

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 diffluentes, 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

pu être sauvés si l'on eût suivi les règles ordinaires de la pratique chirurgicale.

Traitement chirurgical. — Lorsqu'une rupture primaire a évolué favorablement, le fœtus peut succomber avant d'être viable et devenir ainsi une source de danger, il faut alors l'enlever; à plus forte raison s'il atteint le terme, doit-on pratiquer l'incision abdominale.

La malade peut aussi ne se présenter que lorsque l'enfant est arrivé au delà de la période de gestation et déjà mort; il doit aussi dans ce cas être enlevé, car il peut encore être l'origine d'accidents toujours menaçants. La formation d'un lithopédon est beaucoup trop rare, et par contre la suppuration de la poche fœtale beaucoup trop fréquente et beaucoup trop dangereuse pour qu'il soit permis de faire courir un risque pareil à nos malades.

Parry a très bien résumé la question dans le passage suivant: « Après la mort du fœtus, dit-il, la rétention du produit dans une poche extra-utérine n'est pas incompatible avec une existence encore longue et utile, mais une femme n'est jamais à l'abri de dangers sérieux, tant qu'elle porte un enfant ainsi enkysté. Un exercice violent, un coup, un effort, une chute, peuvent à chaque instant devenir la cause de l'inflammation de la poche. Il se produit alors une douleur violente, de la fièvre et des symptômes inflammatoires qui aggravent singulièrement le pronostic. Lorsqu'il se produit des accidents chroniques, comme une fièvre continue, ou des troubles locaux qui amènent à leur suite des symptômes typhiques, ils mettent en danger la malade en entravant la nutrition du kyste fœtal, et ils peuvent aboutir à une inflammation mortelle ».

Le cas le plus ancien de laparotomie pratiquée pour une grossesse ectopique, dont on ait retrouvé la relation, est celui de *Primerose*, qui opéra en octobre 1594. L'histoire de sa malade est devenue classique. Elle fut deux fois atteinte de

grossesse extra-utérine, la première fois en 1591, et de nouveau quelque temps avant 1594. La poche du premier enfant s'ouvrit spontanément à travers la paroi abdominale. La fistule fut élargie et l'enfant fut extrait par le chirurgien *Jacob Noierus*. Cette opération ayant eu plein succès, *Primerose* enleva le second enfant par laparotomie deux mois après le terme. Il est ainsi facile de s'imaginer comment il fut conduit à pratiquer cette seconde et très hasardeuse opération. *Félix Platerus* relate un autre cas heureux, opéré seulement trois ans après le terme. Depuis lors, nous n'avons trouvé aucune indication de cette opération pendant plus d'un siècle. En 1714, *Calvo* en décrit un cas en France, et, en 1764, *Bard* un autre cas en Amérique (*Parry*).

John Bard était chirurgien à New-York, et on ne connaît personne qui ait opéré cet accident avant lui dans ce pays. Sa malade était la femme d'un maçon, et l'opération ne fut publiée que quelques années après avoir été pratiquée, car *Bard* en fait mention dans une lettre, adressée au D^r *Fothergill*, et datée du 25 décembre 1759.

Le 14 janvier 1791, cette opération fut pratiquée en Amérique pour la seconde fois, sur la femme d'un planteur de Virginie, Mme *Cocke*. Cette opération, faite par un médecin de campagne, le D^r *William Baynham*, eut un plein succès. Le 6 février 1799, le même praticien opéra une esclave nègre encore avec le même résultat heureux. Ce fut la quatrième laparotomie faite en Amérique pour l'extraction d'un fœtus extra-utérin, car la troisième fut pratiquée par *Knight* et communiquée au célèbre D^r *Lettsom*, par le D^r *Mease*, de Philadelphie et publiée en 1795.

Les deux cas du D^r *Baynham* méritent d'être étudiés avec soin, car ils prouvent bien l'intrépidité et le bon sens dont fait souvent preuve le chirurgien de campagne, qui, séparé de ses confrères par de grandes distances, doit souvent agir avec la plus grande décision, en restant privé des conseils sur les-

quels il désirerait s'appuyer. Il se passa près d'un quart de siècle avant que l'opération fut répétée en Amérique. Le 6 octobre 1823, elle fut de nouveau pratiquée par le D^r *Wishart*, aussi un praticien de campagne. La sixième fut faite le 6 février 1846 par le D^r *A. H. Stevens*, de New-York, qui avait tous les avantages de la pratique dans un grand centre.

Sprenghel, dans son *Histoire de la médecine* (vol. VII, p. 290), cite les auteurs suivants comme ayant opéré des grossesses ectopiques. *Comax*, professeur à Vienne, est indiqué comme le premier qui ait pratiqué avec succès la laparotomie; *Hector* et *Gassarus*, tous deux d'Augsbourg; *Soligen*, qui est donné comme ayant pratiqué cette opération plusieurs fois; *C. Denys*, médecin français, qui relate différents cas de grossesse extra-utérine, suivis d'abcès, d'où les fœtus furent extraits; *Runge*, chirurgien de Brême, qui opéra une femme, dont l'abdomen contenait un fœtus depuis 11 ans. *Spaering*, médecin suédois, ouvrit un abcès avec sa lancette et put en extraire de la paroi abdominale inférieure un fœtus, retenu depuis 13 ans; *Breyer*, de Leipzig et *Weinhardt*, opérèrent par laparotomie avec plein succès, tandis que le professeur *Colomb*, de Lyon, et le professeur *Josephus*, de Rostock, eurent des résultats malheureux (*Campbell*).

Parry a publié un certain nombre de tableaux ayant trait à la mortalité de la grossesse extra-utérine, atteignant ou dépassant le terme et traitée d'un côté par la laparotomie, de l'autre abandonnée à elle-même. Mais il est bien évident qu'aucune statistique d'opérations abdominales n'a la moindre valeur, du moment qu'elle est antérieure à l'année 1878, c'est-à-dire à l'époque où la pratique de la chirurgie abdominale fut révolutionnée par l'abandon définitif du clamp dans les ovariectomies; d'ailleurs il est tout à fait évident, que la réunion de cas hétérogènes, dont plus de deux appartiennent rarement au même opérateur, ne peut avoir que peu ou point de valeur. En parcourant les observations qui sont relatées

avec quelques détails, on voit que la grande majorité des cas a été opérée lorsque la santé des malades était déjà gravement compromise par des complications accidentelles ou par la suppuration de la poche; ce qui retire beaucoup de valeur à cette statistique. Les conclusions qui s'en détachent sont les suivantes :

« Dans trente cas, pour lesquels la laparotomie fut pratiquée, ou la fistule dilatée, 28 malades guérissent. Sur douze cas de laparotomie, faites lorsque la suppuration était déjà bien établie, dix furent couronnés de succès. Neuf femmes, opérées pendant que le fœtus vivait encore, ou immédiatement après sa mort, succombèrent toutes aux suites de l'opération. »

Si ces conclusions devaient être acceptées d'une manière définitive, il n'y aurait plus lieu de discuter s'il faut sauver l'enfant. Pour ma part, je n'en parlerais pas davantage et me résoudrais à produire la mort du fœtus par un moyen quelconque, ou j'attendrais sa mort et ne l'enlèverais que quelque temps après. *Parry* semble avoir été grandement porté à supposer que les fâcheux résultats constatés à la suite de l'extraction d'enfants vivants étaient dus à l'état puerpéral, ce qui le mena à conseiller d'attendre que l'enfant eut succombé depuis quelque temps. D'après ce principe il divisa les opérations en *primaire* et *secondaire*, et ce fut une grande erreur.

Il est vrai que pendant l'état puerpéral les interventions paraissent tout particulièrement graves; mais je suis bien persuadé aujourd'hui que cela tient surtout à ce que les opérations ont été faites sans précaution par des chirurgiens peu habiles. Si un chirurgien doué d'une certaine habileté pratique l'opération suivant les règles, je crois que les femmes n'ont pas à craindre davantage les opérations dans l'état puerpéral qu'à tout autre moment. En comparant les résultats que j'ai obtenus dans l'opération césarienne et dans les méthodes modernes d'amputation de l'utérus gravide je suis

arrivé à une conviction absolue dans ce sens. Jamais je n'ai réussi à sauver une femme après une opération césarienne. Tout d'abord j'avais attribué ce résultat à l'influence puerpérale, conclusion que je reconnais pour absurde aujourd'hui, car, dès que je commençai à amputer l'utérus, toutes mes malades guérissent et guérissent même aussi facilement qu'après une simple ovariectomie. J'avais l'habitude de faire l'opération césarienne principalement pour sauver l'enfant et actuellement j'enlève l'utérus gravide et je sauve la mère et l'enfant; aussi je ne puis plus approuver aujourd'hui quiconque fait encore une craniotomie.

Une révolution de cette importance, dans la pratique des opérations pendant l'état puerpéral, nous amène à n'envisager les tableaux de *Parry* et leurs conclusions qu'avec beaucoup de scepticisme. D'autres objections pourraient encore être soulevées. Les conditions de tous ces cas sont si dissimilaires, qu'ils ne peuvent être raisonnablement comparés entre eux et réunis dans les mêmes tableaux. Ainsi la grande majorité des opérations *primaires* a été faite *in extremis*, tandis que les opérations *secondaires* ont été pratiquées pour des cas déjà chroniques, et par des chirurgiens tout spécialement expérimentés.

En général tous ces cas d'opérations primaires sont seulement des curiosités chirurgicales, des exemples de cruauté sans valeur. *Parry* semble avoir envisagé la chose de cette manière, car il s'exprime ainsi à propos de 62 cas qu'il désigne sous le titre de *primaires* pratiqués pour extraire des fœtus extra-utérins, et qui donnèrent 30 survies et 32 morts, donc une mortalité de 51, 61 pour cent; « Il est douteux, dit-il, que ce chiffre puisse être accepté comme indiquant la mortalité exacte après la laparotomie. Ce résultat doit être comparé avec celui du troisième tableau, qui nous indique approximativement la mortalité de la grossesse ectopique, abandonnée à elle-même, ou, pour parler plus correctement,

laissée sans intervention opératoire, jusqu'à ce que la nature ait choisi la voie par laquelle doit s'effectuer l'élimination du contenu à l'aide d'une fistule, se faisant jour à travers les parois abdominales, dans la vessie, le vagin ou le tractus intestinal. Cinquante-deux pour cent de ces femmes succombèrent, ce qui nous donne un avantage de 10/0 seulement en faveur de la laparotomie. Cette comparaison constitue certainement un bien faible encouragement à intervenir activement contre ce malheureux accident. »

Une autre conclusion des plus importantes qui se détache de la statistique de *Parry* lui a complètement échappé, quoiqu'elle ressorte clairement de l'ensemble de sa publication, c'est que les cas dont il parle ne se rapportent qu'au petit nombre des femmes qui ont échappé à la suppuration, cause de la mort du plus grand nombre, tandis que, dans le tableau des laparotomies, faites dans le but d'extraire les enfants vivants, ou morts depuis peu, il n'y a pas à tenir compte de cette proportion.

Je puis maintenant discuter les termes de *primaires* et *secondaires*, appliqués à ces opérations par le Dr *Parry* et que pour ma part je regarde comme une grave erreur. Il appelle opérations primaires, celles pour lesquelles l'état de l'enfant doit déterminer l'époque de l'intervention, ou pour lesquelles l'opération est pratiquée à une époque très rapprochée du terme, ou immédiatement après la mort de l'enfant. Puis il a appelé opérations secondaires toutes celles qui sont pratiquées quelque temps après la mort du fœtus et lorsque la mère n'était plus sous l'influence de « l'état puerpéral ». Il me semble, pour ma part, que ces termes sont ici très mal employés, et il est certain que leur emploi donnera lieu à des confusions.

En chirurgie générale nous employons les expressions d'opération *primaire* et d'opération *secondaire*, surtout à propos d'amputations des extrémités; et elles sont si bien entrées

dans le langage médical, qu'elles sont devenues indispensables à la clarté des descriptions ; elles ont donc ici leur avantage. Employées par contre dans le sens que le D^r Parry leur a donné, elles n'ont pas raison d'être et elles ne peuvent que créer une confusion. Si nous devons appliquer le terme de *primaire* aux opérations pour grossesses extra-utérines, je préférerais de beaucoup voir qualifier ainsi l'intervention opératoire ayant pour but l'arrêt de l'hémorrhagie à l'époque de la *rupture primaire* ; les raisons que j'en donnerai sont les suivantes : la laparotomie, exécutée à ce moment, sera *primaire* au point de vue de la date et aussi *primaire* dans le sens de sa grande importance, car elle se présente à la fois comme une opération plus urgente et plus fréquente.

L'incision abdominale, pratiquée dans le but de sauver l'enfant viable, sera une opération *secondaire* comme date, et de plus faible importance au point de vue de sa moindre fréquence. Si nous attribuons à l'expression de *primaire* le même sens que dans le cas d'amputations, pour indiquer une opération faite au moment de l'accident, lorsque le malade est épuisé par le choc, la douleur et l'hémorrhagie, il est certain que la femme, telle qu'elle se trouve au moment de l'accident d'une rupture *primaire* de grossesse extra-utérine, est dans des conditions très analogues à l'état du malade qui va être soumis à une amputation *primaire*. Beaucoup de mes malades étaient dans un état tout à fait pareil à ceux qui auraient subi l'écrasement total d'un membre et, autre analogie, elles auraient sûrement succombé si elles avaient été abandonnées à elles-mêmes.

Au contraire, les femmes auxquelles j'ai extrait par laparotomie des enfants viables, ou des enfants morts ayant déjà dépassé le terme de la grossesse, se rapprochaient davantage des amputés pour affections chroniques, et ces interventions constituaient absolument des opérations *secondaires* dans le sens chirurgical de ce mot.

Un autre argument contre l'introduction de ces expressions, dans le sens que leur a attribué Parry, est qu'elles sont principalement basées sur la nécessité de sauver l'enfant et quoique cela doive être, ainsi que l'a fortément indiqué le D^r Meadows, un élément important dans la discussion d'une pareille opération, ce ne peut en être l'élément principal ; en fin de compte, par les termes qu'il a proposés et l'emploi qu'il en conseille, le D^r Parry ferme complètement la porte à tout procédé qui aurait pour but de sauver la vie de l'enfant. « En effet, dit-il, malgré la possibilité de réaliser cet heureux résultat, et même de pouvoir sauver la mère et l'enfant, comme on a pu le faire plusieurs fois, l'opération primaire ne peut être condamnée trop énergiquement ».

Je ne puis admettre cette conclusion pour le moment, car les éléments sur lesquels il l'appuie sont si disparates, qu'il est tout à fait impossible de les soumettre à une appréciation exacte et satisfaisante. Si nous admettons même ses explications, son argumentation n'est après tout basée que sur une différence de neuf pour cent seulement contre une opération qui a sauvé l'enfant aussi bien que la mère ; et, ainsi que je l'ai déjà dit, ce taux de la mortalité a été grandement influencé par des délais regrettables et en grande partie par des procédés peu scientifiques. Ainsi un de ces cas a été opéré (sans succès naturellement) après un faux travail ayant duré plus d'une semaine ; une autre femme (opérée également sans succès) après que des tentatives avaient été répétées *vaillamment* pendant toute une journée pour l'accoucher au moyen du forceps.

Je tiens par conséquent à défendre le principe qui consiste à sauver un enfant qui a survécu à la catastrophe de la rupture primaire de la trompe et qui s'est développé dans le ligament large. Si son existence a été reconnue pendant sa vie, la mère doit être suivie et surveillée avec le plus grand soin jusqu'au moment où un faux travail survient, absolument

comme nous suivons un cas d'hystérectomie puerpérale et que nous choisissons le début du travail comme le moment le plus favorable à l'opération pour sauver la mère et l'enfant.

On ne se laissera donc détourner de ce premier principe, qui règle le moment choisi pour l'opération et les détails de celle-ci, que par deux autres considérations, qui sont les suivantes : ne pas opérer avant que l'enfant ait atteint la période de viabilité, pourvu que le délai nécessaire ne soit pas préjudiciable à la mère et, en second lieu, ne pas différer l'opération dès que l'enfant est mort.

Opération par le vagin. — Je veux maintenant dire ce que je pense de toutes les opérations qui consistent à extraire l'enfant par incision vaginale.

Le D^r *Hermann* a réuni une série de 23 cas d'opérations par voie vaginale avec 14 guérisons de la mère et seulement un seul enfant sauvé. J'en ai retrouvé depuis quelques autres cas, mais ces recherches n'ont pas d'importance. Lorsque l'on examine en effet les cas en détail, il devient bientôt évident qu'ils ne sont pas comparables et qu'il est tout à fait impossible de prendre de telles bases pour en tirer une conclusion générale, et, encore plus, des indications particulières.

L'incision vaginale est une méthode fort peu satisfaisante en ce qui regarde l'enfant, ceci est de toute évidence, car la difficulté d'extraire le fœtus est énorme, et on ne connaît que deux cas dans lesquels l'enfant ait été retiré vivant. La mortalité est dans ces cas de plus de 60 pour cent, mais ce n'est pas encore là le principal argument contre ce mode d'intervention ; en effet, on constate à l'autopsie un tel délabrement des organes, on arrive si souvent à reconnaître alors qu'il s'est produit au cours de l'opération une hémorrhagie mortelle, que ces faits plaident encore davantage contre cette voie opératoire. Il m'a suffi d'un cas pour fixer mon jugement à cet égard et il ne m'arrivera plus jamais, dans quelque circon-

tance que ce soit, d'attaquer une grossesse sous-péritonéale par le vagin. Je tiens à donner en détail l'observation telle qu'elle fut publiée dans le *Medical Times and Gazette* de 1873.

Le 16 juillet 1873, je fus appelé par le Dr *Call Weddell*, de Bloomsbury, pour voir en consultation avec lui Mme T., âgée de 32 ans, qui souffrait depuis quelque temps de symptômes anormaux, inquiétants. Elle avait eu un enfant neuf ans auparavant et depuis quelques mois elle se croyait de nouveau enceinte. Quelques jours avant que je la voie, elle avait eu des symptômes fébriles et son état s'était aggravé. Une tumeur en forme de croissant occupait le bassin et la fosse iliaque ; le palper ne donnait aucune indication spéciale sur sa nature ; à l'auscultation on percevait, sur un espace d'environ un demi pouce de diamètre et situé à environ un pouce au-dessous de l'ombilic, un bruit distinct, qui devenait plus intense à mesure que la pression du stéthoscope augmentait.

L'examen par le vagin révélait une tumeur derrière l'utérus, occupant tout l'espace libre, immobile et donnant une sensation molle particulière au toucher. L'utérus mesurait 4 pouces pour sa cavité, et il présentait tous les caractères particuliers à un accident de fausse couche récente, qui serait survenue dans le cours du 3^e ou du 4^e mois. Il était mobile sur la tumeur dans une étendue limitée, le fond de l'organe était en antéversion et on le percevait facilement au-dessus du pubis. A l'examen par le rectum je sentis quelque chose, que je crus reconnaître pour le genou d'un enfant et en plus un bord du placenta.

Le 17 juillet l'état de la malade s'était manifestement aggravé, et on ne pouvait différer plus longtemps l'intervention. Elle fut chloroformée ; j'introduisis dans la tumeur rétro-utérine l'aiguille d'un aspirateur et je pus recueillir quelques onces de liquide, qui sans qu'il y eût de doute possible fut reconnu pour du liquide amniotique. Le diagnostic étant ainsi confirmé, j'introduisis un bistouri en me servant de l'aiguille comme conducteur et j'arrivai ainsi de suite sur le genou d'un fœtus. J'élargis l'incision et je pus extraire un enfant d'environ 8 mois, qui était évidemment mort depuis quelque temps. Aussitôt après l'extraction du fœtus, j'introduisis ma main dans l'ouverture et je cherchai le placenta, que je trouvai situé en avant ; je constatai aussi que la poche avait été rompue à sa partie supérieure et que quelques anses intestinales s'y étaient introduites. Je n'éprouvai aucune difficulté à détacher le placenta et il ne me sembla pas qu'une hémorrhagie pût en résulter. Il pesait près de 3 livres et il était très dur et charnu. La malade se remit fort bien de l'anesthésie, mais elle succomba en quelques heures.

Je dois à l'obligeance de MM. les docteurs *Sawyer* et *Weddell* les notes suivantes sur les résultats fournis par l'autopsie.