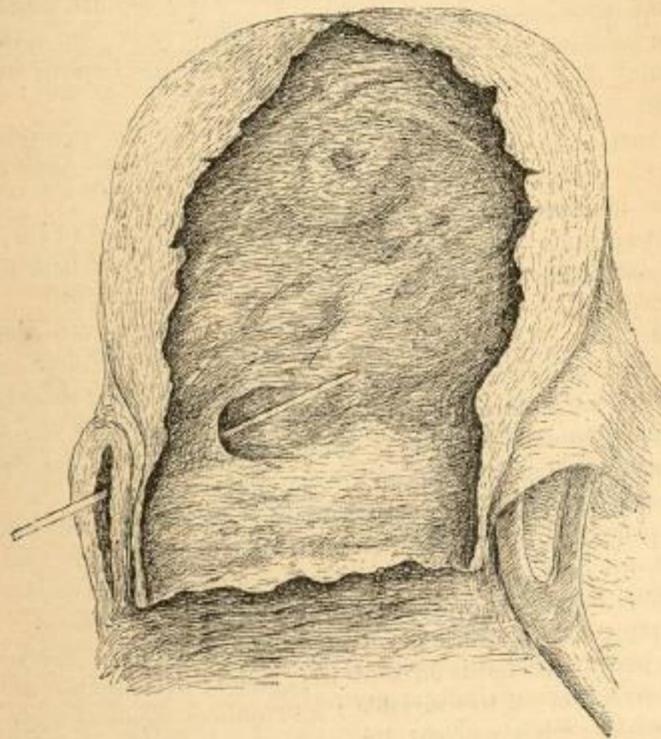


Fig. 457. — Ruptures de l'utérus produites par le forceps. (Maternité.) (D'après nature.)

Une première rupture a intéressé la vessie; la branche gauche du forceps a déchiré le cul-de-sac latéral gauche et pénétré dans le ligament large.

fait pressentir qu'il existe un traitement prophylactique qui consiste à ne pas donner d'ergot de seigle, à ne pas tenter de version lorsque la partie fœtale est trop fortement engagée ou lorsque l'utérus est trop rétracté, à pratiquer la moindre intervention avec beaucoup de douceur.

**Lorsque la rupture existe, que faut-il faire?**

— Faut-il se contenter de la simple expectation usitée à une époque où cette complication était

mal connue, où les moyens à la disposition de l'accoucheur étaient insuffisants ou dangereux, où Denmann prétendait que la « malade avait plus de chances de guérir en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature que par une opération ou une intervention? » L'abstention est une méthode aujourd'hui complètement abandonnée.

Le traitement des ruptures de l'utérus comprend le traitement immédiat, c'est-à-dire l'extraction du fœtus hors de la cavité utérine, et le traitement de la rupture elle-même. Il faut distinguer plusieurs cas :

**a. La rupture est petite et l'enfant est resté en entier dans l'utérus.** — Il faut extraire le fœtus le plus rapidement possible à l'aide du forceps si la tête est fortement engagée, à l'aide du basiotribe si le fœtus est mort, et dans certains cas exceptionnels à l'aide de la version. Lorsque la tête fœtale n'est

pas engagée dans un bassin non rétréci et qu'on a constaté tous les signes de la rupture, il faut songer à l'hydrocéphalie, introduire la main pour reconnaître l'état des sutures et des fontanelles, et, si l'on trouve un certain degré d'hydrocéphalie, pratiquer une ponction qui, en donnant issue au liquide céphalo-rachidien, permet à la tête de s'engager et au fœtus d'être extrait facilement.

**b. Lorsque l'enfant est en partie ou en totalité hors de l'utérus,** la solution de continuité étant assez large pour laisser passer partie ou totalité du fœtus, on a recours encore à l'extraction par les voies naturelles; si le bassin est rétréci, on pratique une opération mutilatrice.

**c. Lorsque le fœtus est en partie hors de l'utérus et que la plaie utérine est rétractée,** il devient très difficile de faire repasser la partie fœtale

par cette solution de continuité; il faut exercer alors des tractions avec une certaine violence également préjudiciable à la mère et à l'enfant.

C'est dans ces cas que Paul Dubois conseillait d'agrandir la plaie en la débridant. C'est une pratique mauvaise; d'ailleurs, la rétraction de la plaie utérine, niée par Chailly, est exceptionnelle. Sur 158 observations de ruptures de l'utérus où l'état de la plaie est indiqué, Brossard n'a trouvé qu'un cas où le tronc du fœtus était serré entre les lèvres de la plaie rétractée. Lorsque cette complication existe, mieux vaut pratiquer la laparotomie et extraire le fœtus par la voie abdominale.

C'est cette méthode opératoire que l'on choisit lorsque le fœtus est passé en entier dans la cavité abdominale et qu'on ne peut l'extraire par les voies naturelles, par suite d'un rétrécissement trop considérable du

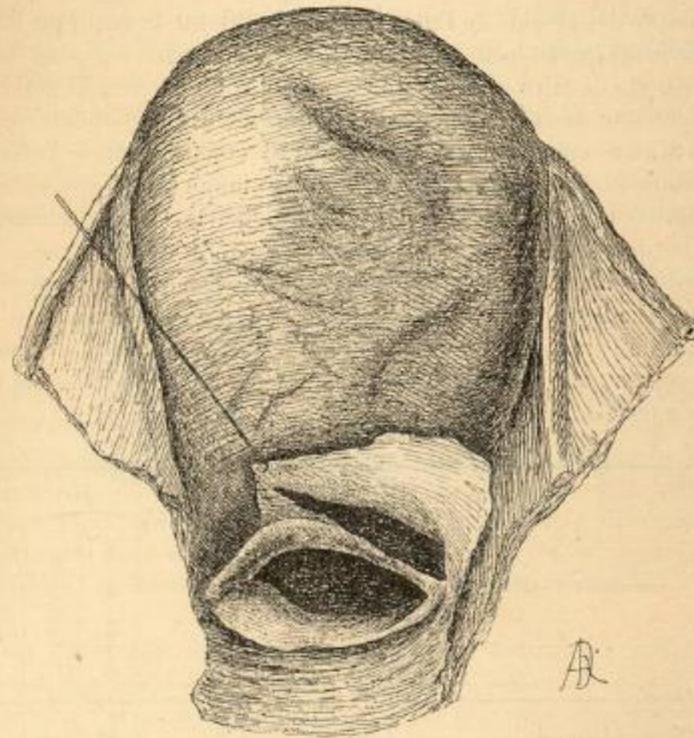


Fig. 458. — Rupture de l'utérus intéressant largement le segment inférieur. (Maternité.) (D'après nature.)

bassin ou par suite d'un obstacle siégeant au niveau des organes génitaux.

D'une manière générale, *lorsque le fœtus est extrait*, il faut sans plus tarder enlever le placenta afin d'éviter une hémorragie; ce qui permet de s'occuper le plus rapidement possible du traitement proprement dit de la rupture. Dans certains cas, cette délivrance artificielle peut être difficile, le placenta ayant passé par la rupture dans la cavité abdominale: on est alors obligé de pratiquer la laparotomie pour extraire ce placenta.

Lorsque la délivrance est faite, on peut se rendre plus ou moins facilement compte des lésions de l'utérus en introduisant la main profondément: si la déchirure paraît peu étendue, et si l'hémorragie est peu abondante, on se contente de faire un tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée, en ayant soin de faire une compression énergique de l'abdomen.

Si, au contraire, la rupture paraît étendue, ou si l'état général de la femme est grave, on pratique la laparotomie pour voir exactement quelles sont les lésions et y remédier en conséquence: si la déchirure est modérée, à bords réguliers, on la suture avec du catgut ou de la soie. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'utérus a peu de tendance à se cicatriser. Aussi, pour peu que la déchirure soit étendue, irrégulière, anfractueuse, est-ce l'opération de Porro qui s'impose: lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions d'asepsie, elle met la femme dans une situation favorable au point de vue de la guérison.

MODE DE TRAITEMENT.	RUPTURE COMPLÈTE			RUPTURE INCOMPLÈTE			RUPTURE INDÉTERMINÉE Guérison.
	Nombre de cas.	Guérison.	Pourcentage.	Nombre de cas.	Guérison.	Pourcentage.	
Sans traitement . . . . .	70	10	14.2	21	4	19	5
Bandage compressif . . . . .	3	1	»	2	2	»	»
Tamponnement . . . . .	15	6	40	10	3	50	»
Tube à drainage . . . . .	14	8	57.1	5	4	80	»
Mèche iodoformée . . . . .	7	6	85.7	1	1	85.5	»
Drainage simple . . . . .	6	4	66.6	1	1	»	»
Laparotomie { avec suture . . . . .	24	10	41.7	»	»	»	»
{ sans suture . . . . .	15	8	55.5	»	»	»	»
{ Porro . . . . .	15	8	55.5	1	1	»	»
Un cas, sans traitement spécial (résection de l'épiploon pro- labé). . . . .	1	1	»	»	»	»	»
Un cas, avec application d'une solution de perchlorure de fer comme moyen hémostatique.	1	1	»	»	»	»	»
Traitement indéterminé. . . . .	10	»	»	5	»	»	»
	181	65		46	16		5

Le *traitement général* consiste à user de l'alcool, de la glace, de la quinine, etc.; il faut surveiller avec soin l'émission des urines.

K. Merz<sup>1</sup>, sous l'inspiration de Fehling, a réuni tous les cas de rupture utérine publiés depuis 1870, c'est-à-dire depuis l'ère antiseptique ou, tout au moins, depuis qu'on prend quelques précautions d'antiseptie. Il a ainsi trouvé 250 cas de rupture de l'utérus qui se divisent en: *a*, ruptures complètes, 181; *b*, ruptures incomplètes, 46; *c*, ruptures indéterminées, 5. La proportion de guérison a été de 54,8 pour 100 pour les ruptures complètes et de 41,5 pour 100 pour les ruptures incomplètes. Le tableau récapitulatif qui précède indique à la fois les principales variétés de traitement et les résultats qu'elles fournissent.

Il est difficile d'apprécier à l'aide de ces chiffres les résultats obtenus par telle méthode; il faut se reporter aux observations pour juger de la gravité des cas; c'est alors qu'on peut voir que de plus en plus dans le traitement des ruptures utérines, il faut employer la laparotomie et la suture utérine.

#### DYSTOCIE FŒTALE

La *dystocie fœtale* résulte d'un obstacle créé à l'accouchement par le fœtus.

Tantôt cette dystocie existe seule, c'est-à-dire que, les autres facteurs de l'accouchement étant normaux (bassin, utérus, etc.), il existe une anomalie du côté du fœtus; tantôt elle vient compliquer la dystocie maternelle. Pour prendre deux exemples: l'hydrocéphalie fœtale peut exister chez une femme bien conformée dont les accouchements ont toujours été normaux; parfois, au contraire, la femme présente en outre un rétrécissement du bassin.

Les obstacles à l'accouchement qui proviennent du fœtus sont de différents ordres; c'est, par exemple, une augmentation de volume portant sur tout le corps, ou bien l'excès de volume est localisé à la tête dans les cas d'hydrocéphalie, à l'abdomen dans les cas d'ascite ou de tumeurs abdominales.

Les présentations autres que celles du sommet sont en réalité des causes de dystocie. Mais, comme nous l'avons vu, elles résultent d'un vice de conformation de l'utérus ou du bassin ou d'un défaut de tonicité de la paroi abdominale ou utérine. En réalité, la dystocie fœtale est, en quelque sorte, secondaire à la dystocie maternelle. Nous renvoyons aux chapitres des différentes présentations pour ce qui a trait à la dystocie que causent les présentations vicieuses.

La même influence se fait encore sentir dans certains cas de présentations du sommet où la tête est mal orientée, trop inclinée, etc.; nous avons vu qu'il ne fallait point cependant considérer les variétés postérieures de la présentation du sommet comme une réelle cause de dystocie.

Nous avons indiqué également (page 857) comment la mort du fœtus

<sup>1</sup> K. Merz. Zur Behandlung der Uterusruptur. Arch. f. Gyn., Bd. XLV, Heft 2.