

comme après la mort de l'enfant, est que l'utérus est lié intimement à la tumeur, généralement en avant de celle-ci; il est peu mobile et toujours augmenté de volume avant la mort de l'enfant; il en est de même après, si le placenta est attaché, comme c'est généralement le cas, à la paroi postérieure du fond de cet organe. Un point très important est que le col est toujours tout à fait ouvert, dans mes cas il permettait presque l'introduction du doigt. Dans des circonstances pareilles, et si les bruits du cœur fœtal peuvent être perçus, le diagnostic est des plus clairs. Sinon, les caractères de la tumeur doivent être examinés avec le plus grand soin. Si l'examen de la malade est fait peu après la mort de l'enfant, la tumeur sera tendue; on y percevra un ballotement plus ou moins obscur et il est fort possible que l'on puisse reconnaître quelque partie fœtale par l'examen rectal, vaginal ou abdominal. C'est à ce moment que l'on rencontre les plus grandes difficultés pour le diagnostic et *Parry* les a si bien rassemblées, que je ne puis faire mieux que de répéter ce qu'il a dit sur ce sujet:

« Si la malade n'arrive en observation qu'après la mort de l'enfant, le diagnostic d'une grossesse extra-utérine peut être très difficile. Plusieurs années peuvent s'être écoulées avant que la femme réclame nos soins. Il est certain que lorsque la poche s'est ouverte dans la vessie, dans les intestins, le vagin, ou bien qu'une fistule s'est produite à travers les parois abdominales, on n'aura que peu ou point de peine à arriver à un diagnostic exact.

« La difficulté n'apparaîtra que lorsque la poche n'est pas encore rompue, ou que, s'étant ouverte dans la vessie ou dans le rectum en dehors des régions que l'on peut atteindre, elle n'aura rien évacué de son contenu solide et caractéristique. Dans ces circonstances une conclusion exacte peut être obtenue en étudiant avec le plus grand soin l'histoire clinique. On ne doit négliger aucun point ».

« En règle générale, on trouvera que toutes ces femmes avaient la conviction absolue d'être enceintes, dès que la tumeur abdominale a fait son apparition. Quoiqu'il put s'être écoulé plusieurs années depuis cette époque, elles n'auront pas abandonné l'idée qu'elles portent encore leur enfant dans quelque partie de l'abdomen. Ainsi ces malades racontent presque toujours qu'un faux travail est survenu à peu près au terme de leur grossesse, qu'il a été accompagné d'hémorragie utérine et suivi de sécrétion de lait; après quoi elles auront constaté que leur abdomen diminuait de volume et que cette diminution continuait régulièrement jusqu'au moment où la tumeur a atteint les dimensions actuelles. Toute cette association de phénomènes est des plus caractéristique, et lorsqu'ils sont tous présents, la grossesse ectopique doit toujours être suspectée. La diminution du volume de l'abdomen après le travail est un symptôme de haute importance. »

Après la résorption du liquide amniotique le caractère de la tumeur change beaucoup. L'utérus peut devenir plus petit et plus mobile, des parties fœtales peuvent être reconnues, spécialement par le rectum; ce qui établit de suite la nature de la tumeur. Ces proéminences, ces bosselures, ces saillies, formées par les mains ou par les pieds et que l'on perçoit souvent au-dessus du bassin, peuvent être, il est vrai, tout à fait simulées par les petits kystes, du volume d'une noix, de petites tumeurs ovariennes, et surtout par les bosselures résistantes des kystes dermoïdes. Cette ressemblance était frappante dans le cas que je viens de décrire, et elle était encore bien plus marquée chez une autre malade, à qui j'enlevai les deux ovaires, dont l'un dermoïde, mais où l'analogie des sensations ne m'induisit heureusement pas en erreur.

Dangers et insuffisance de la ponction. — Lorsque la poche est enfouie dans le bassin, la difficulté peut être grande, et rien ne peut éclairer le diagnostic que l'incision exploratrice. Je la recommande fortement dans ces cas, car la ponction ne

doit pas être employée. Pour une articulation, pour la plèvre, où les affections, entre lesquelles le diagnostic doit être établi, sont en nombre limité, cette manière de procéder est certainement d'un grand avantage. Mais pour l'abdomen et pour le bassin la question est bien différente. La ponction indiquera si une tumeur contient du sérum, du sang ou du pus, mais elle ne sera que de peu d'utilité pour localiser le siège de l'affection, et ne servira à rien pour établir le traitement proprement dit. De plus, le danger de la ponction est sérieux, tout aussi sérieux que celui d'une incision abdominale. L'emploi de l'aspirateur dans ma pratique spéciale a diminué, il a presque disparu, et dans tous les cas de tumeur abdominale où il semble que l'on puisse faire quelque bien à la malade, j'ouvre le ventre et je me renseigne ainsi sur l'état local. Je n'ai jamais eu à regretter cette ligne de conduite et très souvent j'ai pu me féliciter de ses résultats.

L'opinion de *Parry* sur ce point est si déclarée et si importante, que je désire encore la citer en entier pour fortifier ma position :

« En cas de doute, l'enfant ayant succombé, le trocart a été employé pour retirer un peu de liquide amniotique, qui viendra confirmer le diagnostic. A moins que l'on ne soit décidé à opérer immédiatement pour extraire le fœtus, l'emploi du trocart est *injustifiable*. Peu, très peu de femmes ont survécu longtemps à cette manière de procéder. *M. Jonathan Hutchinson*, dans une leçon clinique sur ce sujet, dit que cette pratique est accompagnée de grands dangers, et je ne serais sincère ni avec vous, ni avec moi-même, si je n'admettais pas ce danger ; d'ailleurs, avec de la patience et beaucoup d'attention, je ne pense pas que la ponction soit nécessaire dans un cas de tumeur fœtale simulant un kyste de l'ovaire ». *M. Hutchinson* était arrivé à cette conclusion après avoir eu le malheur de voir survenir une péritonite fatale après l'emploi du trocart et cela dans sa propre pratique. Une malade

du *D^r Cardeza* fut ponctionnée le 19 novembre après consultation avec le *D^r W. L. Atlee*, de Philadelphie, et 5 jours plus tard ce dernier chirurgien pratiquait la laparotomie. Dès l'incision de la poche il s'échappa des gaz suspects. *Jordan* employa aussi la ponction pour assurer son diagnostic, la femme n'ayant pas à ce moment de symptômes inquiétants. Le chloroforme fut administré, la ponction fut faite, et 2 heures après il survint un collapsus complet.

Parlant de l'emploi du trocart dans ces circonstances, le *D^r Jordan* dit « l'incertitude de mon diagnostic, la variété des opinions contraires sur la nature des cas, variété provenant malheureusement de l'emploi de l'aspirateur, furent la cause de la mort de la malade ».

Le cancer de l'ovaire et du voisinage de l'utérus, surtout en arrière, se développant lentement peut être difficile à diagnostiquer, par les seuls signes physiques, d'une grossesse extra-utérine de longue durée, mais la marche du cas nous sera alors d'une grande utilité. L'accroissement est constant et, s'il survenait une augmentation rapide du volume de la tumeur, l'examen régulier de la température lève bien vite la difficulté, car la seule condition qui puisse produire une augmentation rapide de la poche fœtale est la suppuration, et celle-ci manifesterait sa présence par la feuille de température de manière à ne pouvoir s'y tromper. Les commémoratifs peuvent aider le diagnostic, mais ils peuvent aussi induire en erreur, comme dans le cas que j'ai déjà raconté en détail.

J'ai eu l'occasion de voir un chirurgien accoucheur éminent attaquer une tumeur abdominale que, d'après l'histoire, il envisageait comme une grossesse extra-utérine, arrivée au-delà du terme. Il me pria d'examiner le cas et de lui donner mon opinion ; mais comme les signes physiques ne différaient en rien de ceux d'une tumeur utérine volumineuse et certainement pas myomateuse, je conseillai plutôt

l'incision exploratrice attachant beaucoup plus d'importance aux renseignements qu'elle donnerait qu'à ceux fournis par la malade; ceux-ci n'auraient pu qu'égarer le diagnostic; la tumeur était un cancer de l'épiploon, adhérent et intéressant les organes pelviens.

Après la résorption du liquide amniotique et la solidification du contenu de la poche, les rapports du sac fœtal avec l'utérus et les autres viscères pelviens sont devenus si intimes par les adhérences placentaires, que les signes physiques ne sont jamais bien clairs, et on est le plus souvent réduit à laisser le diagnostic hésiter entre une tumeur fibro-kystique de l'utérus et la grossesse. L'incision exploratrice éclaircira tous les doutes, et en même temps elle indiquera à l'opérateur la voie pour la meilleure méthode de traitement (1).

Traitement de la grossesse ligamentaire. — Une fois le diagnostic d'un cas de grossesse extra-utérine posé, la première question qui se pose est la suivante « Que faire? » Si l'enfant est encore en vie et s'il est près du terme, je crois qu'il est de notre devoir d'opérer. Si l'enfant est mort, l'indication opératoire me semble tout aussi évidente, quoiqu'elle ait été combattue par une autorité aussi éminente que M. *Jonathan Hutchinson*. Naturellement nous ne posons aucune règle absolue et chaque cas doit être examiné à part. Mais on

(1) Les fabricants « d'articles de journaux » et autres gens sans expérience parlent si légèrement du diagnostic des affections pelviennes et abdominales, ils affirment si délibérément la sûreté de leur diagnostic, que je prie ceux qui ont dépassé cette première étape de leur existence professionnelle de lire les extraits suivants se rapportant au diagnostic de la grossesse ectopique. « Quoique, après l'observation soignée de nombreux cas de cette affection, l'on puisse acquérir un certain degré d'habileté pour reconnaître la présence d'une poche fœtale quand elle a évolué déjà depuis un certain temps et que même, dans quelques cas, on puisse arriver à décider à quelle variété de grossesse ectopique on a affaire, tout praticien, qui a étudié attentivement ce sujet, devra reconnaître que le diagnostic est une tâche d'une difficulté peu commune » (PARRY).

« Telle est l'obscurité du diagnostic, après l'exploration du col utérin, que les *Baudelocque*, les *Osiander*, les *Dubois*, etc. n'ont jamais osé, au milieu des incertitudes qu'il laisse, entreprendre au terme de neuf mois l'extraction de l'enfant. *Archives générales*, vol. 27, page 241 (LESOUËF).

rencontre de si nombreux exemples des risques et des dangers que ces cas occasionnent lorsqu'il survient de la suppuration de la poche, circonstance qui d'ailleurs se produit presque toujours à un moment ou à un autre, que nous sommes dans beaucoup de ces cas, à mon avis, autorisés à opérer. De plus, les principes chirurgicaux d'après lesquels l'opération doit être conduite sont si bien établis, leurs résultats sont si satisfaisants, que ceux qui s'opposent à l'opération me semblent soutenir une mauvaise cause en continuant à défendre d'autres procédés chirurgicaux, dont les résultats sont notoirement mauvais.

Ces dernières années de bruyantes discussions se sont élevées sur les différentes formes de traitement à employer pour éviter toute opération chirurgicale.

Au nombre des arguments mis en avant dans ce but, il faut en citer un qui, j'ose le dire, est des plus immoraux. La règle serait, si l'enfant est encore en vie, de commencer le traitement en le sacrifiant, dans la croyance que la mort de l'enfant sera la sauvegarde de la mère. Je ne suis pas théologien, et ce n'est pas ici le lieu d'entamer une discussion sur la morale, mais je dois dire que cette théorie me semble une nature de croyance bien mystique; elle placerait bientôt les praticiens sérieux au rang des avorteurs et des craniotomistes de profession, race avec laquelle je ne veux avoir rien de commun; d'autant plus que ceux qui prônent une telle pratique appartiennent le plus souvent à la classe hybride des médecins accoucheurs et ont été généralement malheureux dans leurs tentatives chirurgicales.

Si la mort de l'enfant était une garantie pour la sécurité de la mère, on pourrait encore discuter ces procédés, mais la nature dans la grande majorité des cas se charge elle-même de sacrifier le produit, ainsi que nous l'avons vu, et cependant la vie de la mère n'est pas en sûreté dans une grande partie des cas, ainsi que *Parry* nous l'a démontré. La ponction du

sac à l'aide d'aiguilles galvaniques ou avec injection médicamenteuse est par conséquent un procédé immoral et dangereux, qui doit être réprouvé des chirurgiens.

Selon *Parry*, tous les procédés qui nécessitent une lésion de la poche, sans extraire l'enfant, ne sont pas sans danger pour la malade; le tout est de savoir si les risques d'une telle méthode thérapeutique, quoique graves, le sont moins que ceux que court la malade abandonnée à elle-même. Cette appréciation est exacte; il est certain qu'à l'époque où *Parry* écrivait (1874) c'était une opinion très avancée, mais aujourd'hui nous pouvons parler avec plus d'assurance. *Parry* disait d'ailleurs lui-même que l'avenir déciderait la question. Je me permets d'estimer que ma propre expérience la tranche en faveur de l'intervention chirurgicale au moment de la rupture primaire. Je ne pense pas qu'il s'élève aucune protestation contre un procédé qui consiste à ouvrir l'abdomen et à ligaturer le point qui saigne. Aucune acupuncture, simple ou médicamenteuse, aucun charlatanisme électrolytique ne sauvera une femme qui a un vaisseau ouvert et saignant dans la cavité péritonéale. Si l'enfant survit à cette rupture il a un droit légal et moral à la vie et il ne doit pas être tué de propos délibéré, comme l'ont fait le *D^r Braxton Hicks* et le *D^r Aveling*.

En parlant du cas relaté par le premier, *Parry* écrit: « L'observation du *D^r Hicks* est plus importante, car elle donne lieu à différentes réflexions. La malade mourut, enceinte de 4 mois, d'hémorrhagie interne, résultant d'une tentative pour détruire le fœtus en ponctionnant la poche avec un trocart. Environ une quinzaine de jours avant sa mort elle avait eu quelques symptômes de rupture, mais ceux-ci n'étaient pas très nets. A l'autopsie, la poche, qui à l'origine contenait l'œuf, fut trouvée rompue; en dehors de celle-ci et ayant contracté de nouvelles adhérences, se voyait l'œuf entier et ses attaches avec le placenta, sur le côté opposé à l'ouverture dans la poche, et sur la face postérieure de l'utérus ».

Dans le cas du *D^r Aveling*, la mère et l'enfant avaient tous deux survécu à la rupture primaire, et l'œuf continuait à se développer dans le ligament large. La grossesse ectopique avait été diagnostiquée par le *D^r Aveling*, et avait même été montrée par lui à *Spencer Wells*; il n'y avait donc aucune raison pour intervenir. Si le cas avait été suivi avec soin jusqu'à la période viable, on aurait pu facilement à ce moment extraire un enfant vivant. Au lieu de cela l'enfant fut tué par le courant galvanique, ce qui me semble absolument blâmable, et beaucoup plus immoral que la castration.

Un des cas les plus récents, où l'électricité a été employée pour le traitement d'une grossesse ectopique, est celui qui a été relaté par le *D^r Buckmaster*, de Brooklyn (1); il est si caractéristique qu'il peut servir de type, et c'est à juste raison que nous pourrions le critiquer. Le *D^r Buckmaster* se pose trois questions en rapport avec son cas:

1° *Le diagnostic de grossesse extra-utérine est-il légitime?* Il ne peut exister aucun doute sur la réponse, car la description qu'il nous donne de l'accident, survenu chez sa malade lors de la neuvième semaine de sa grossesse, est tout particulièrement caractéristique d'une rupture de la trompe. « Elle éprouva subitement, dit-il, une violente douleur dans le creux de l'estomac, elle entendit des bruits de cloches et tomba en syncope sur le plancher sans pouvoir appeler à son secours. Elle fut trouvée dans cette condition par son mari, qui la transporta sur son lit. Sa face était très pâle et elle avait des syncopes à chaque tentative pour s'asseoir ou se lever. Elle était très altérée et reprochait à son médecin de ne pas lui permettre de boire autant d'eau qu'elle le désirait ».

2° *L'enfant était-il encore vivant lorsque l'électricité fut appliquée pour la première fois?* Il nous donne une réponse affirmative bien catégorique, quoique réellement la chose ne soit pas démontrée. D'après mon expérience personnelle et

(1) *Medical News*, du 21 juillet 1888.

d'après les détails donnés, il est très probable que la malade avait une hémato-cèle du ligament large, due à la rupture d'une grossesse tubaire, hémato-cèle d'une telle importance que l'œuf avait été détruit au moment de l'accident. Si elle avait été laissée à elle-même, la résorption de l'épanchement sanguin se serait faite sans l'influence violente du courant galvanique, ainsi qu'il arrive généralement sans aucune intervention. L'auteur dit de plus que la tumeur non seulement avait diminué de volume, mais encore avait changé de caractère, en perdant son élasticité à la suite de la résorption de son contenu liquide.

3° En supposant que l'enfant ait survécu à l'accident, arrive la troisième question : « *Le courant constant est-il le meilleur moyen pour détruire le fœtus* » et à celle-ci je commence par répondre. Quel droit le Dr *Buckmaster* avait-t-il de détruire cet enfant ? Car d'après la description donnée, qui est très claire, il ne peut exister aucun doute que la grossesse se trouvait située dans le ligament large. « Une masse mal définie, élastique au toucher, était perçue très distinctement sur le côté droit. Le toucher vaginal montrait que l'utérus était repoussé en avant vers le pubis, qu'il était augmenté de volume et ramolli. Le cul-de-sac de Douglas était occupé par une tumeur élastique, dans laquelle on percevait de la fluctuation et qui donnait la sensation d'un petit kyste ovarien, elle semblait faire partie de la tumeur perçue dans la fosse iliaque droite, cette dernière indépendante de l'utérus ».

Après avoir discuté avec soin les différentes méthodes de destruction du fœtus, aucune de celles-ci ne lui paraissant satisfaisante, le Dr *Buckmaster* se détermine à continuer d'employer le courant galvanique, mais il ne justifie aucunement sa détermination de détruire l'enfant. Tous les symptômes graves avaient disparus, la malade ne souffrait de rien que d'un léger malaise et du fait malheureux que le Dr *Buck-*

master avait diagnostiqué une grossesse ectopique. Si le cas avait été abandonné à lui-même, et en admettant qu'il existât réellement un enfant vivant après l'accident, il eût pu certainement arriver à la période viable, car ici il existait sûrement une grossesse extra-péritonéale.

En terminant le Dr *Buckmaster* nous dit que trois mois après le traitement électrique, il existait encore une masse dure, avec un ou deux points plus mous, et qui pouvait être très bien sentie par le toucher vaginal ; en somme les conditions physiques de la tumeur étaient les mêmes qu'au moment où il la vit pour la première fois, sauf la diminution de volume. La masse était encore là, représentant une source constante de danger, car selon toute probabilité elle arrivera un jour ou l'autre à la suppuration. Il est certain que trois mois sont une période beaucoup trop courte pour tirer des conclusions quant à la sécurité du traitement, même en supposant qu'il ait obtenu le résultat qu'il désirait en tuant le fœtus. Pour ma part, je crois qu'il ne réussit pas dans cette dernière tentative, car la méthode qu'il employa ne pouvait être appliquée avec sécurité sur l'enfant, et la force du courant n'était pas suffisante pour être fatale à quoi que ce fût.

Dans l'article du Dr *Buckmaster*, il existe encore deux autres points, que je désire relever et critiquer. En premier lieu, il fait dire au Dr *T. G. Thomas* que le traitement électrolytique a les deux grands avantages suivants : si une erreur de diagnostic a été commise, il ne fait aucun mal, tandis que, si le diagnostic est juste, l'expérience prouve qu'il peut être suffisant.

Je répondrai à ces affirmations de la façon suivante : d'après l'expérience que nous avons de cette méthode, il n'est pas du tout démontré que le courant électrique soit sans danger, le diagnostic étant ou n'étant pas exact, de même il n'est nullement prouvé qu'il soit efficace et produise l'effet que l'on désire en obtenir.

De plus, le D^r *Buckmaster* nous dit, et alors de son propre chef, qu'il se trouvera sans aucun doute des cas, ainsi que la littérature du sujet le démontre, dans lesquels, après avoir ouvert l'abdomen, il sera impossible de terminer l'opération. Je puis affirmer, d'après ma propre expérience, que cela est absolument inexact; dans certains cas il a peut-être été impossible à *certaines opératrices* de compléter l'opération, mais la règle est que toutes ces opérations doivent être menées à bonne fin: un homme qui par manque d'énergie et d'habileté s'arrête au milieu de leur exécution, ne doit pas les entreprendre. Elles peuvent toutes et toujours être faites complètement.

Développement du placenta après la mort de l'enfant. — Le second point de l'assertion du D^r *Buckmaster* que je désire réfuter est le suivant. « On a prétendu récemment, dit-il, que le placenta continuait à se développer pendant quelque temps après la mort de l'enfant, mais, comme nous n'avons aucune preuve évidente de cette affirmation, elle n'est pour le moment pas à prendre en considération ».

Comme je suis responsable d'avoir le premier mentionné le fait que j'avais vu le placenta continuer son développement après que le fœtus était évidemment mort depuis quelque temps, qu'il me soit permis de rappeler au D^r *Buckmaster* et à d'autres les témoignages sur lesquels cette opinion peut s'appuyer.

Dans l'observation n° 6, la rupture était survenue vraisemblablement dans la neuvième ou la dixième semaine de la grossesse; le placenta était enfoui au milieu d'une quantité de caillots, il formait une masse ronde du volume d'une balle de cricket, située en grande partie dans la trompe; lorsque la tumeur fut enlevée, le placenta était encore en partie adhérent à sa surface interne; la masse pelvienne était intacte. En l'incisant on trouva que la cavité de l'œuf renfer-

mait environ la valeur d'une cuiller à dessert de liquide amniotique, mais il n'y avait pas trace de fœtus.

Comme nous avons un exemple très fréquent de cette espèce d'accident — le développement d'un gros placenta, sans aucun fœtus, ou seulement avec traces de celui-ci, — dans les soi-disant moles utérines, nous n'avons aucune raison de ne pas supposer la chose possible dans les cas de grossesse tubaire. Il est un fait certain, c'est que tel était l'état des choses dans ce cas.

Dans l'observation 19, le fœtus retrouvé n'avait qu'une longueur de 75 millimètres, il avait évidemment succombé depuis fort longtemps, car il était en partie résorbé; par contre le placenta avait continué son développement et il était devenu aussi volumineux que s'il avait appartenu à une grossesse utérine du quatrième mois. Il avait contracté des adhérences avec l'intestin et l'épiploon, donnant lieu à des hémorragies répétées, pour lesquelles l'opération avait finalement dû être pratiquée. Nous avons rencontré des phénomènes semblables dans les cas 24, 30, 32 et 37.

A la séance de la *Société obstétricale* dans laquelle le D^r *Champneys* lut l'observation de son cas, M. *Thornton* apporta des preuves en faveur de la même conclusion et dans la première édition du *Manuel de gynécologie* de *Hart et Barbour*, publié en 1882, on trouvera encore le témoignage suivant sur cette importante question:

« A. B., âgée de 24 ans, avait eu une suppression de règles pendant deux mois et elle se croyait elle-même enceinte; depuis trois mois environ elle voit survenir des hémorragies irrégulières, se répétant trois fois par mois et de quantité considérable. À l'examen on trouva une tumeur dans le petit bassin, le vagin était repoussé contre le pubis, le col utérin au-dessus du niveau du détroit supérieur et la vessie avait aussi éprouvé un certain déplacement dans l'abdomen. La tumeur était aussi volumineuse qu'un utérus gravide de 4 mois 1/2. À la suite de la ponction de la poche avec un trocart aspirateur la malade mourut avec tous les symptômes d'une hémorragie interne, et à l'examen *post mortem*, après congélation du bassin et sur les coupes on trouva l'utérus long de

17 millimètres, le fond s'élevant à environ 15 millimètres au-dessus de la symphyse et le col était tellement étiré, que les orifices interne et externe étaient en partie oblitérés. La poche foetale se trouvait placée dans le cul-de-sac de Douglas, et elle était principalement occupée par le placenta. La cavité de l'œuf contenait peu de liquide et le fœtus avait environ le volume de celui d'une grossesse de trois mois ».

Le placenta en continuant à se développer après la mort du fœtus avait produit une hémorrhagie mortelle.

En parcourant les observations des cas qui sont arrivés au delà du terme normal de la grossesse, je trouve de nombreux exemples, qui ne peuvent être interprétés que par le développement du placenta après la mort de l'enfant. Il n'est fait mention de ce fait dans aucun cas, mais il ressort clairement des descriptions.

Dans une observation relatée par M. *Samuel Hey*, de Leeds, la grossesse avait atteint le 9^e mois, lorsqu'il survint un faux travail et l'enfant succomba. Trois mois après cette époque la mère mourut à la suite de complications dues à sa grossesse ectopique. On reconnut que l'enfant était complètement développé et il ne montrait aucunes traces de décomposition. Comme l'enfant avait atteint un volume inusité et pesait environ 2 livres 1/2, on supposa que la poche foetale était formée aux dépens de la trompe de Fallope droite, mais d'après la description on voit parfaitement bien que c'était aux dépens du ligament large droit, en même temps que de la trompe. Le placenta doit s'être dans ce cas développé considérablement depuis la mort de l'enfant.

Traitement électrique. — Quelques-uns des faits qui ont été relatés à propos de l'application de l'électricité au traitement de la grossesse ectopique sont tout simplement horribles, comme on peut en juger par l'article du Dr *Matthews Duncan* dans les *Rapports de l'Hôpital Bartholomew* pour 1883.

L'électricité fut d'abord essayée sous la forme d'un courant induit, aussi intense que peut le fournir une batterie combinée de Coxeter. L'é-

lectrode en charbon, reliée au pôle positif, fut appliquée sur la tumeur, située du côté gauche, et une électrode de gomme élastique, terminée par une extrémité nickelée, fut appliquée dans le vagin sur la paroi gauche et réunie au pôle négatif. Le courant était alternativement lancé à travers la tumeur et arrêté pendant des périodes variant de 2 secondes à environ une minute et demie. Après cela un courant continu de 40 éléments Leclanché fut appliqué pendant 6 minutes; il produisit une légère vésication de la peau et une eschare dans le vagin. Le même soir on pouvait encore entendre les bruits du cœur du fœtus. Le jour suivant 12 centigrammes de morphine furent injectés dans la cavité foetale.

Une heure après la malade se sentit assoupie et ses pupilles étaient légèrement contractées. On supposa qu'il était indiqué d'enlever le liquide amniotique, ce qui fut fait par la ponction aspiratrice à travers la paroi abdominale, on en retira 8 onces. Le cœur foetal continuant à battre, le Dr *Duncan*, 5 jours plus tard, injecta 15 milligrammes de morphine dans le corps du fœtus, à la profondeur de 2 pouces sur l'endroit où les bruits du cœur étaient perçus le plus distinctement. L'opération fut répétée 2 fois à 2 jours d'intervalle, mais sans obtenir le résultat que l'on en attendait.

Il fut alors décidé d'essayer de détruire l'enfant par la galvano-poncture. Deux aiguilles à électrolyse furent plongées dans la tumeur à un pouce et demi de profondeur, et reliées au pôle négatif d'une batterie composée d'éléments Leclanché modifiés; une électrode de charbon ovale étant appliquée extérieurement sur la tumeur et formant le pôle positif. Un courant de 40 éléments fut employé pendant 6 minutes, avec quelques interruptions. Après l'opération les bruits du cœur étaient encore perçus, mais ils étaient devenus plus lents.

Quatre jours après, le Dr *Duncan*, ayant encore entendu les pulsations foetales, retira à l'aide de l'aspirateur le liquide amniotique, et il injecta dans le fœtus 13 milligrammes de parties égales d'eau et de solution hypodermique de morphine, à l'endroit où l'on entendait les bruits du cœur. Après cette opération les battements du cœur ne furent plus entendus.

La malade mourut 2 jours plus tard. A l'autopsie, 26 heures après la mort, on trouva le contenu de la poche très fétide et les parties molles de l'enfant étaient en grande partie si complètement macérées, que les os étaient à découvert. Presque tous les organes internes étaient diffluent, le cœur était à peine reconnaissable.

Une telle observation discrédite positivement l'art que nous pratiquons; une longue série d'expériences inefficaces fut essayée sur cette pauvre mère et sur son enfant, provoquant l'une après l'autre des souffrances pénibles et finalement la mort de deux êtres, qui très probablement auraient