

**Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie. No 8, première année, 25 août 1886.**

**Contributors**

Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Paris : Félix Alcan, 1886.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/vzhaj8r4>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

19. 488 - Charbelier - Placenta du Rat

209 bis

P.C. 7.

NOUVELLES ARCHIVES

6 in one

# D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

9-14.

DIRECTION :

**CHARPENTIER**

Prof. agr. à la Faculté.

**S. DUPLAY**

Professeur à la Faculté,  
Chirurgien de Lariboisière.

**BERNUTZ**

Médecin de la Charité.

**GUENIOT**

Prof. agr. à la Faculté,  
Chir. des Enf. assistés.

**PORAK**

Accoucheur de l'hôpital St-Louis.

**SIREDEY**

Médecin de Lariboisière

**POLAILLON**

Prof. agr. à la Faculté,  
Chirurg. de la Pitié.

RÉDACTEUR EN CHEF : **DOLÉRIS**, Accoucheur des hôpitaux.

**COLLABORATEURS** : MM. BOUILLY, prof. agrégé, chirurg. des hôpitaux; DESCROIZILLES méd. de l'hôpital des Enfants-Malades; LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Maternité; OLLIVIER, prof. agrégé, méd. de l'hôp. des Enfants-Malades; PERIER, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (PARIS).

BUCHACOURT, prof. de clinique obstétr. (LYON); — EUSTACHE, professeur à la Faculté libre (LILLE).

CHAHBAZIAN (CONSTANTINOPLE); — ENGELMAN (SAINT-LOUIS-MISSOURI); — HEINRICIUS, agrégé (HELSINGFORS); — KÖBERLÉ (STRASBOURG); — TH. LUSK (NEW-YORK); — MANGIAGALLI (CATANE); — MIJNLIEFF (BREUKELLEN); — NEUGEBAUER (VARSOVIE); — VULLIET, prof. chirur. adj. à la Maternité (GENÈVE).

N° 8. — 25 Août 1886.

PREMIÈRE ANNÉE

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C<sup>ie</sup>

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1886.



ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C<sup>ie</sup>  
FÉLIX ALGAN, ÉDITEUR

*Viennent de paraître :*

## LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS (1879-1880)

Par le D<sup>r</sup> PÉAN

- Suivies :* 1<sup>o</sup> Des observations recueillies dans le service de l'auteur, du 1<sup>er</sup> janvier 1879 au 1<sup>er</sup> janvier 1881;  
2<sup>o</sup> De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui, du 1<sup>er</sup> juillet 1881 au 1<sup>er</sup> janvier 1885;  
3<sup>o</sup> De la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis.
- 1 fort vol. gr. in-8, avec 40 fig. dans le texte et 7 pl. coloriées hors texte (t. IV)... 20 fr.

DU MÊME AUTEUR

## LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

- TOME I. — Leçons professées pendant l'année 1874 et le premier semestre de 1875.  
1 fort vol. gr. in-8, avec 40 fig. dans le texte et 4 pl. coloriées hors texte (1876). 20 fr.
- TOME II. — Leçons professées pendant le 2<sup>e</sup> semestre de l'année 1875 et l'année 1876.  
1 fort vol. gr. in-8, avec figures dans le texte..... 20 fr.
- TOME III. — Leçons professées pendant les années 1877 et 1878.  
1 fort vol. gr. in-8, avec figures dans le texte..... 20 fr.

## NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL

PRÉCÉDÉ

d'une Notice sur les Hôpitaux de Paris, de Généralités sur l'Art de formuler

SUIVI

*d'un Précis sur les Eaux minérales naturelles et artificielles,  
d'un Mémoire thérapeutique, etc., etc.*

Par **A. BOUCHARDAT**

Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

*Vingt-sixième édition, revue et augmentée de formules nouvelles.*

1 vol. in-18, broché : 3 fr. 50; cartonné à l'anglaise, 4 fr.; relié, 4 fr. 50.

## LES BACTÉRIES

LEUR RÔLE DANS L'ANATOMIE ET L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
DES MALADIES INFECTIEUSES

*(Ouvrage contenant les méthodes spéciales de la bactériologie).*

PAR

A.-V. CORNIL

Professeur d'anatomie pathologique  
à la Faculté de médecine de Paris.


V. BABES

Professeur à l'Université  
à Budapest.

2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée

1 fort volume in 8 avec 350 figures en noir et en couleurs dans le texte, et 4 planches en chromo-lithographie hors texte. 30 fr.

NOUVELLES ARCHIVES  
D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE



9.

SUITES DE COUCHES  
CHEZ LES FEMMES SYPHILITIQUES

Par **H. COMBES**

L'idée première et le fonds critique de ce travail nous ont été suggérés par M. le D<sup>r</sup> Doléris. C'est un mémoire de statistique qu'accompagnent quelques considérations et l'appréciation de deux mémoires antérieurs.

Il repose tout entier sur les observations qui en font la base et que nous devons à la bienveillance de MM. Porak et Doléris.

§ 1<sup>er</sup>

**Considérations générales. — La syphilis peut-elle provoquer la fièvre chez une nouvelle accouchée? — Quelle est la cause immédiate de la fièvre syphilitique?**

De tout temps il a semblé aux accoucheurs que la syphilis imprimait un cachet assez particulier à la grossesse et aux suites de couches.

Sans parler des conséquences graves que cette diathèse peut entraîner quant au développement du fœtus, quant au processus évolutif de l'œuf et quant à la marche de la gestation, dès que l'on envisage l'état général de la femme syphilitique, enceinte ou accouchée, on peut relever les faits suivants :

Presque toujours une déchéance générale de l'organisme, qui se traduit par une pâleur excessive; de l'anémie, des troubles fonctionnels variables du côté de la nutrition, de la maigreur et, dans les cas très accentués, une véritable cachexie syphilitique.

Que, d'autre part, la grossesse ou l'accouchement contribuent à rappeler des manifestations extérieures diverses chez les femmes affectées de syphilis, c'est un fait notoire et qui n'a pour nous qu'un intérêt se-

conculaire. On conçoit toutefois que lorsqu'un pareil résultat se produit, c'est un nouvel élément fâcheux, visible, ajouté à l'affaiblissement général latent, déjà occasionné par la maladie en acte depuis un temps indéterminé, chez la femme enceinte ou nouvellement accouchée.

Une conséquence très admissible, en principe, semble découler naturellement de ces deux prémisses :

La femme syphilitique, nouvellement accouchée, de par :

1° son état diathésique ;

2° ses lésions syphilitiques, en voie d'évolution actuelle, est, plus que toute autre, exposée à divers accidents que l'on rencontre communément dans les suites de couches.

L'involution utérine risque d'être lente et tardive ; l'altération septique des sécrétions trouvera moins de résistance dans ce terrain affaibli.

La résorption, partant la septicémie, sera d'autant plus à redouter.

L'ébranlement nerveux, qui, d'ordinaire, est modéré chez la femme saine, pourra s'accroître anormalement chez la femme syphilitique.

Les plaies caractéristiques des lésions en cours d'évolution de la diathèse joueront un rôle, soit pour provoquer, si elles sont étendues, une réaction générale, si elles sont suppuratives et de mauvais aspect, une infection qui peut se propager médiatement ou immédiatement sur la plaie génitale.

Ces données rentrent dans les faits de pathologie générale connus de tous ; ils n'ont rien, malgré tout, qui soit spécial à la syphilis.

En effet, toute autre diathèse affectant une allure analogue peut produire les mêmes résultats chez la femme nouvellement accouchée, à savoir : affaiblissement du terrain, prédisposition à l'infection.

Si maintenant nous écartons ces prémisses, pour nous retrancher dans l'observation pure et simple, nous sommes bien obligé de convenir que les deux éléments précités ne suffisent pas à déterminer chez l'accouchée des phénomènes puerpéraux pathologiques au sens ordinaire du mot. En d'autres termes, si la femme, dans de semblables conditions, est entourée de précautions antiseptiques rigoureuses, elle doit échapper à tout accident. En cela, l'accord paraît être unanime chez tous les accoucheurs.

Cependant, il semblerait que chez les accouchées syphilitiques la fièvre, entre autres phénomènes pathologiques, se rencontre dans des proportions telles que l'on pourrait supposer que, même dégagées de tout phénomène infectieux, les couches empruntent à la syphilis un élé-

ment spécial, l'*hyperthermie*. Cela revient à dire qu'il existe, dans de pareilles conditions, une hyperthermie exclusivement syphilitique dans les suites de couches; et cela nous conduit à poser cette première question :

*La syphilis peut-elle provoquer la fièvre chez une nouvelle accouchée?* — Cette question ne peut être résolue que par la statistique découlant des faits et établissant que, toutes choses égales d'ailleurs, la fièvre se rencontre plus fréquemment chez les accouchées syphilitiques que chez les autres accouchées.

Il faudrait, pour arriver à la solution, établir qu'aucun autre élément pathologique n'est en jeu quant à l'étiologie de la fièvre.

Si les faits répondent affirmativement, si la fréquence de l'hyperthermie, d'origine exclusivement syphilitique, paraît incontestablement établie, il restera à chercher :

1° Si cette hyperthermie suffit à justifier le terme de *fièvre syphilitique*. Car ce n'est pas seulement l'augmentation de température qui entre en ligne dans la fièvre, mais aussi les troubles circulatoires et nerveux qui se traduisent par la fréquence et les altérations du pouls. Je puis déjà affirmer que cet élément n'a pas été relevé, et que les quelques rares observateurs qui ont parlé de la fièvre syphilitique se sont bornés à fournir des tracés thermiques, sans nous faire connaître les courbes sphygmiques. Plus heureux que nos devanciers, nous apportons cet élément de valeur ;

2° Par quel mécanisme la diathèse produit la fièvre; ce qui correspond à cette seconde question :

Quelle est la cause immédiate de la fièvre syphilitique ?

Pour arriver à cette double solution, nous serons obligé d'établir, par comparaison, les conditions dans lesquelles se produit la fièvre syphilitique en dehors de la grossesse et de l'accouchement.

C'est à l'étude de ces deux points que nous consacrons ce travail.

## § II

**D'où est venue l'idée d'une fièvre syphilitique? — Discussion des idées et des observations de MM. Pinard, Sacreste, Fauconnier et Mercier.**

### I.

D'où est venue l'idée d'une fièvre syphilitique des suites de couches ? — Jusqu'à l'année dernière aucun auteur n'avait si-

gnalé l'élévation de la température comme un accident fréquent chez les accouchées *syphilitiques*, en dehors de toute autre cause pyrétogène. Nous voyons cette idée émise pour la première fois dans la thèse du D<sup>r</sup> Sacreste (De l'hyperthermie syphilitique *post partum*. Paris, décembre 1885). Elle a été suggérée à l'auteur par M. le D<sup>r</sup> Pinard, accoucheur de Lariboisière. Cette année même, le D<sup>r</sup> Fauconnier, élève de M. le D<sup>r</sup> Pozzi, a recueilli à l'hôpital de Lourcine des observations qui tendent à accrédi-ter la même doctrine (De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchements syphilitiques. Paris, mars 1886). Dans un troisième travail, la thèse du D<sup>r</sup> Mercier (Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis. Paris, 1886), la question se trouve posée, mais non résolue.

Les observations du D<sup>r</sup> **Sacreste** sont au nombre de vingt-quatre. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

« 1<sup>o</sup> La fièvre syphilitique est fréquente, puisque nous l'avons trouvée dix-huit fois sur vingt-quatre, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas.

« 2<sup>o</sup> Elle est d'une intensité moyenne et ne dépasse pas 38,5 ou 39<sup>o</sup>; d'une innocuité qu'il nous a été facile de constater et d'une durée moyenne de sept ou huit jours.

« 3<sup>o</sup> Cette durée est manifestement influencée par l'âge de la syphilis et l'absence de traitement; les syphilis maternelles anciennes (peu ou mal traitées surtout) produisent une hyperthermie de plus longue durée.

« 4<sup>o</sup> Quant à la nature intime de sa cause, elle ne nous est pas connue. »

Reprenons maintenant les faits exposés par l'auteur.

#### PREMIÈRE CATÉGORIE.

*La température n'a pas atteint ou dépassé 39° C.*

OBS. I. — Hydramnios considérable; pas trace de syphilis actuelle; commémoratifs vagues; la syphilis soupçonnée mais non prouvée paraîtrait remonter à plus de deux ans.

La fièvre a été caractérisée par trois ascensions thermiques : 1<sup>er</sup> jour s., 38,1; 6<sup>e</sup> jour s., 38,2; 8<sup>e</sup> jour m., 38,6. Normalité tout le reste du temps.

OBS. II. — Pas d'accidents actuels. Soupçon de syphilis remontant à trois ans; enfant mort, macéré.

La fièvre a consisté, le troisième jour s., en une élévation thermique arrivant à 38,3.

OBS. V. — Syphilis avérée remontant à sept ans, traitée à plusieurs reprises. Accouchement d'un enfant en état de macération avancée.

Fièvre le 4<sup>e</sup> jour, m. et s., 38,4; 7<sup>e</sup> jour s., 38,6.

Obs. VIII. — Pas d'accidents actuels ; la syphilis soupçonnée paraît remonter à deux ans. Accouchement prématuré d'un enfant mort, macéré.  
Fièvre le 3<sup>e</sup> jour s., 38° ; 5<sup>e</sup> jour m., 37,9.

Obs. XI. — Hydramnios. Accouchement à 8 mois d'un enfant présentant deux bulles de pemphigus, de l'ascite, et qui meurt au bout de deux heures ; à l'autopsie, deux gommès du poumon. « La mère, au dire de l'auteur, ne présente rien de spécifique. »

Fièvre : 37,7 et 37,8 les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jours s. L'auteur fait toutefois remarquer la légère élévation de la courbe thermique.

Obs. XIII. — Syphilis incertaine, pouvant remonter à trois ans ; rien actuellement ; enfant sain.

Fièvre : 3<sup>e</sup> jour s., 38° ; 8<sup>e</sup> jour s., 38,6.

Obs. XIV. — Pas de syphilis actuelle ; la maladie soupçonnée paraît remonter à plus de six mois. Accouchement à 7 mois d'un enfant macéré.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour s., 38,5 ; 3<sup>e</sup> jour s., 38,3 ; 4<sup>e</sup> jour s., 37,8.

Obs. XV. — Aucun antécédent syphilitique ; deux ulcérations suspectes actuelles à la vulve ; rien autre. Accouchement à 7 mois d'un enfant macéré.

Fièvre : 1<sup>er</sup> jour m., 38° ; 2<sup>e</sup> jour s., 37,8 ; 3<sup>e</sup> jour s., 38° ; 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jour s., 38°.

Obs. XVI. — Syphilis paraissant remonter à 6 mois ; actuellement une ulcération à la vulve. Accouchement à 7 mois d'un enfant mort, macéré.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour s., 38° ; 3<sup>e</sup> jour s., 38,2.

Obs. XVII. — Syphilis paraît remonter à 2 ans ; traitée, sauf pendant la grossesse actuelle. Actuellement, syphilide ulcéreuse à l'avant-bras gauche. Accouchement à 7 mois d'un enfant vivant.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour s., 38,1 ; 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jours s., 38° ; jours suivants s., 37,8.

Obs. XX. — Syphilis paraissant remonter à 3 ans ; traitée pendant un an et demi jusqu'à la grossesse actuelle. Actuellement, papules autour de l'anus. Accouchement à terme (?) d'un enfant sain et vivant.

Fièvre : 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> jours s., 37,6.

Obs. XXI. — Syphilis paraissant remonter à 7 ans. Pas d'accidents actuels. Avortement à 4 mois.

Fièvre : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jours s., 38,4.

Obs. XXII. — Syphilis actuelle (?), accident unique : petite ulcération grisâtre à la vulve. Accouchement au 8<sup>e</sup> mois d'un enfant vivant sain.

Fièvre nulle.

Obs. XXIV. — Aucun antécédent syphilitique. Actuellement rien. Avortement à 6 mois d'un enfant mort et macéré.

Le soupçon de syphilis paraît basé sur l'existence de plaques blanchâtres du placenta.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour s., 37,8 ; 4<sup>e</sup> jour m., 38°.



Dans cette première catégorie de 14 observations, la syphilis remonte à 2 ou 3 ans dans 6 cas, à 7 ans dans 2, à 6 mois dans 2 cas également, enfin dans 4 cas le début est inconnu. Le plus souvent elle n'est que soupçonnée.

Il existe des accidents spécifiques ou réputés tels dans 5 cas ; toujours ces accidents sont remarquables par leur discrétion ; il n'est question que d'une ou deux ulcérations, pas toujours caractéristiques.

Dans 5 cas seulement l'évolution syphilitique secondaire paraît évidente.

Dans 1 cas il s'agirait d'un chancre.

Dans 8 cas, elle est incertaine et simplement soupçonnée.

Dans 4 cas, il s'agit d'avortements.

Dans 9 cas, ils'agit d'accouchements prématurés : 1 à 5 mois, 4 à 7 mois, 1 à 7 mois 1/2, 2 à 8 mois, 1 à 8 mois 1/2 et enfin 1 à terme probablement.

Dans 2 cas il existe des complications accessoires de la grossesse pouvant dépendre de la syphilis ou de toute autre cause : 1 fois hydramnios considérable.

Dans 8 cas l'enfant est venu mort, macéré. Une fois il a fait quelques inspirations, une fois a vécu 1/4 d'heure, une autre fois 2 heures ; trois fois, enfin, l'enfant est venu vivant plus ou moins bien portant jusqu'à la sortie de la mère.

Enfin, la fièvre, dans ces 14 observations, n'a pas dépassé 38,5, ce qui doit être la moyenne d'après le Dr Sacreste. Elle ne doit jamais dépasser 39° d'après le même auteur.

Dans ce groupement, nous nous en sommes tenu à cette limite moyenne justement pour arriver à l'explication de l'hyperthermie.

Dans 1 cas (obs. XXII), il n'y pas eu d'hyperthermie, bien que la syphilis parût être en pleine voie d'incubation des accidents secondaires.

Dans certains cas, au contraire, dans l'observation XXI par exemple, la syphilis paraît remonter à 7 ans et l'hyperthermie arrive à 38,4 pendant trois jours.

Ces quelques observations réunies nous serviront à montrer les contradictions entre les faits et les déductions.

#### DEUXIÈME CATÉGORIE.

*La température a dépassé 39° C.*

Obs. III. — Syphilis avérée.

Fièvre d'après le tracé : 2° jour s., 38,8 ; 4° jour s., 39,4 ; 7° jour s., 39,8.

Nous avons ici un reproche grave à adresser à l'auteur : le tracé n'est nullement d'accord avec le texte de l'observation. A défaut de mauvaise foi, que nous ne saurions soupçonner, constatons une négligence inexplicable, et une interprétation des faits tellement vicieuse, qu'elle nous fait grandement douter du reste. Nous lisons (p. 29), dans l'observation correspondant au tracé que nous venons de signaler : « soir du 2<sup>e</sup> jour, T. 39,5, douleur dans la fosse iliaque droite; application de sangsues; température le soir du 4<sup>e</sup> jour, 40,4; soir du 7<sup>e</sup> jour, frisson, T. 40,7, lymphangite des deux seins. » L'auteur reconnaît bien qu'il y a des éléments étrangers à la syphilis avec de si hautes températures; mais on se demande sur quoi il se fonde, en présence d'une infection constatée dès le 2<sup>e</sup> jour au soir (39,5), pour voir là de l'hyperthermie syphilitique.

Obs. IV. — Syphilis incertaine, d'après l'auteur. Accouchement à 8 mois d'un enfant mort, macéré...

(La vérité, c'est que rien de syphilitique n'apparaît, ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel...)

Fièvre : 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> jours s., 38°; 3<sup>e</sup> jour s., 38,4; 7<sup>e</sup> jour s., 40°; 8<sup>e</sup> jour s., 39,5; 9<sup>e</sup> jour s., 40°; 11<sup>e</sup> jour s., 39°.

... Aussi, est-on tout étonné de voir l'auteur écrire (p. 32) : « Les accès fébriles des jours suivants sont dus à des accidents diarrhéiques guéris par des lavements laudanisés, etc. »; au contraire, l'hyperthermie très légère des premiers jours paraît s'expliquer par la syphilis *tout au moins chez l'un des auteurs*. Inutile d'insister sur de pareilles observations et sur de telles interprétations qui choquent le sens clinique le plus élémentaire.

Obs. VI. — Syphilis paternelle (?). Hydramnios. « Nous ne trouvons chez cette malade, malgré un minutieux examen, aucun antécédent pathologique, aucun accident qu'on puisse regarder comme spécifique. » Accouchement, 6 mois et demi, d'un enfant vivant, mort deux jours après.

Autopsie de l'enfant : « L'examen microscopique, fait par M. Potocki, a montré l'existence d'une pneumonie syphilitique, sous forme de ces noyaux indurés, de consistance analogue à celle du foie, signalés par Depaul et considérés par lui comme caractéristiques des altérations syphilitiques du poumon. »

C'est sur cette donnée que l'on se base pour affirmer la syphilis fœtale !... *d'origine paternelle !!* alors que rien n'est plus problématique et plus discuté surtout que cette dernière doctrine.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour 38,6 et 38,9 ; 4<sup>e</sup> jour 40°.

Toujours, d'après l'auteur, la température, dans ce cas (p. 34), a oscillé autour de 38°; cette hyperthermie serait d'origine syphilitique; quand à l'ascension brusque à 40 degrés, elle serait due à de simples phénomènes de stercorhémie! Passons encore sur ces dissociations et ces interprétations fantaisistes.

Obs. VII. — Syphilis incertaine, d'après l'auteur. Accouchement à 8 mois d'un enfant mort, macéré.

Fièvre : 2<sup>e</sup> jour s., 39,2 ; 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jours s., 38,4.

Ce n'est pas *incertaine* qu'il faudrait dire, mais bien *invraisemblable*; rien dans les antécédents, dans l'état actuel, n'autorisait cette supposition; et, pour le dire en passant, dans ce cas, comme dans l'observation IV, l'hypothèse de syphilis est basée sur le fait unique de l'avortement, et, par une singulière pétition de principes, l'existence de la fièvre est invoquée comme une probabilité de plus en faveur de l'hypothèse d'une syphilis latente.

En voilà assez, pensons-nous, pour édifier le lecteur sur le travail de M. le D<sup>r</sup> Sacreste.

La thèse de M. le D<sup>r</sup> **Fauconnier** est basée sur 36 observations, les unes communiquées, les autres personnelles. Voici les conclusions de l'auteur.

« Nous voyons donc que, sur 36 accouchements syphilitiques, 21 n'ont pas présenté de fièvre.

« Dans 7 cas, la fièvre a pu être expliquée par une complication quelconque : telle que déchirure de la vulve, constipation, érythème, stomatite.

« Dans 8 autres cas, rien n'a pu expliquer le mouvement fébrile, qui a dû ainsi être mis sur le compte de la syphilis. »

Contrairement aux conclusions du D<sup>r</sup> Sacreste, nous voyons ici la fièvre syphilitique apparaître dans un peu plus du quart des cas seulement.

Sommes-nous, d'après une pareille donnée qui constitue l'exception, autorisé à accepter cette interprétation de l'hyperthermie? C'est l'inverse qui devrait avoir lieu, et tout esprit sage autant que préoccupé de la recherche des causes serait obligé ici de s'ingénier à trouver la véritable raison de l'hyperthermie ailleurs que dans la syphilis. D'autant plus que toutes les observations de M. Fauconnier nous montrent des femmes manifestement diathésiques.

Quand on a la prétention d'introduire dans la pathologie une notion nouvelle, deux conditions sont indispensables : 1° il faut que la donnée émise constitue la règle, et que, de plus, cette règle se déduise d'une statistique nombreuse ; 2° il faut que tout cas faisant ou paraissant faire *exception* à cette règle soit susceptible d'une explication *exceptionnelle* qui la justifie.

Nous nous croyons autorisé, après l'exposé qui précède, à remettre la question en l'état. Pour cela deux considérations préalables s'imposent.

1° Qu'est-ce que la fièvre syphilitique ?

2° Quelles sont, d'une façon générale, les causes qui peuvent produire la fièvre chez les nouvelles accouchées ?

### § III

#### Qu'est-ce que la fièvre syphilitique ?

La fièvre syphilitique, inconnue des anciens, est de date toute récente. Le mérite de la découverte de cette importante notion pathologique revient tout entier à M. **Fournier**.

Trois choses sont à considérer dans l'étude de cette question.

1° La pathogénie de la fièvre ?

2° Son éclosion, c'est-à-dire le moment de son apparition.

3° Sa fréquence.

*Pathogénie.* — Deux modes fébriles peuvent apparaître dans la syphilis.

Les accidents fébriles de la syphilis, dit M. Fournier, ne sont pas toujours symptomatiques de troubles fonctionnels ou de lésions qui les provoquent et les expliquent ; « le plus souvent, au contraire, la fièvre syphilitique, la véritable fièvre syphilitique, a son existence propre, dérive immédiatement de la diathèse, se produit sans intermédiaires et constitue ainsi une sorte de fièvre essentielle ». Elle n'est pas seulement le prélude de l'explosion des exanthèmes et du début des syphilides ; son éclosion n'est pas seulement due à « une poussée » syphilitique ; elle n'a pas une pathogénie unique et invariable ; elle est aussi et bien plus souvent le dérivé direct d'une influence diathésique. Elle affecte, par conséquent, deux processus différents. « Tantôt elle se montre à l'occasion de certains troubles, de certaines lésions spécifiques, qui l'appellent et la légitiment, si je puis ainsi parler. Et tantôt elle se manifeste comme

expression directe, immédiate de la diathèse, sans être reliée, subordonnée à aucun accident contemporain. Dans le premier cas, elle est symptomatique des troubles et des lésions qui la produisent. Dans le second, elle ne relève que de la diathèse, et alors elle mérite d'être dite essentielle, par opposition. »

Nous distinguerons donc avec M. Fournier deux modes de la fièvre syphilitique, modes très différents par leurs caractères intrinsèques, comme par leur évolution et leur fréquence.

a. *Fièvre symptomatique*, ou fièvre accompagnant l'évolution des accidents secondaires.

Cette fièvre, d'après le savant syphiliographe, existe certainement, mais est peu commune. Quoique dans la plupart des cas les manifestations syphilitiques secondaires aient comme caractère habituel de se produire sans réaction aucune sur l'économie, et semblent ainsi confirmer le vieil axiome « morbus gallicus est morbus absque febre », « parfois cependant il arrive qu'un molimen pyrétique prélude à certaines de ces manifestations ou les accompagne à leur début pendant un certain temps. » La fièvre peut, en effet, être l'avant-coureur de poussées. Que certains accidents spécifiques acquièrent un peu d'acuité par suite de complications éventuelles qui se produisent à leur suite, et l'on verra un ensemble fébrile se développer à leur occasion. Il est bien évident dans ce cas « que la fièvre qui coexiste avec de telles manifestations est déterminée par elles, qu'elle en est dépendante, qu'elle leur est subordonnée, bref et d'un seul mot qu'elle en est symptomatique. » Ce n'est pas la fièvre syphilitique, c'est « l'accident d'un accident, le symptôme d'un symptôme ». « Aussi, cette fièvre n'offre rien de spécial comme caractères ; elle ressemble à tout mouvement fébrile à l'occasion d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion quelconque. »

b. *L'intensité* de la fièvre symptomatique est toujours, d'après M. Fournier, médiocre ou moyenne, sa durée est généralement courte. « Ephémère en certains cas, elle ne dépasse guère au plus quatre ou cinq jours. » Si elle persiste, ce n'est qu'exceptionnellement, et, dans ce cas, elle est irrégulière, ne dépasse jamais deux septénaires, et même offre toujours alors des rémissions et des reprises.

*Fièvre essentielle.* — Le second mode fébrile est, pour M. Fournier, la véritable fièvre syphilitique. Le savant syphiligraphie a consacré une longue et magistrale leçon à la décrire, et depuis, la théorie doctrinale

du maître a fait école. Cette notion pathologique nouvelle paraît établie de nos jours sans conteste.

Nous ne nous étendrons pas sur la description de cette fièvre, nous sortirions de notre sujet sans rien ajouter à la leçon du professeur. Nous acceptons sa doctrine et nous verrons plus loin quelle corrélation nous pourrions établir entre la fièvre syphilitique secondaire chez la femme en couches et la femme en dehors l'état puerpéral. Disons seulement, et ceci vise la thèse du Dr Sacreste, que cette fièvre n'est pas toujours identique avec elle-même, qu'elle est variable « comme intensité, c'est-à-dire comme degré d'accélération du pouls et d'élévation de la température. » Les troubles sympathiques qu'elle peut occasionner sont nombreux, sa durée n'a aucune règle, sa physionomie générale aucune uniformité bien manifeste. Une remarque très importante, d'après M. Fournier, ce sont les types différents qu'elle revêt. Ces types sont au nombre de trois :

Le type intermittent, se manifestant par des accès fébriles séparés les uns des autres par une période intercalaire d'apyrexie.

Le type continu avec ou sans exacerbations distinctes.

Le type vague, avec marche tout à fait irrégulière, indéterminée.

*Son éclosion.* — La fièvre syphilitique est la fièvre de la période secondaire. « La syphilis, avant le stade secondaire, est toujours et essentiellement apyrétique... Plus tard, dans un âge plus avancé, en pleine période tertiaire, elle ne se complique que rarement de fièvre, et elle ne s'en complique en général qu'à propos soit de lésions graves de caractère inflammatoire, soit de phénomènes d'hecticité... Elle devient de moins en moins fréquente à mesure qu'on s'éloigne du début de la maladie... Elle est rare dans la troisième année; au delà, elle ne s'observe plus que d'une façon presque exceptionnelle. » Ajoutons, d'après le même auteur, que cette forme de fièvre est rare chez les femmes qui se sont traitées dès le début.

C'est donc dans des conditions analogues et à la période d'élection de la fièvre syphilitique seulement qu'on peut s'attendre à rencontrer l'hyperthermie syphilitique chez les accouchées, et non point chez celles qui auront dépassé cette période d'élection ou qui ne l'auront pas atteinte, ce que nous ne voyons pas nettement séparé et établi dans les travaux cités.

*Sa fréquence.* — Sur une totalité de 1120 femmes syphilitiques, M. le professeur Fournier aurait trouvé la fièvre 351 fois. Ce serait donc environ le tiers des malades qui auraient présenté ce phénomène. La

fièvre serait par conséquent très fréquente, tout en restant l'exception.

Nous pourrions donc conclure, d'après M. le professeur Fournier lui-même, que si la fièvre peut exister chez *une* femme syphilitique sur *trois*, en dehors de la grossesse, ce n'est que dans des conditions très bien déterminées. Or, ces conditions se rencontrent rarement à la période des couches.

La proportion de la fièvre ne sera donc plus de 1 sur 3 des femmes syphilitiques accouchées, mais de 1 sur 3 des femmes syphilitiques accouchées qui se trouveront exactement à *la période* ou dans *des conditions* qui justifient l'hyperthermie chez toute syphilitique. Avec cette réserve indispensable, la proportion diminue d'une manière considérable.

Ce raisonnement nous éloigne, comme on voit, très notablement des conclusions de MM. Pinard, Sacreste et Fauconnier.

En tout état de cause, d'une part, nous resterons en présence de faits nombreux de femmes syphilitiques manifestement, qui ne présenteront point d'élévation de la température, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque c'est la règle qui apparaît ici.

D'autre part, nous rencontrerons des femmes syphilitiques chez lesquelles l'hyperthermie sera évidente ; il s'agira alors non pas d'accepter de prime abord que la fièvre est d'origine syphilitique, comme s'ils'agissait de femmes non en couches, mais de rechercher si l'hyperthermie ne trouve point d'explication plus plausible dans une des nombreuses causes qui peuvent la produire chez la nouvelle accouchée.

(A suivre.)

---

## DES PRÉSENTATIONS DU FRONT

10

Par le Dr **E. BLANC**,

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Le terme de *Présentation* appliqué aux situations inclinées de la tête, dénommées jusqu'ici : *variétés frontales de la face ou du sommet*, résonne mal à l'oreille et semble créer une subdivision inutile dans l'étude du mécanisme général de l'accouchement. Quelques travaux intéressants parus à l'étranger, les matériaux épars dans nos divers classiques, ont cependant rendu cette distinction nécessaire et motivé, par suite, notre travail.

HISTORIQUE. — Que ce fût telle ou telle région du fœtus qui se présentât au détroit supérieur, c'est ce dont les anciens accoucheurs **A. Paré**, **Guillemeau**, **Mauriceau**, **de la Motte**, etc., se préoccupaient généralement peu ; sous le rapport du mode d'expulsion, tout autre présentation que le sommet donnant lieu à un accouchement contre nature et nécessitant l'intervention.

Avec **Stein**, l'ancien, **A. Petit**, mais surtout **Solayrès** et **J.-L. Baudelocque**, l'art obstétrical se développe considérablement. Un mécanisme général, réglant la descente et l'expulsion de la partie fœtale qui venait en avant, est parfaitement reconnu. On va jusqu'à multiplier à l'extrême les régions fœtales qu'au début du travail on rencontre au détroit supérieur. La présence du front n'est cependant pas signalée.

J.-L. Baudelocque (1), étudiant les « mauvaises situations » que peut prendre la tête en s'engageant dans le bassin, signale les cas où le « menton quitte le haut de la poitrine, et la tête se renverse sur le dos ; de telle façon que c'est la fontanelle antérieure ou bien la partie supérieure du front, qui vient à la longue se placer au centre du bassin ou détroit inférieur. » Il cite à ce propos une observation de **Levret**, indique nettement l'influence de l'obliquité utérine, et recommande, pour redresser la tête, d'agir sur le front par un ou plusieurs doigts, « la femme étant

(1) L'art des accouchements, t. II, p. 3, 1706.



couchée du côté opposé à la déviation de la matrice ». Si cela ne suffit pas, « il faut, dit-il, introduire l'index et le médius de l'autre main » pour aller accrocher l'occiput et l'amener dans l'excavation. Cette méthode a gardé depuis le nom de son auteur.

**Gardien** (1) considère l'accouchement comme souvent rendu impossible par la présence du front, de la face ou de l'oreille à l'entrée du bassin. « Les présentations du front et de la face, ajoute cet auteur, doivent être considérées comme une seule position dont l'une est le premier degré et l'autre le dernier. Dès qu'un commencement de renversement existe, les forces utérines tendent à le compléter de plus en plus ». Pour combattre cette situation défectueuse de la tête, il conseille de soutenir le front, à chaque douleur, pour l'empêcher de descendre. « La portion des efforts qui éloignait le menton de la poitrine n'a plus d'effet, et l'occiput descend. » Ce moyen ne réussissant pas, il préfère la correction manuelle, d'après la méthode de Baudelocque, à la version.

**Maygrier, M<sup>me</sup> Lachapelle, Dugès, Capuron**, en fixant à cinq le nombre des régions pouvant définitivement occuper l'entrée de l'excavation et s'y engager, élaguaient par cela même les présentations du front.

Néanmoins, M<sup>me</sup> Lachapelle (2) s'est occupée avec assez de détails de ce qu'elle appelle la variété *frontale* ou *fronto-bregmatique* de la face. « Puisque, dit-elle, ce sont des positions du vertex qui, le plus souvent, passent par degrés aux positions de la face, il est naturel que le front se présente dans un certain temps, et il peut arriver, par inertie de l'utérus, ou par difformité du bassin, etc., qu'il reste en route et continue d'occuper le centre ». Rarement elle a vu une pareille position de la tête se transformer en position du sommet; mais l'accouchement peut se terminer ainsi, le front sortant le premier, soit spontanément, soit par le moyen du forceps. M<sup>me</sup> Lachapelle ne reconnaît cependant aux présentations frontales aucun mécanisme particulier, et les considère comme un premier degré des positions franches de la face. Le traitement se réduit, pour elle, à favoriser l'extension de la tête, soit en repoussant en haut le front, soit, de préférence, en allant accrocher le menton afin de produire ainsi une présentation franche de la face. Sur les neuf observations de présentation du front rapportées à la fin de son premier volume, nous voyons que :

(1) Dictionnaire en 60 vol., 1812, t. I, p. 65.

(2) Pratique des accouchements, t. I, p. 373, 1821.

Deux fois l'accouchement s'est terminé spontanément (un enfant vécut, l'autre était mort avant le travail).

Deux fois la position fut heureusement convertie en face.

Deux fois on fit la version (dans l'un de ces deux cas, il y avait pro-cidence du cordon; dans l'autre (obs. 9), M<sup>me</sup> Lachapelle préféra la version à la correction manuelle, parce que, après la transformation, elle aurait eu une occipito-postérieure; l'enfant vécut).

Enfin, trois cas nécessitèrent l'application du forceps (deux enfants vinrent vivants. On dut sacrifier le troisième à cause d'un rétrécissement considérable du bassin).

Sur ce total de neuf observations (1), cinq fois le bassin était rétréci.

Les accoucheurs français qui ont suivi ajoutèrent peu de chose aux données de Baudelocque et de M<sup>me</sup> Lachapelle.

**Jacquemier** (2) admet que la variété frontale du crâne peut être *primitive*, la tête possédant, au moment de son engagement, un certain degré d'extension, ou *consécutive*, s'il se produit après la descente un mouvement de déflexion rapprochant la grande fontanelle du centre de l'excavation. Chaque fois que le front se présente, que ce soit primitivement ou consécutivement, il faut, pour que l'accouchement ait lieu, des conditions particulièrement favorables dans les dimensions du bassin ou le volume de la tête fœtale. La réduction de cette présentation en sommet ou face est possible, même sur le plancher du bassin.

Pour **Chailly-Honoré** (3) les présentations de la face sont toujours le résultat d'un sommet défléchi. Leur variété frontale, la plus commune, n'est que le premier degré de cette déflexion. « Quelquefois, dit cet auteur, dans la position *mento-antérieure secondaire*, c'est-à-dire quand le menton répond au derrière de la symphyse du pubis, la tête peut se fléchir dans l'excavation et le menton, au lieu de s'engager sous le pubis, remonte la symphyse pubienne; le front se place sous l'arcade, et l'expulsion se termine comme en occipito-postérieure du sommet. J'ai eu l'occasion, dans le courant de janvier 1841, de suivre ce

(1) On trouve encore dans le Traité de madame Lachapelle d'autres exemples de présentation du front, mais la situation défectueuse de la tête n'a été dans ces cas que tout à fait temporaire, et s'est presque entièrement transformée en une présentation franche de la face.

(2) Traité d'accouchements, t. II, p. 57, 1846.

(3) Pratique de l'art des accouchements, 4<sup>e</sup> édition, p. 750-94, 1861.

mécanisme chez une femme, à la clinique. La position primitive avait été une M. I. D. P. qui, avant d'exécuter le mouvement, s'était, bien entendu, réduite complètement en antérieure. La tête de l'enfant était petite, le bassin large, ce qui explique cette anomalie du temps de l'accouchement. » Nous verrons bientôt l'expulsion de la tête en présentation frontale s'effectuer d'après le mode que vient de décrire Chailly et qu'il regarde comme spécial aux occipito-postérieures.

Plus loin (p. 794), cet auteur relate une intéressante observation de présentation de la face en *variété frontale* et avec procidence d'un bras. Le menton était en arrière, en haut et à droite, le front près du centre de l'excavation. Le travail durait depuis très longtemps et n'aboutissait pas. Trois causes pouvaient, d'après Chailly, mettre obstacle à l'accouchement :

1° La *variété frontale*, l'extension incomplète de la tête présentant, au détroit supérieur, un diamètre très voisin de l'occipito-mentonnier, qui a près de 13 centimètres ;

2° La présence du bras à côté du front, ce qui constitue rarement un obstacle à l'accouchement que la nature ne puisse surmonter ;

3° Un certain degré d'inertie utérine.

De ces obstacles, le plus considérable venait incontestablement de la présence du front. Et, en effet, après la réduction du bras, la situation de la tête ne se modifia pas ; le front restait toujours au centre du détroit supérieur, la fontanelle antérieure à gauche et en avant. On essaya inutilement de convertir en sommet. La face, amenée deux fois en plein dans le détroit supérieur, revint presque aussitôt à sa situation première. On dut pratiquer la version. L'enfant vécut.

Dans le même traité de Chailly, nous trouvons rapportés deux autres accouchements par le front (p. 802-807), l'un d'eux assisté par **Dubois**, 1-7 juin, 1844. Le voici résumé : « Jeune femme à terme, avec obliquité antérieure marquée de l'utérus ; on diagnostique une présentation de la face en variété frontale, avec menton à droite et en arrière, le diamètre occipito-mentonnier se présentant en entier. Incision du col, lent à se dilater, on applique le forceps : une branche est placée un peu en arrière et à droite, l'autre en avant et à gauche ; tête saisie du front à l'occiput. Le menton est ramené vers le pubis et dégagé vers le milieu de la branche ischio-pubienne. L'enfant vint mort, ce que Dubois attribue bien davantage aux efforts du travail qu'à ceux exercés par le forceps pendant la traction, et qu'au mouvement de rotation que l'on fit exécuter à la

tête, rotation qui dépasse de bien peu un quart de cercle. La mère se remet très vite.

Le cas de **Budin** (1) est un de ceux où le mode de dégagement de la tête en présentation frontale est le mieux observé et décrit.

Enfin, en 1885, M. **Devars** fit de l'accouchement par le front le sujet de sa thèse inaugurale (2). L'auteur de ce travail (dont nous avons publié une analyse critique dans les *Archives de Tocologie* de 1885) a dépouillé les observations prises à la clinique d'accouchements de Lyon, et sur ce nombre (1,402) il a été trouvé six cas de présentation du front. Mais dans l'une de ces observations, la tête était simplement défléchie; ce qui donne, en somme, 5 fronts sur 1,402 accouchements; soit à peu près la proportion de 1/280. Le mode de production de ces présentations dans les bassins rétrécis, leurs indications thérapeutiques y sont assez longuement étudiés.

Citons encore une observation de **Greslou** (3), dans laquelle le front se transforma en face au moment du dégagement; une autre de **Saint-Moulin** (4) terminée par le forceps et qui motiva de cet auteur les réflexions suivantes :

« Cette observation prouve que la présentation du front, généralement considérée comme variété du sommet ou de la face, selon le plus ou moins d'extension de la tête, peut cependant, dans des cas très rares, devenir une présentation spéciale. Nous disons très rares parce que, et c'est pourquoi elle n'a généralement été considérée que comme une variété, dans la grande majorité des cas, la présentation du front se transforme, avant que la tête ne soit enclavée au détroit supérieur, soit en une présentation de la face, soit en sommet. »

Nous devons à l'obligeance de M. **Bouchacourt** la communication d'une observation de **Tarnier** relative à une primipare de 30 ans, à terme, dont le bassin rétréci mesurait 10 centimètres dans son diamètre promonto-sus-pubien. La tête se présentait au détroit supérieur en *variété frontale* du sommet (O. I. G. P.). Le ralentissement des douleurs, la faiblesse des bruits du cœur fœtal nécessitèrent une application du

(1) De la tête au point de vue de l'obstétrique, thèse 1876.

(2) Etude clinique et expérimentale sur les présentations frontales et l'accouchement par le front. Lyon, 1883.

(3) Archives de tocologie, 1885, n. 1.

(4) Journal d'accouchements de Bruxelles, 1885. Ann. de gynéc., févr. 86.

forceps. « La branche gauche fut appliquée un peu en arrière et à gauche, la branche droite un peu en avant et à droite.

A 2 heures 5 du matin, les tractions commencèrent ; elles furent lentes, modérées et amenèrent peu à peu, mais avec beaucoup de difficultés, la tête à l'orifice vulvaire. La première partie que l'on vit apparaître (dans le forceps) fut le front : la partie supérieure de la face se montra bientôt et répondait à droite, presque transversalement ; le bregma était dirigé à gauche. Tarnier exécuta un léger mouvement de rotation qui amena l'occiput sous le ligament triangulaire ; la partie inférieure de la face fut dégagée ensuite ; le menton sortit le dernier à la commissure postérieure de la vulve. Le dégagement se fit normalement. L'expulsion complète du fœtus était terminée à 2 heures 1/2.

Lorsqu'on parcourt les mémoires ou thèses publiés sur les présentations de la face (thèses de Carpentier-Phéliepeaux), on remarque bien vite que quelques-unes des observations qui y sont rapportées appartiennent incontestablement à des présentations du front, réduites en face dans le cours du travail. Nous trouvons, par exemple, dans la thèse du D<sup>r</sup> **Brauche** (1) que l'observation IV (p. 68) relatée comme une position mento-iliaque droite postérieure de la face, est une vraie présentation du front ; en effet, pendant le travail, le toucher indique le menton à droite et en arrière au-dessus du rebord du détroit supérieur, le front au centre de l'orifice utérin, l'occiput en avant et à gauche, au-dessus de la branche horizontale du pubis. On sent d'un côté les yeux, le nez, la lèvre supérieure ; de l'autre la fontanelle antérieure et la suture bipariétale. Après vingt heures de douleurs (la femme était tripaire), on essaye en vain d'amener une présentation franche de la face ; la tête reprend aussitôt sa situation première. Sous l'influence d'une énergique contraction, la face roule enfin en avant et le menton vient se dégager au-dessous de la symphyse pubienne.

Cette qualification de *présentation* donnée aux semi-déflexions de la tête est depuis longtemps reçue à l'étranger. Des mémoires ont paru en Allemagne, en Italie, en Suède, en Amérique, qui permettent d'ores et déjà de considérer la présence du front au détroit supérieur, non comme une variété inclinée de la face ou du sommet, mais bien comme une véritable présentation, régie par les mêmes lois, le même mécanisme que ses congénères.

(1) Essai sur les mento-postérieures de la face. Montpellier, 1876.

**Stadfeld** (1863), étudiant les déformations subies par le crâne dans les diverses positions occupées par la tête, signale les modifications considérables que celle-ci subit dans les présentations de la face ou du front. A peu près vers la même époque, **Hecker** (1) crée sa théorie de la dolicocephalie, expliquant les présentations de la face et du front par le développement exagéré du bras de levier postérieur de la base crânienne, c'est-à-dire de l'occiput, dont la descente ne peut alors s'effectuer, ce qui permet au front et à la face de plonger et de s'engager dans l'excavation. La statistique qu'il dresse au sujet de la fréquence de ces présentations lui donne la proportion de 0,102 0/0 ou environ une présentation du front sur mille accouchements.

**Ahlfeld** (2), dans le mémoire qu'il a publié en 1873, distinguant avec soin les présentations de la face des présentations du front, s'occupe surtout de l'étiologie de ces deux genres d'accouchement. Il admet des causes *primitives* et des causes *secondaires*. Dans les présentations frontales, les causes primitives tiennent toutes à un état pathologique du fœtus. Des causes secondaires, il en est deux principales : l'arrêt de l'occiput, les rétrécissements du bassin. Quant à la fréquence de ces présentations, Ahlfeld ne la croit pas plus élevée que ne l'a dit Grenser (3). Ce dernier, sur un relevé de 9,349 accouchements effectués à l'Institut d'accouchement de Dresde, constate 21 présentations du front, ou 22 0/0 ou 2 0/00 environ. La statistique de Greisſswald (Poméranie) portant sur 25 années, indique 9 fronts sur 6,461 accouchements, soit environ 1/717. D'après Ahlfeld, ni la fréquence, ni le pronostic des accouchements par le front, n'ont été appréciés exactement dans les traités d'obstétrique.

**Schröder** (4) accepte les présentations du front, en décrit brièvement le mécanisme après les accoucheurs viennois **Spæth**, **V. Helly** (ce dernier a observé huit cas d'accouchement par le front) et en donne une statistique de 41 cas empruntés à **Massmann**, **Stadfeldt**, **Hecker**. Schröder signale aussi la déformation spéciale de la tête, le siège habituel de la bosse sanguine et un mode d'expulsion particulier lorsque le front et la face regardent en arrière : « Il faut des conditions d'espace particulièrement favorables, pour que la tête puisse être expul-

(1) *Klin. der Geb.*, t. I, 1862.

(2) *Entstehung der Gerichts-lagen*. Leipzig, 1873.

(3) *Lehr. der Gebur.*, 1874.

(4) *Trad. Charpentier*, p. 169.

sée avec le front et la grande fontanelle visibles, le crâne, dans la région de cette dernière, restant appuyé contre l'arc pubien, et la face venant ainsi sur le périnée. »

**Spiegelberg** (1) admet « qu'une telle position de la tête, surtout quand celle-ci est très mobile, se présente certainement souvent au-dessus du bassin, mais très rarement dans le détroit supérieur et dans l'excavation, c'est-à-dire là où la tête est plus ou moins fixée. »

**Fritsch** (2) établit une distinction entre l'engagement frontal et la présentation frontale, celle-ci n'existant réellement qu'après que le détroit supérieur a été franchi, et « que le plus grand diamètre de la tête se trouve dans le bassin ». Il décrit ainsi le mécanisme habituel de l'accouchement dans les présentations frontales : « Dès que la tête a atteint le plancher de l'excavation, l'occiput tourne en arrière et le front en avant. La rotation peut être même plus tardive. Le front, sur lequel siège la bosse sanguine, devient visible à la vulve, puis les yeux. La mâchoire supérieure vient s'appuyer contre l'arcade pubienne, et l'occiput se dégage le premier à la commissure postérieure ; ce n'est qu'ensuite qu'apparaissent la mâchoire supérieure, la bouche, le menton au-dessous de l'arcade des pubis ». Ce mécanisme peut être modifié par un défaut de rotation, la tête conservant à sa sortie la situation oblique ou transverse qu'elle avait dans l'excavation. Dans deux cas qu'il rapporte, Fritsch n'a pas pu ramener le front en avant avec le forceps, il a dû dégager la tête transversalement.

En 1885, parut à Würzburg une thèse inaugurale sur le même sujet. Christian **Bash** (3), qui est l'auteur de ce travail, s'occupe d'un mode tout particulier d'expulsion spontanée dans les présentations frontales, lorsque le menton est resté en arrière. Il consiste en ceci : le vertex, par une région plus ou moins éloignée du bregma, vient s'appliquer contre la symphyse pubienne, pendant que le front paraît à la vulve, que le menton et la face parcourent la paroi postérieure de l'excavation et viennent se dégager sur la commissure postérieure. L'occiput n'est expulsé qu'après. L'observation qui a inspiré ce travail est intéressante ; la voici dans ses principaux détails :

Anna X..., primipare, 33 ans, entre à l'hôpital le 3 septembre. Rien

(1) Lehrb. der Geb., 1878.

(2) Klinik der Geburtshülffichen operationen, 1880.

(3) Über einen fall von Stirnhage mit nach hinten Gerichtetem kum.

de particulier à signaler dans ses antécédents. Dernières règles en janvier 1884. Les premiers mouvements de l'enfant ont été sentis vers le milieu de juin de la même année. Conformation générale de la parturiente bonne.

Examen local. — Fond de l'utérus à trois travers de doigts de l'appendice xiphoïde. Circonférence ombilicale 91<sup>mm</sup>. Dos de l'enfant à gauche; tête dans l'excavation. Bruits du cœur à gauche et à côté de la ligne blanche.

Le bassin, légèrement rétréci, mesure :

Entre épines iliaques antéro-sup.....	22 centim.
Entre crêtes.....	26
Conjugué externe.....	19.5
Conjugué diagonal.....	11.5
Conjugué vrai, estimé.....	9.5

Diagnostic. — Présentation du sommet en première position. Début des douleurs le 6 septembre à 10 heures du soir. Rupture de la poche des eaux, le 7, à 9 heures 30 du matin. A 11 heures, le toucher indique : un vagin très humide, un col presque effacé et dilaté à 5 pouces. La grande fontanelle se trouve en avant et à gauche; en suivant la suture frontale on atteint, à droite et en arrière, la racine du nez et les yeux. La suture sagittale se dirige en haut, en avant et à gauche, à peu près dans le D. oblique gauche. Bruits du cœur à droite près de l'ombilic. Diagnostic : première position frontale.

A 11 heures 45, la grande fontanelle est tournée un peu plus à gauche, la face un peu plus en avant.

1 heure 37 du soir, un petit segment de la tête, en grande partie recouvert par la bosse sanguine, se trouve à l'entrée de la vulve. Par le toucher on trouve la petite fontanelle à gauche et un peu en avant; la grande fontanelle recouverte par la bosse sanguine à droite et un peu en arrière. Le doigt explorateur atteint l'oreille droite, en haut et en avant.

La marche ultérieure du travail fut la suivante : l'occiput tourna peu à peu en avant et vint s'appuyer sur la symphyse. La partie du front située devant la grande fontanelle, recouverte par la bosse sanguine, devint visible à l'entrée de la vulve, et, peu à peu, le front et la face avec le menton ainsi dirigé en arrière, vinrent se dégager sur le périnée.



L'occiput, faiblement développé, se dégagait ensuite au-dessous de la symphyse pubienne.

L'enfant chétif (fille) pesait 2 k. 257 et avait 43 centimètres de long. Elle vécut. La naissance avait eu lieu vers la fin du 9<sup>e</sup> mois lunaire. Les diamètres de la tête étaient les suivants :

Diamètre droit . . . . .	centim.	9.5
— vertical . . . . .		8.5
— bi-pariétal . . . . .		9
— bi-temporal . . . . .		8

Le D. vertical, deux ou trois jours après la naissance, avait augmenté de 1 centim. 1/2.

Voici comment Christian Rash décrit en ce cas la déformation de la tête, dont nous donnons une esquisse à la fin de ce travail: « La forme de la tête était caractéristique. La région située derrière la grande fontanelle avait, comme on peut l'observer dans les présentations de la face avec mécanisme anormal, une empreinte nette en forme de selle, provenant de la pression sur l'arc pubien. Le front descendait presque à pic vers la face. Si ce signe est encore plus prononcé dans la plupart des cas de présentation frontale, cela tient à ce que la bosse sanguine a, d'ordinaire, son siège plus rapproché de la face que dans notre cas. L'aplatissement de la tête dans la région du sommet et de l'occiput était très prononcé; son profil semblait indiquer une compression dans la direction de la racine du nez à la petite fontanelle. Que cette compression ait eu lieu effectivement, c'est ce qu'indique la forme du nez qui était aplati et dévié de côté. Si nous comparons la tête avec d'autres têtes de présentation frontale, on remarque de suite qu'examinée de profil elle ne montre pas cette forme de triangle si souvent signalée par les accoucheurs, dont les sommets sont constitués par le menton, le front et l'occiput, mais que la ligne du front et de la face est presque parallèle à la ligne du sommet et de l'occiput. Evidemment cette anomalie est due au développement très faible de l'occiput, mais aussi, en partie à ce que le sommet du crâne est ordinairement comprimé dans la direction du menton à la petite fontanelle. » L'auteur fait suivre cette observation de six autres faits qui prouvent que ce mécanisme d'expulsion n'est peut-être pas aussi exceptionnel qu'on la souvent indiqué.

L'école italienne avec **Mangiagalli, Chiarleoni, Negri, Belluzi, Marchioneschi** n'a pas peu contribué à l'étude des *présenta-*

*tions frontales.* C'est à son initiative qu'on doit les mémoires les plus originaux et les plus importants qui aient été faits sur ce sujet.

Luighi Mangiagalli (1), dans une monographie publiée en 1880, s'occupe de quelques détails de ces présentations et des deux premiers temps de leur mécanisme. Il compare la tête fœtale à un triangle dont un des côtés est plus court, le côté facial, ce qui permet au menton de glisser le long des parois pelviennes, à la base du crâne de s'insinuer obliquement dans l'aire du détroit supérieur, et au front de s'engager et descendre. Il émet en concluant les propositions suivantes :

1° L'accouchement spontané du fœtus à terme est possible dans la présentation du front.

2° Elle réclame souvent l'intervention de l'art. Ce n'est pas au détroit supérieur que les obstacles surgissent quand il n'y a pas de rétrécissement, mais à la partie moyenne de l'excavation ou au détroit inférieur. Et cela, parce que, le front étant parvenu à la partie inférieure du pelvis, le diamètre occipito-mentonnier devra subir son évolution. De toute façon l'intervention ne sera grave ni pour la mère ni pour l'enfant.

3° Il n'en est plus de même s'il existe un rétrécissement pelvien, dont la nature de la présentation paraît bien souvent dépendre. L'accouchement sera alors plus laborieux et l'intervention de l'accoucheur plus grave.

4° Le mécanisme de l'accouchement par le front est régi par des lois spéciales qui ne peuvent être ignorées. Il faut se rappeler qu'à l'inverse des occipito-postérieures du sommet, l'occiput devra tourner en arrière.

5° A une période peu avancée du travail, la tête jouissant d'une certaine mobilité, la version est possible, de même que la transformation de la présentation en celle du sommet ou de la face. Cette transformation, quelquefois spontanée, pourra s'obtenir soit par la position donnée à la parturiente, soit par l'usage de la main.

6° A la période d'engagement, c'est-à-dire quand le diamètre occipito-mentonnier se trouve déjà obliquement engagé dans la filière pelvienne, le mode de correction n'est pas indifférent; il sera plus conforme aux lois de la mécanique et aux données de la clinique de ramener la face au lieu du sommet.

(1) *Annali di Ostetricia.* Milano, 1880.

7° Dans une présentation du front, une fois l'engagement produit, et vu les difficultés de l'accouchement spontané, il est donc cliniquement et théoriquement indiqué de convertir en face cette présentation avant de recourir aux autres ressources que l'art fournit, si des conditions spéciales ne réclament pas la terminaison immédiate de l'accouchement.

Chiarleoni (1) dans une note clinique intitulée : *Dystocie mécanique fœtale par présentation du front* », pose les quatre corollaires suivants :

1° Il existe une variété frontale des présentations de la face qui mérite, elle aussi, le nom de présentation.

2° Cette présentation peut rester telle toute la durée du travail, et se terminer spontanément, avec certaines conditions favorables.

3° Dès lors, le mécanisme de l'accouchement n'est plus le même que dans les présentations de la face, le bord supérieur de l'orbite (sourcilier) venant à la place du menton se mettre en rapport avec le pubis. Ce fait est d'absolue nécessité ; s'il manque, l'accouchement devient impossible.

4° La présentation permanente du front peut être entièrement assimilée à celle de l'épaule pour laquelle l'accoucheur intervient toujours, ne se fiant jamais aux forces naturelles.

L'auteur cite deux observations où il a employé le forceps avec succès. Ce dernier ne serait nullement indiqué dans une présentation franche du front, mais seulement quand, par la conversion nouvelle, une présentation de la face aurait été obtenue.

Il serait alors d'une utilité incontestable.

Chiarleoni n'admet pas du tout la bénignité de l'intervention que signale Mangiagalli, et réserve l'embryotomie pour les cas graves avec tentatives infructueuses de correction, ou mort du fœtus.

Le D<sup>r</sup> Negri (Paolo) (2) établit aussi la nécessité d'admettre une présentation frontale à côté des présentations du sommet et de la face. Il soutient.

1° Que l'accouchement spontané dans les présentations du front est possible, étant donné un fœtus normal, et un bassin s'éloignant peu des conditions physiologiques.

(1) *Annali di Ostetricia et Gynœcologia*, 1881.

(2) *Qualche considerazione intorno al parto per il fronte. Annali di Ostetricia*, 1882.

2° Qu'ainsi que le veut Chiarleoni la difficulté ne vient pas de la rencontre du diamètre sus-naso occipital avec l'un des diamètres obliques.

Enfin, contrairement à cet auteur, Négri croit qu'il n'est guère possible d'établir une confusion entre cette présentation et celle du plan latéral, tant au point de vue du pronostic que des indications opératoires.

Bulluzi (1) ayant eu l'occasion d'observer cinq cas d'accouchements par le front, en fit le sujet d'un mémoire où les différents procédés d'intervention sont discutés, et qu'il termine ainsi : « La compression du cercelet, la flexion forcée de la tête, sont très facilement la cause du nombre considérable des morts de fœtus nés par le front, même sans intervention opératoire. » Il n'hésite pas, dans une présentation analogue, à intervenir, soit par la conversion nouvelle, en faisant descendre la face, soit par la version. La première méthode est à préférer si le menton est tourné en avant; la seconde si l'état de la parturiente ou les conditions particulières de l'accouchement l'exigent. En cas qu'on veuille appliquer le forceps, Belluzzi conseille avec Chiarleoni d'abaisser préalablement le menton et, par le moyen de l'instrument, de faire exécuter à ce dernier un mouvement de rotation vers l'arcade pubienne.

En cas d'insuccès, après ces divers moyens, la craniotomie, la céphalotripsie, etc..., peuvent être indiquées.

Dans un dernier mémoire, Mangiagalli (*Annali di ostetricia*, 1884), arrive à peu près aux mêmes conclusions qu'en 1880 : l'accouchement par le front est possible dans un bassin normal; il devient difficile dès que le bassin est tant soit peu vicié; le forceps suffit lui seul à la tâche, dans la plus grande partie des cas.

Enfin, en 1885, parut sur le même sujet une excellente étude du Dr Octave **Marchionneschi** (2). Après avoir établi les analogies et les différences existant entre ces présentations et celles de la face et du sommet, l'auteur expose le mécanisme de l'accouchement par le front au 3<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> temps. Il s'est efforcé de reproduire expérimentalement ces périodes du travail, par le moyen d'un bassin artificiel tapissé d'un parchemin huilé et capitonné de ouate au niveau des trous et des échancrures, et de deux têtes fœtales l'une fraîche, l'autre desséchée, articulées avec une tige spéciale représentant la colonne vertébrale et le

(1) Contributo al. studio del parto per la fronte. *Annali di Ostetricia*, 1884.

(2) Il parto in presentazione della fronte. *Annali universali de medicina e chirurgia*. Aprile, 1885.

trone. S'arrêtant un instant aux déformations subies par la tête du fœtus, dans ce genre d'accouchement, Marchionneschi passe à l'examen des divers procédés thérapeutiques qu'il convient de mettre en usage quand l'intervention est devenue nécessaire. Nous aurons bientôt l'occasion, d'ailleurs, de revenir sur quelques unes de ses propositions.

**Heinricius** (Helsingfors, 1883) (1), qui a pu réunir jusqu'à deux-cent sept observations d'accouchements par le front, s'occupe, dans son étude, plus particulièrement de l'étiologie et du pronostic de ce genre de présentation. Parmi les nombreuses causes signalées par lui pouvant amener la déflexion de la tête, nous remarquons surtout par ordre de fréquence, la petitesse du fœtus (86 fois sur les 207 cas), les rétrécissements du bassin (36 0/0), les circulaires du cordon autour du cou de l'enfant (12 fois), la déviation utérine (7 fois), et l'hydramnios (8 fois).

Certains auteurs anglais, **Duncan, Barnes** (2) considèrent cette position de la tête comme une transition entre les présentations du sommet et celles de la face; elle serait généralement produite par l'obliquité utérine. — **Playfair** (3) admet que la descente peut s'effectuer avec la déflexion incomplète qui caractérise les présentations du front, l'os frontal restant au centre du détroit supérieur. Il signale le mode d'expulsion de la tête au quatrième temps, et opine pour la *version* si la partie qui se présente est encore au détroit supérieur, le *forceps* si elle a pénétré déjà dans l'excavation.

**Kidd** (4), dans une communication à la Société obstétricale de Dublin, constate la rareté de ces présentations et leur gravité dans les bassins rétrécis. Il cite l'observation d'une femme multipare délivrée une première fois par le crochet, une deuxième fois spontanément, et chez laquelle au troisième accouchement on constate après la rupture de la poche des eaux une présentation du front. Le bassin était aplati. La conversion en une présentation du sommet échoua, comme aussi le forceps et on dut faire l'embryotomie. La femme n'eut aucun accident.

(1) Archives de tocologie, août 1884. — Nous avons terminé ce travail lorsque Heinricius fit paraître dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, numéros de juin-juillet 1886, un mémoire sur le même sujet, ayant pour titre : de l'accouchement par le front, et auquel nous renvoyons le lecteur pour les différents faits particuliers que l'auteur y a mis en lumière.

(2) Opérations obstétricales, p. 61-62.

(3) Playfair. Traité d'accouchements, trad. Vermeil, 1879, p. 420.

(4) Journal de Dublin, vol. LXVII, p. 339.

En Amérique, l'accouchement *en présentation du front* n'est pas sans avoir aussi exercé la sagacité des accoucheurs.

**Lusk** (Williams), en 1878 (1) publie un fait très intéressant de transformation du front en face chez une multipare. Le travail fut très long et dura vingt-quatre heures. Jusqu'au dernier moment, la grande fontanelle forma la partie la plus déclive de la région se présentant au détroit supérieur. La moitié supérieure de la face (front, yeux, nez) était dirigée du côté gauche du bassin. On essaya inutilement, aussitôt après la rupture de la poche des eaux, de fléchir la tête. Après la rotation, le menton vint se placer sous la symphyse, et le dégagement eut lieu en face. La déformation de la tête, ainsi qu'il résulte de la figure adjointe à l'observation, est très prononcée et caractéristique. L'enfant vécut ; on lui appliqua pendant trois à quatre jours un bandage compressif pour faire disparaître la déformation.

Ce même auteur (Traité d'accouç., trad. Doléris) donne une statistique de 34 cas de présentation du front empruntés à Ahlfeld (26), Fritsch (7) et Budin (2). Sur ce chiffre dix fois l'accouchement fut spontané avec quatre enfants morts (l'un d'eux avait succombé au début du travail) ; dix fois la terminaison fut encore spontanée, mais après substitution de la face ou du sommet au front (1 enfant mourut). Dans les 14 derniers cas, l'extraction se fit par le moyen du forceps : neuf fois en présentation du front avec deux enfants morts (premier, procidence du cordon ; deuxième, mort avant le travail), cinq fois après substitution de la face ou du sommet au front (pas de décès). En résumé, sur 34 enfants, 7 morts, dont 4 seulement peuvent être directement imputées à la présentation. Deux mères ont succombé : l'une avait un bassin oblique ovalaire coxalgique ; on fit, pour la deuxième, la conversion du front en face.

Quant au traitement, Lusk croit la version inutile, la tête se trouvant encore au détroit supérieur, et contre-indiquée plus tard, lorsque l'engagement est produit. Il se prononce en conséquence pour la correction manuelle.

Un travail plus important est celui de **Elie Long**, paru en 1885, et ayant pour titre : « Des Présentations frontales (3) ». Cet auteur, après

(1) American Journal of Obstetrics, 1878, t. XI.

(2) Id., 1885, n° 9, p. 897.

(3) Id., 1885, p. 1135.

avoir brièvement indiqué, avec **Hodge**, le mode de production de ces présentations, résume les différentes indications thérapeutiques qu'elles réclament et en relate lui-même 11 cas. De ces 11 cas, 9 ont été vus par divers accoucheurs de New-York et 2 lui sont personnels.

La première des observations de Elie Long est relative à une secondipare bien conformée, chez laquelle on reconnaît après la rupture de la poche des eaux (le travail durait depuis seize heures), une présentation du front. Les arcades orbitaires et le dos du nez regardaient à gauche et en arrière, la voûte du crâne à droite et en avant. La tête ne s'engageant pas, on essaye d'abord de repousser le front en haut, de façon à permettre à l'occiput de descendre, mais inutilement. Une branche de forceps appliquée sur l'occiput en forme de levier, ne réussit pas mieux. Après anesthésie de la parturiente, une main est introduite dans le vagin et l'utérus, repousse légèrement la tête, et, embrassant l'occiput, finit par l'amener dans l'excavation. La situation anormale eut une certaine tendance à se reproduire, mais la correction persista. Après dix-neuf heures de travail la femme accouchait d'un gros enfant vivant. Les suites de couches furent bonnes.

Le second fait concerne une multipare (6<sup>e</sup> grossesse) à terme et en travail depuis treize à quatorze heures. Dès que la dilatation, très lente à s'effectuer, fut complète, on reconnut une présentation du front; celui-ci et la face étaient tournés à gauche et en arrière. La parturiente est anesthésiée; la main gauche introduite dans l'utérus va accrocher l'occiput, pendant que le pouce de la même main repousse le front en haut. Après un temps considérable on réussit à faire descendre l'occiput. L'accouchement s'est terminé en présentation du sommet, heureusement pour la mère et l'enfant.

Dans les 9 autres cas que cite Elie Long, la correction, tentée six fois avec succès, fit trois fois défaut. Dans deux de ces trois derniers faits, la version échoua et dût céder la place au forceps et à la craniotomie. Le troisième enfant vint mort, aussi par le forceps. Une mère mourut de péritonite.

Citons une dernière observation d'accouchement par le front, de **Minges**, publiée en 1885 (1), et dans laquelle le mécanisme de l'expulsion spontanée fut celui des présentations frontales.

*Définition. Fréquence. Variétés.* — Après ce long historique, rendu nécessaire par le peu d'importance accordée jusqu'ici à

cette étude, nous sommes à même de nous demander si une pareille situation de la tête, dont J.-L. Baudelocque et M<sup>me</sup> Lachapelle avaient déjà brièvement indiqué les caractères et le traitement, mérite réellement le nom de *présentation*. On le sait, ce terme de *présentation* s'applique à certaines régions du fœtus qui, dans les derniers temps de la grossesse ou au moment de l'accouchement, viennent occuper le détroit supérieur, s'engager plus tard dans l'excavation, ouvrant ainsi la voie à la masse fœtale qui suit. Dans cette marche à travers la filière pelvienne, la présentation est soumise à des lois mécaniques, qui toutes ont pour but d'accommoder ses petits diamètres aux diamètres correspondants de l'excavation. Cette règle n'a d'exception que pour les présentations du tronc. La base du triangle, que le corps fœtal constitue lors de l'engagement d'une épaule, est beaucoup trop large pour que le petit bassin puisse le recevoir. Il est reconnu cependant que, même dans ces circonstances, la nature peut se suffire à elle-même, par le mécanisme de l'évolution spontanée, la portion la moins réductible de la base du triangle, la tête venant se loger au-dessus des pubis.

Le mécanisme général (engagement, rotation, expulsion), auquel toute présentation est soumise, régit donc aussi l'accouchement par le *front*. Sans doute, la présence de ce dernier au détroit supérieur semble n'indiquer d'abord qu'une flexion plus ou moins marquée du sommet, une extension plus ou moins complète de la face, pouvant amener un certain retard dans l'engagement, un arrêt dans la descente ou l'expulsion, sans modifier toutefois le mécanisme essentiel de l'accouchement. Mais, notre historique l'a confirmé déjà, de nombreuses observations le prouvent, M. Devars l'a bien établi dans sa thèse, cette situation du front au centre de la région engagée persiste assez souvent jusqu'à travers la vulve, au dernier temps du travail. La tête, ainsi placée, obéit à un mécanisme spécial, que nous étudierons bientôt, qui n'est pas plus celui des présentations du sommet que celui des présentations de la face. Serait-il possible, d'ailleurs, de créer aux autres variétés de la *face* (menton, joues) ou du *sommet* (pariétal, occipital) une physionomie aussi distincte? Voit-on, dans ces cas, la tête conserver, aux différents temps du travail, une situation telle que la partie la plus déclive, la première sentie par le toucher, soit le menton, les joues, le pariétal? M<sup>me</sup> Lachapelle l'avait bien compris, puisqu'elle a tant insisté sur ces *positions inclinées*, sur leur gravité et sur la nécessité d'intervenir rapidement. Il est certain que l'étiologie, le mode de production rapprochent



beaucoup les présentations du front de celles de la face, mais elles en diffèrent encore par la fréquence, le pronostic, les indications thérapeutiques qui leur conviennent.

D'un autre côté, on pourrait croire que lorsque le front s'engage, le diamètre occipito-mentonnier vient plonger, s'enclaver dans l'excavation, rendant impossible toute marche ultérieure de la présentation. Nous verrons, à propos du mécanisme de cette présentation, que ce n'est pas ainsi que descend la tête, mais que, par une inclinaison spéciale de la base du crâne, l'engagement se fait d'abord par une des extrémités du diamètre occipito-mentonnier, et qu'aux diamètres de l'excavation la tête n'oppose jamais des diamètres supérieurs.

Par conséquent, si l'expulsion, lorsque le front est en avant, se fait selon des lois spéciales régies par le mécanisme général de l'accouchement, nous réserverons désormais à cette déflexion incomplète de la tête le terme de *présentation*. Il est certain ainsi que Baudeloeque, Lachapelle, Dugès l'avaient déjà reconnu, que la présentation du front, la plus rare de toutes, nécessite souvent l'intervention de l'accoucheur; mais sa terminaison spontanée est fréquente aussi et, contrairement à ce qui se passe pour d'autres présentations (celles de l'épaule par exemple) lorsque le mécanisme d'expulsion est régulier, les conditions fœtales et maternelles pas trop défavorables, l'enfant naît le plus ordinairement vivant.

On peut dire qu'il y a *présentation du front* lorsque ce dernier représente la partie la plus déclive de la masse céphalique qui remplit le détroit supérieur. La *région frontale* proprement dite est elle-même essentiellement constituée par la suture du même nom et les deux os frontaux; les arcades sourcilières, la racine du nez la limitent en bas, la suture fronto-pariétale, la grande fontanelle la limitent en haut, et les tempes sur les côtés. Elle forme un relief triangulaire, dont la base se confond avec deux régions contiguës, plus nettement limitées: la face et le sommet. Ces dernières rentrent, pour une certaine part, dans la constitution de la présentation, selon que le front incapable de remplir à lui seul le détroit supérieur ou l'excavation, est plus ou moins rapproché du centre. Est-il tout à fait au niveau de ce centre, la présentation appuie sur la ligne innommée, d'un côté par le maxillaire supérieur ou un point peu distant de la face, de l'autre par la suture sagittale, à quelques centimètres (3 à 4) de la pointe de l'occiput. Il ne peut alors être question d'une présentation du sommet, puisque la tête n'est pas fléchie; ce

n'est pas davantage une présentation de la face, l'extension n'étant pas complète. Le front se rapproche-t-il, au contraire, de l'un des côtés du bassin, une partie plus ou moins considérable de la face ou du vertex se découvre, ce qui parfois donne le change pour l'une des deux présentations crâniennes.

Dans les deux cas, cependant, le front plonge à vide dans le bassin ; c'est aussi sur lui, le premier, que le doigt arrive pendant l'exploration. De plus, tandis que dans les présentations de la *face*, le plan passant par la présentation est perpendiculaire à la colonne vertébrale du fœtus, ce même plan lui devient oblique en cas de présentation du *front*, se rapproche de la région sternale, limitant ainsi un angle plus ou moins aigu, ouvert en haut. Le menton et le front sont situés aux extrémités opposées d'un même diamètre, dans les présentations de la face, et correspondent l'un au plan sternal, l'autre au plan dorsal du fœtus. Ces parties regardent, au contraire, un même côté du bassin dans les présentations du front, et ce dernier, employé pour caractériser les *positions*, indiquerait ici une situation tout opposée que dans les présentations de la face.

Un raisonnement identique nous prouverait que l'orientation du vertex (comme aussi celle de l'occiput) est toute différente dans les présentations ordinaires du sommet. Il en résulte que, dans cette semi-déflexion de la tête, la direction des forces, transmises par la colonne vertébrale, aboutit à un point variable de la région moyenne du front, généralement un peu au-dessous de la grande fontanelle ; que le crâne est ainsi partagé en deux bras de leviers à peu près égaux, ce qui explique (avec l'obliquité des plans qui avoisinent ce point central) la facile transformation de la présentation en face ou sommet, mais ce qui explique aussi sa fixité considérable, lorsque la poche des eaux est rompue, l'utérus très contracté ou qu'elle parvient à s'engager directement dans le haut de l'excavation.

Il est à remarquer que le front, constituant près de la moitié de la face, accompagne toujours cette dernière dans ses présentations, tandis que, plus éloignée de l'occiput, toute la région précédant le bregma devient inaccessible lorsque la tête s'est fléchie et engagée. Aussi toutes les statistiques démontrent-elles la plus facile transformation du front en face.

Pour compléter l'analogie qui existe entre la présentation du front et les autres présentations, il nous faudra choisir, sur la région qui la con-

stitue, un point de repère indiquant ses rapports possibles avec le pourtour du détroit supérieur. Nous avons ainsi créé des variétés. Et, comme pour le sommet ou la face, nous choisirons ce point sur la partie qui est destinée à revenir en avant; il jouera le même rôle que l'occiput ou le menton dans les autres présentations crâniennes, c'est-à-dire qu'au moment de l'expulsion de la tête, au quatrième temps, il viendra se loger sous la symphyse, pendant qu'autour de lui comme centre évolueront les différents diamètres céphaliques. Le plus souvent c'est le nez, quelquefois le maxillaire supérieur qui jouera ce rôle dans les présentations frontales.

Lors donc que le front sera tourné à gauche ou à droite du bassin, nous aurons une *naso-iliaque gauche* ou une *naso-iliaque droite*, et les variétés *antérieure* (naso-iliaque gauche antérieure), *transversale* (naso-iliaque gauche transversale) ou *postérieure*, selon qu'il regardera l'éminence ilio-pectinée, la partie moyenne des os iliaques ou la symphyse du même nom. Le dos du nez, la grande fontanelle correspondront chacun à une moitié différente du bassin.

**Marchionneschi**, dans une statistique où sont réunis les faits publiés par différents auteurs italiens, ceux d'Ahlfeld et Fritsch, les observations de M<sup>me</sup> Lachapelle, a pu constater que sur 82 présentations du front :

30	fois	le haut de la face	était dirigé à gauche et en avant ;
16	—	—	transversalement ;
12	—	—	en arrière et à droite ;
4	—	—	à gauche et en arrière ;
4	—	—	à droite et en avant ;

4 fois la situation était oblique, mais sans indication de direction ;  
12 fois la situation était indéterminée.

Sur ce chiffre de 82 cas de présentation du front, 25 se terminèrent spontanément, sans changement dans la présentation. Les positions ainsi obtenues semblent indiquer, contrairement à ce qui arrive dans les présentations de la face, la plus grande fréquence des *naso-gauches antérieures*. En supposant la présentation du front toujours secondaire, il en résulte qu'elle serait le plus souvent consécutive à la déflexion d'un sommet en occipito-iliaque droite postérieure.

D'un autre côté, en réunissant aux faits de Chailly, Devars, Ely Long

les observations de Tarnier, Lusk, Brauche, nous aurons un total de 17 présentations du front avec :

Naso-iliaque gauche antérieure.....	3 cas.
— droite postérieure.....	6 —
— gauche postérieure.....	3 —
— droite antérieure.....	2 —
— droite transversale.....	2 —
— gauche transversale.....	1 —

Comme pour les présentations de la face, ce serait donc ici les nasodroites postérieures qui tiendraient le premier rang, constituant ainsi la première position de ces présentations. La déflexion serait donc le plus souvent consécutive à une première position du sommet (O. G. A.). Les cas rapportés par Rash, non compris dans cette statistique, sont tous relatifs (hormis un) à des naso-droites postérieures.

(A suivre.)

---

## CONTRIBUTION ANATOMIQUE ET CLINIQUE

### A L'ÉTUDE DU GLISSEMENT VERTÉBRAL (SPONDYLOLISTHÉSIS)

Par le Dr **Felice MEOLA** (de Naples),

Traduction française d'après le texte italien avec remarques personnelles

Par le Dr **François L. NEUGEBAUER** fils (de Varsovie).

(Suite).

Si l'on ajoute à ceci que la forme normale du corps des vertèbres lombaires, surtout de la première, est un cône à base antérieure, on conviendra qu'il existe une certaine prédisposition physiologique au glissement vertébral, limitée toutefois à la courbure normale inférieure de la région lombaire.

B) *La prédisposition physiologique de tous les tissus à subir des déformations* est également un fait démontré nettement en théorie et en pratique. Il est hors de doute, dit **Volkman**, en parlant des déformations en général, que c'est surtout le poids physiologique du tronc par son action sur les parties du squelette sous-jacentes, qui

produit les différentes transformations des diverses parties du squelette de l'état fœtal à l'état adulte.

A l'ordinaire, cette pression exercée par les parties sus-jacentes sur les parties sous-jacentes est neutralisée par les ligaments et les muscles. C'est l'action des muscles surtout qui répartit plus uniformément l'action de la pesanteur parmi les différentes articulations. Dans la position debout, selon **Volkman**, la ligne de gravité rencontre les différentes surfaces articulaires sous des angles différents plus ou moins ouverts. La pression peut porter principalement sur le bord d'une surface articulaire, et même cette circonstance favorable à une déformation peut être augmentée en certaines conditions. La pression de la pesanteur exerce une action si irrégulièrement répartie sur les différentes surfaces du corps, que la conservation de la forme typique, pendant l'époque de croissance du squelette, serait absolument impossible sans le concours du système musculaire qui, pour ainsi dire, contribue à distribuer plus régulièrement la tâche à remplir entre les différentes articulations. Si le poids du corps ou une autre force externe agit sur les articulations, ce sont les processus articulaires, les muscles et les ligaments qui empêchent la déformation par leur résistance plus ou moins considérable; il faut que cette résistance soit vaincue pour qu'une déformation se produise. D'autre part, la déformation surviendra d'autant plus vite que la résistance physiologique des éléments susdits sera amoindrie. Comme les mêmes forces, les traumatismes, etc., passent inaperçus sur des milliers de personnes, alors qu'ils causent des fractures, des dislocations des os, des déformations chez d'autres individus, il nous faut donc convenir que c'est le *défaut ou la faiblesse de la résistance physiologique*, auxquels on doit attribuer un rôle principal dans la genèse des déformations.

La clinique prouve ce que nous venons de dire. Si les muscles, par suite de mauvaise nourriture, d'une croissance par trop rapide du squelette, etc., restent minces, faibles, peu développés et se fatiguent vite, si les ligaments sont mous, détendus, les os peu solides, peut-être ramollis par le rachitisme, la résistance physiologique sera diminuée. Donc, qu'une pareille articulation soit « trop faible », trop affaissée, qu'elle subisse trop longtemps l'action d'un poids quelconque, ou bien qu'elle soit surchargée de fardeaux considérables, qu'elle soit exposée continuellement à une position, dans laquelle les différences de pression articulaire sont exercées sur les mêmes parties

de l'articulation, — il en résultera une déformation qui s'explique d'elle-même.

**Volkmann**, en outre, accuse aussi une certaine fragilité primitive des os. Quoique nous n'ayons pas eu l'occasion de confirmer cette proposition par des données pratiques, il est vraisemblable que souvent la constitution vicieuse du tissu osseux, par suite d'une nourriture insuffisante, devient la cause initiale d'une déformation dans laquelle l'action mécanique du poids du tronc, une position vicieuse, la station debout prolongée, une occupation par trop fatigante, etc., joueront, malgré tout, le principal rôle.

En étudiant en détail le mécanisme de la production du bassin spondylolisthésique, en s'appuyant uniquement sur ces considérations générales, on finira par reconnaître l'entière raison des faits. La théorie exclusivement mécanique soutenue par **Neugebauer** n'explique la dislocation du centre de gravité, que pour la déformation établie, mais elle ne suit point, pas à pas, l'action déformante, qui détermine la transformation du bassin normal en bassin spondylolisthésique (1).

Quoique, dans plusieurs cas, la spondylolisthésis ait été observée chez des individus robustes, à la santé générale florissante, dans la plupart des cas c'est chez des individus affaiblis, débilités, délicats, anémiques, qui avaient subi des travaux fatigants dès leur première enfance, où les os n'étaient pas encore préparés pour de tels travaux, qu'on l'a rencontrée.

c) *Le troisième facteur capable de produire une déformation acquise* se rencontre dans les conditions spéciales qui augmentent ou modifient l'action du poids des parties sus-jacentes. Les conditions mécaniques prédisposantes étant données, la déformation peut ne pas avoir lieu, si l'on écarte l'action du poids des parties sus-jacentes. Soustrayez un individu rachitique à l'influence du poids de son squelette, il n'y aura pas de déformation; on voit la même chose dans la carie des corps vertébraux, qui peut guérir sans causer aucune déformation; on le voit enfin

(1) Il doit y avoir un malentendu de la part de notre confrère **Felice Meola**, puisque nous avons nous-même appelé l'attention sur ce point important, qu'on peut suivre pas à pas toute la déformation, depuis son début jusqu'au degré de spondylolisthésis complet, tout en tenant compte de la dislocation toujours correspondante à la ligne de gravité. Selon nous, l'aspect de la pièce anatomique est une image reproduisant les forces mécaniques qui agissaient pendant la vie (*Spiegelbild der Kräfte*). N.

dans le bassin nommé « infantile », quelles que soient les conditions de l'organisme, si les forces ordinaires n'agissent pas sur lui.

Que les tissus osseux, les ligaments, les muscles offrent une résistance amoindrie, la spondylolisthesis n'aura pas lieu, si l'action des causes spéciales exposées déjà à propos de l'étiologie, et dont nous traiterons encore plus tard, n'intervient pas à son tour.

Ayant déterminé ces caractères généraux sur l'origine des déformations acquises, avant d'en étudier l'application au glissement vertébral, nous allons exposer d'abord quel est le changement anatomo-pathologique fondamental et typique de la spondylolisthesis.

*Anatomie et physiologie pathologiques.*— Ce qui caractérise la viciation pelvienne en question, c'est un glissement de la cinquième vertèbre lombaire en avant du sacrum, non toutefois de la vertèbre entière, mais seulement de sa moitié antérieure (corps, racines des arcs vertébraux, apophyses transverses et articulaires supérieures), qui soutient immédiatement le poids du tronc sus-jacent par l'intermédiaire de la quatrième vertèbre lombaire. La moitié postérieure de la cinquième lombaire (arc vertébral, apophyses articulaires inférieures, apophyse épineuse) reste en place, et ne subit qu'une dislocation relative, un changement de direction. Les rapports entre les apophyses articulaires lombaires et sacrées sont conservés, et même il se produit souvent une soudure osseuse (synostose) entre les apophyses articulaires, conséquence d'une traction énergique, perpétuelle et exagérée. Cette synostose articulaire lombo-sacrée se rencontre même dans des cas où la spondylolisthesis est à peine prononcée, et alors que le glissement n'est pas arrêté par une soudure synostotique entre les corps vertébraux de la V<sup>e</sup> lombaire et de la I<sup>re</sup> sacrée, eux-mêmes.

Le poids de la partie supérieure du tronc, qui se transmet par contiguïté à travers le corps et les apophyses articulaires supérieures de la quatrième lombaire, au corps et aux apophyses articulaires supérieures de la cinquième lombaire (c'est-à-dire à la moitié antérieure de la cinquième lombaire) tend à pousser, dit **Neugebauer**, la cinquième lombaire en avant et en bas, à la faire glisser, à provoquer une olisthesis. Mais ce glissement de la vertèbre entière est empêché, parce que les articulations lombo-sacrées s'y opposent. En effet, disent les anatomistes, comme les surfaces articulaires inférieures de la quatrième lombaire regardent en avant et en dehors, tandis que les surfaces articulaires des apophyses articulaires supérieures de la cinquième regar-

dent en arrière et en dedans, il en résulte une disposition à presser la cinquième lombaire d'arrière en avant; elle reste pour ainsi dire suspendue sur les apophyses articulaires sacrées. Donc un glissement de la cinquième lombaire entière devient impossible sans le concours d'une luxation dans l'articulation lombo-sacrée, d'une fracture, carie, ou d'une direction anormale des apophyses articulaires sacrées.

**Lambl**, il est vrai, avait signalé cette dernière circonstance pour expliquer le glissement spondylolisthésique. Une direction parallèle des surfaces articulaires, un changement de ces apophyses articulaires sacrées, anomalie due d'après lui à une hydrorhachis congénitale, auraient permis aux apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire de passer entre les apophyses sacrées (luxation par glissement) (1). Mais la théorie perd toute sa valeur si elle n'est pas confirmée par l'observation pratique. Neugebauer, qui est allé étudier spécialement et minutieusement presque tous les bassins spondylolisthésiques décrits, n'a jamais rencontré une seule trace de cette prétendue luxation (**V. Weber-Ebenhoff**) de l'articulation lombo-sacrée; donc il faut la considérer comme une hypothèse (2). Il est vrai que dans les deux bassins de Vienne il y a une direction un peu anormale des apophyses articulaires lombo-sacrées, mais pourquoi ne pas regarder cet état de choses comme un accident exceptionnel sans rapport étiologique avec le glissement (3)?

La carie des apophyses articulaires sacrées a été trouvée dans les deux bassins de Blasius et d'Ender, mais la cinquième lombaire n'a point glissé en totalité, et probablement, la carie n'était arrivée qu'à la suite de la déformation (4).

(1) Nous avons appelé ce mode de luxation supposé par **Lambl** « une luxation par glissement » (Durchglitteluxation). N.

(2) **V. Weber-Ebenhoff**, comme je l'ai publié ailleurs, a abandonné lui-même son hypothèse de luxation après une conversation que nous avons eue à ce propos. N.

(3) Comme nous l'avons déjà dit, sur le bassin d'Ender, il n'y a point de carie, comme nous l'avions soupçonné d'avance, et comme cela a été prouvé plus tard par Krukenberg. Nous ne pensons également pas qu'il existait un *nexus causal* entre la carie et la prétendue spondylolisthésis dans le bassin de Blasius, malheureusement disparu. N.

(4) Nous avons nettement démontré sur les pièces anatomiques, dans notre dernier travail de l'année passée, sur le glissement vertébral, que la direction des apophyses articulaires lombo-sacrées dans les deux bassins de Vienne, quoique quelque peu anormale, n'aurait jamais pu admettre la luxation prétendue de glissement. N.



Sur le bassin décrit par **Strasser, Neugebauer** a constaté une fracture des apophyses articulaires sacrées.

Si d'un côté, dit Neugebauer, dans les bassins spondylolisthésiques, les articulations lombo-sacrées gardent leur rapport normal (sauf une synostose secondaire), et s'il y a d'ailleurs glissement de la moitié antérieure de la cinquième lombaire en avant et, dans des degrés plus élevés, en bas, sous l'influence du poids du tronc transmis aux apophyses articulaires inférieures de ladite vertèbre sous forme de traction, il est évident que cette moitié antérieure de la vertèbre ne peut guère glisser en avant, sans s'éloigner de la moitié postérieure restée en place. Il se produirait donc par cette traction une élongation de l'arc de la cinquième lombaire au niveau de l'union de la moitié antérieure avec la moitié postérieure, c'est-à-dire, dans les portions dites interarticulaires de l'arc de la cinquième lombaire.

C'est dans ce point que viennent buter l'une contre l'autre les deux forces de traction et de résistance, et c'est dans les portions interarticulaires de l'arc de la cinquième lombaire que se rencontrent les deux forces : la pesanteur du tronc, qui par l'intermédiaire de la quatrième lombaire, tend à presser la cinquième de haut en bas et d'arrière en avant, et la résistance contre cette pression, représentée par les apophyses articulaires sacrées, qui maintiennent l'union entre les apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire.

Le point essentiel de l'anomalie qui nous occupe consiste donc, comme l'a déterminé exactement Neugebauer et ce qui se voit nettement sur notre pièce anatomique, dans une *élongation interarticulaire de l'arc de la cinquième lombaire*, bilatérale ou unilatérale. Dans ce dernier cas nous avons affaire à une *hémistolsthésis*, c'est-à-dire glissement unilatéral du côté gauche ou droit, comme dans la pièce de Prague-Wurtzbourg (1).

(1) Le professeur **Lambl** dit dans la septième thèse de sa dernière note (Zehn Thesen über Spondylolisthesis. Centralbl. f. Gynæk., 1885, n° 23) : « . . . . eine sog « Hemiolisthesis, etc. sind müssige Erfindungen, deren Nichtexistenz ohne beson « dere Mühe bewiesen wird. » J'ai choisi le nom d'*hémistolsthésis* pour la déformation présentée par le bassin de Prague-Wurtzbourg, pour démontrer qu'il n'y a qu'un glissement *unilatéral* dans cette pièce. Il suffit de voir la pièce anatomique pour se convaincre de la réalité du fait de glissement unilatéral. Donc, je ne comprends guère de quel droit notre savant confrère Lambl conteste un fait anatomique démontré nettement, en disant qu'une *hémistolsthésis* est une *invention ridicule dont on prouvera sans peine la non-existence!* Nous engageons nos confrères à examiner à

On voit aisément cette élongation interarticulaire de l'arc de la cinquième lombaire dans les bassins spondylolisthésiques; il suffit de comparer la vertèbre d'un bassin normal à celle d'un bassin spondylolisthésique, pour saisir tout de suite la différence. Sur la vertèbre normale, en effet, les apophyses articulaires supérieures et inférieures se trouvent à peu près dans le même plan vertical parallèle à l'axe du corps de la vertèbre; dans la vertèbre avec olisthésis de la moitié antérieure, il y a toujours une diastase plus ou moins considérable des apophyses articulaires supérieures et inférieures, par extension des portions interarticulaires de l'arc; l'élongation est proportionnelle au degré de glissement. Il va sans dire que, dans une telle vertèbre, le canal vertébral doit présenter une élongation sagittale correspondante. Cette élongation sagittale, comme cela a été constaté par des mensurations sur des pièces anatomiques, peut être si considérable, que le canal vertébral mesure jusqu'à 3 cent. 1/2 de longueur sagittale; Lambl a eu tort d'attribuer cette élongation à une hydrorhachis congénitale. La cinquième lombaire devient un *dolichospondylus*. La moitié antérieure de la cinquième lombaire, une fois glissée en avant du sacrum par l'extension de son arc, il arrive, à un certain degré de glissement, un moment où son corps n'est plus suffisamment soutenu par le sacrum, comme l'a démontré Neugebauer : le poids du tronc qu'elle porte la fait donc passer de l'état de *spondylokklisis* (de Lambl) à l'état de *spondyloptosis*; on dirait qu'elle tombe en bas et au-devant du sacrum. L'arc, qui avait atteint sa plus grande extension au niveau des parties interarticulaires, présente alors une flexion plus prononcée, et suivant la rapidité du passage de la *spondylokklisis* à l'état de *spondyloptosis*, il peut se produire une fracture ou rupture au point maximum de la flexion. Si la *ptosis* se produit lentement, il n'y aura pas fracture. En même temps que l'arc subit cette élongation et cette flexion, il subit encore une forte compression verticale, qui le rend moins haut, aplati, plus large, c'est ce qui se comprend aisément.

La vertèbre devient donc plus longue, courbée et aplatie par un processus exclusivement mécanique.

Quelle est la première cause de cette élongation interarticulaire?

Neugebauer dit à ce propos : il est hors de doute que c'est une lésion

leur tour la pièce de Prague-Wurtzbourg, qui se trouve au musée de la maison d'accouchement de l'Université de Wurtzbourg, quand l'occasion s'y prêtera. N.

acquise pendant la vie extra-utérine qui se produit sous l'influence du poids du tronc et qui ne peut être attribuée à une hydrorhachis congénitale comme le voulait Lambl. « On ne peut non plus admettre un ramollissement osseux local primitif de la partie interarticulaire causé par rachitisme, ostéomalacie, tuberculose ou inflammation, puisqu'on ne rencontre pas de pareilles lésions. »

Tout en acceptant pleinement que la déformation soit acquise après la naissance par suite du poids exagéré du tronc, et pour ne pas nous exposer à des répétitions, nous dirons cependant que même alors que l'on ne rencontre pas les modifications susdites des os, ceux-ci doivent présenter une certaine prédisposition, puisqu'un grand nombre de femmes se trouvent exposées aux mêmes influences et que le glissement vertébral est un accident rare.

Voilà pourquoi nous pensons qu'on doit chercher la cause de l'élongation interarticulaire de la cinquième lombaire ou dans une *solution de continuité des portions interarticulaires*, ou bien on considérera comme conditions mécaniques nécessaires pour produire cette élongation un *ramollissement local*, une *résistance physiologique amoindrie* de cette partie.

L'élongation inter-articulaire de l'arc de la cinquième lombaire peut arriver :

1) *S'il existe une solution de continuité (fissure) uni ou bilatérale au niveau des portions interarticulaires de l'arc (spondyloschizis interarticularis lateralis congenita)*. — Cette solution de continuité tient à un défaut d'ossification entre les principaux noyaux d'ossification de chaque moitié de l'arc, c'est-à-dire à un arrêt de développement. Cette anomalie a été démontrée sur plusieurs bassins spondylolisthésiques.

Ainsi, on l'a rencontrée dans le bassin de Paris (Depaul), de Prague-Wurzburg, de Wurzburg N° II (Seifert, Kiwisch), de Bonn, probablement dans le bassin de Prague (de Breisky) comme l'assure Neugebauer, mais dans ce dernier il faudrait soulever la quatrième lombaire de la cinquième pour s'assurer de l'état de l'arc (1).

(1) Ces données de notre confrère Felice Meola ne sont pas exactes. La spondyloschizis lateralis interarticularis est la plus fréquente de toutes les anomalies connues des vertèbres. Nous l'avons rencontrée plus de 110 fois; nous en avons décrit environ 90 cas dans nos travaux antérieurs sur le glissement vertébral; nous en possédons nous même 6 pièces avec les variétés les plus différentes. Quant aux bassins spondylolisthésiques, cette anomalie se trouve par exemple sur le bassin parisien de la Vénus hottentote, sur deux pièces de Berne, sur la nôtre de Varso-

2) *S'il y a une fracture des apophyses articulaires sacrées*, comme dans la pièce de Breslau, décrite par Strasser et Neugebauer, et probablement dans le bassin de Paderborn, transmis à Kilian par Everken (1).

Dans ce dernier cas, c'est d'abord la cinquième lombaire entière qui glisse en avant, puisque, les apophyses sacrées ayant été arrachées par fracture, les apophyses articulaires inférieures ne sont pas retenues en arrière comme d'habitude. Mais ce glissement de la vertèbre entière s'arrête bientôt, aussitôt que les apophyses articulaires sacrées arrachées et emportées par les apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire en avant, viennent se heurter contre le bord postéro-supérieur du corps de la première vertèbre sacrée. Les apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire une fois arrêtées de cette façon, celle-ci ne peut plus progresser en totalité, et c'est la cavité antérieure seule qui continue le glissement, qui se fait maintenant par l'élongation interarticulaire de l'arc, comme dans les cas sans fracture des apophyses sacrées, dès le début du glissement.

3) *S'il y a une fracture complète ou incomplète primitive de l'arc de la cinquième lombaire*. — Cette lésion observée sur le bassin de Munich, décrit autrefois par Breslau, se rencontre probablement encore sur d'autres pièces. La preuve d'une telle fracture peut être très difficile en face des synostoses de réparation ou des complications plus ou moins étendues qui se produisent comme dans notre pièce, où elles ont uni la cinquième lombaire au sacrum et même aux apophyses articulaires lombo-sacrées.

Pourtant on a vu des fractures primitives des portions interarticulaires de l'arc vertébral. Un cas des plus étranges est celui de **Gurlt** (2). (*Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen*); il y a une fracture bilatérale interarticulaire de la neuvième dorsale avec fracture du corps vertébral et des neuvième et dixième apophyses transverses d'un côté. Dans cette pièce, comme dans les bassins spondylolisthésiques, la

vie, sur celle de Prague-Wurzburg (Seyfert, Kiwisch), sur la seconde pièce de Wurzburg, sur un des bassins viennois et sur d'autres. Le bassin de **Depaul**, pas plus que celui de **Breisky**, ne sont des bassins spondylolisthésiques. N.

(1) Quant au bassin de Paderborn, la préexistence de cette fracture n'est qu'une hypothèse.

(2) La pièce anatomique décrite premièrement par **Gurlt** nous appartient. Nous l'avons décrite en 1882 et 1885 (*Archiv. f. Gynäkologie*, Bd XX, Heft. 1, fig. 27, 28, et Bd XXV, Heft. 2, fig. 42). N.

moitié postérieure de l'arc vertébral est restée en place; le canal vertébral est complètement oblitéré au niveau de la fracture et, quoique la moelle eût été tout à fait écrasée, l'individu avait survécu cinq mois à l'accident.

La fracture interarticulaire primitive doit être admise si l'on veut expliquer la genèse du glissement, là où il n'y a ni spondyloschizis lateralis congenita, ni fracture des apophyses articulaires sacrées. On est d'autant plus autorisé à admettre une telle lésion, pour un certain nombre d'observations de glissement, que l'origine de la déformation coïncide bien souvent avec un traumatisme confirmé par les commémoratifs. Neugebauer, sur 23 cas, a constaté 17 fois la préexistence d'un traumatisme évident, 9 fois une chute avec douleurs de reins, un saut d'une voiture, augmentation rapide du poids du corps par des grossesses, des travaux pénibles, le soulèvement de fardeaux, etc. (1).

Donc, si nous excluons la spondyloschizis latérale interarticulaire congénitale, nous croyons, avec Neugebauer, que l'on peut admettre une fracture *interarticulaire primitive* toutes les fois que les articulations lombo-sacrées ont conservé leurs rapports normaux, qu'il n'y a pas glissement de la moitié postérieure de l'arc de la cinquième lombaire, fracture des apophyses sacrées avec élongation des apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire, ou synostose des articulations lombo-sacrées.—Si, au contraire, la moitié postérieure de l'arc de la cinquième lombaire se trouve glissée en avant, si ses apophyses sont allongées par suite des tractions consécutives à un semblable glissement, l'on sera autorisé à supposer une *fracture primitive des apophyses articulaires sacrées*, avec dislocation des fragments arrachés en avant.

*Bref, il y a deux variétés de glissement vertébral d'après Neugebauer, trois d'après nous?*

1) Glissement de la moitié antérieure de la cinquième lombaire, dû à

(1) Pour nous, il est hors de doute que dans un certain nombre d'observations, l'origine du glissement est dû à une fracture par chute, à un traumatisme grave, comme par exemple, dans le cas de Breisky, observé à Berne, dans une nouvelle observation que nous avons recueillie dernièrement à Varsovie et que nous décrirons prochainement, et dans beaucoup d'autres. Si on n'a jamais constaté une fracture interarticulaire récente sur les dernières lombaires dans des nécropsies faites après des traumatismes mortels, chutes, etc., c'est qu'on ne l'a pas cherchée. C'est aux médecins qui font les nécropsies, surtout les autopsies médico-légales, à rechercher des fractures difficiles à constater, toutes les fois qu'ils auront occasion de soupçonner une lésion pareille. N.

une solution de continuité unie ou bilatérale dans les parties interarticulaires de l'arc. a) *Congénitale* par arrêt de développement (spondylolisthesis lateralis interarticularis congenita. b) *Fracturaire* (par fracture, inflexion, fissure avec guérison incomplète, déformation du cal réparateur, cal insuffisant, etc.).

2) Glissement de la vertèbre entière, grâce à l'arrachement traumatique des apophyses articulaires sacrées; le glissement des fragments arrachés s'arrête bientôt, aussitôt qu'ils se heurtent contre le bord postérieur du corps de la première sacrée, et c'est alors la moitié antérieure seule de la cinquième lombaire qui continue à glisser en avant et en bas vers le petit bassin sous l'influence du poids du tronc (1).

3) A ces deux variétés admises par Neugebauer nous en ajoutons une troisième qui ne tient pas aux causes précédentes : un glissement vertébral dû à un affaiblissement spécial des tissus osseux (speciale debolezza del tessuto osseo), ligamenteux et musculaire, qui, sous l'influence de l'augmentation du poids du tronc sus-jacent, permet une déformation lente, progressive et indépendante de toute espèce de traumatisme. La tendance de la cinquième lombaire à glisser en avant et en bas étant admise comme physiologique, en raison de la pression exercée par le tronc sus-jacent, par l'intermédiaire de la quatrième lombaire;... et la résistance des apophyses articulaires inférieures étant acceptée comme une force contraire mais non directement opposée, la conséquence de cet affaiblissement des tissus osseux, ligamenteux et musculaires sera l'élongation correspondante de la cinquième lombaire (2).

« A queste noi aggiungiamo lo scorrimento dell' ultima vertebra del

(1) Le professeur **Lamb1**, dans la dixième de ces thèses citées, dit : « Une pré-tendue fracture des apophyses articulaires sacrées regardée comme d'importance étiologique pour l'origine de la spondylolisthésis est (dit en termes indulgents) « un non sens anatomique. » (!) Quoique l'avis de Lamb1, contraire à notre hypothèse, nous intéresse beaucoup, nous ne comprenons pas le manque de politesse et de forme de notre savant confrère. N.

(2) Le point le plus saillant de tout le travail de notre confrère Felice **Meola**, est certainement sa nouvelle *hypothèse sur l'étiologie du mouvement vertébral*, c'est-à-dire la *troisième* cause spéciale prédisposante citée par lui. Quoique nous acceptions avec lui que le glissement vertébral est un type exagéré d'une déformation statique à laquelle tend la 5<sup>e</sup> lombaire chez tout individu, certaines causes prédisposantes étant remplies, nous persisterons toutefois dans notre opinion, citée par M. Felice Meola, que le glissement, chez l'individu normal, n'aura pas lieu sans l'existence d'une de ces conditions spéciales désignées sous les n<sup>os</sup> 1 et 2, que le système musculaire, ligamenteux et osseux soit affaibli ou non. *Le dictionnaire, pour ainsi dire, dans lequel il faut chercher les différents types de déformations statiques, sera tou-*

lombi dovuta a nessuna delle cagioni dinanzi esposte, ma sibbene ad una speciale debolezza del tessuto osseo, ligamentoso e muscolare, per la quale, aumentato da circostanze anormali il peso della sezione superiore del tronco, e messa l'azione di esso che opera d'alto in basso e da dietro in avanti sul corpo della quinta vertebra lombare, e la fissazione delle apofisi articolari inferiori che rappresenta la resistenza, una forza contraria ma non direttamente opposta, ne segue l'allungamento dell'osso, ma lento, graduale e che non tiene a nessuna sorta di cagione traumatica. »

*jours le squelette atteint de ramollissement osseux, et c'est surtout dans les différents bassins rachitiques que nous trouverons les prototypes exagérés des déformations statiques pelviennes. Mais M. Felice Meola a-t-il jamais trouvé une trace de la déformation caractéristique de la 5<sup>e</sup> lombaire olisthésique dans un bassin rachitique? J'affirme que non. Puis, si le glissement vertébral était dû à cet affaiblissement invoqué par M. Felice Meola, des systèmes osseux, ligamenteux et musculaire, le squelette d'un individu affecté du glissement vertébral ne devrait-il pas présenter en même temps d'autres déformations statiques (scoliose, genu valgum, pied plat exagéré, etc.) dues à ce même affaiblissement nutritif et constitutionnel? En est-il ainsi? Non. — Donc, comme nous n'avons pas le droit d'accepter que cet affaiblissement prétendu porte exclusivement sur la région lombo-sacrée et ses environs, comme nous ne pouvons non plus admettre qu'un poids exagéré du tronc, une surcharge répétée chez un individu atteint d'affaiblissement nutritif, porteront exclusivement sur la région lombo-sacrée, et non simultanément sur les extrémités inférieures, les genoux, les pieds, les os qui soutiennent le poids de tout le corps, nous n'accepterons l'hypothèse de M. Felice Meola que lorsqu'il pourra appuyer son interprétation par des pièces anatomiques. Si l'interprétation nouvelle de l'origine de la spondylolisthésis donnée par M. Felice Meola était valable, nous devrions compter par centaines, dans les musées anatomiques, les bassins spondylolisthésiques à un degré plus ou moins prononcé; puisque cet affaiblissement général des systèmes osseux, ligamenteux et musculaire, coïncidant avec une surcharge du tronc par des fardeaux, par suite de travaux pénibles, etc., dans les trente premières années de la vie, sur la classe ouvrière, affaiblissement auquel notre confrère italien fait jouer un rôle si important pour l'origine de la spondylolisthésis, qu'il en a fait une des causes prédisposantes spéciales... puisque, disons-nous, cet affaiblissement est des plus communs.*

Pour une autre raison la nouvelle hypothèse de M. Felice Meola, que l'origine du glissement vertébral peut être la suite d'un affaiblissement nutritif des systèmes osseux, ligamenteux et musculaire sous l'influence d'une surcharge répétée du tronc par des travaux durs, et dans la première trentaine chez la classe ouvrière, sans qu'une des conditions anatomiques sur lesquelles nous avons insisté après nos recherches si nombreuses, soit remplie, ne saurait être ni acceptée, ni expliquée. Si l'on acceptait cette nouvelle hypothèse, comment se fait-il que le nombre d'observations cliniques et anatomiques de la spondylolisthésis recueillies jusqu'à présent ne soit que de 61, tandis que les conditions indiquées par M. Felice Meola, comme cause prédisposante spéciale, nouvellement découverte par lui, sont extrêmement communes? N.

*Déformation générale du bassin et son mécanisme.* — La configuration générale du bassin, aussi bien normale que pathologique, dépend en grande partie de la résultante des forces différentes qui opèrent sur lui depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. On réduit ces forces à trois principales : 1) l'action du poids du tronc ; 2) la traction exercée par les ligaments sacro-iliaques et par la symphyse pubienne ; 3) la pression des fémurs contre les cavités cotyloïdiennes. Il y faut cependant ajouter l'influence de la croissance égale ou inégale des différents os.

*Le poids du tronc*, opérant de haut en bas et d'arrière en avant, est transmis, par l'intermédiaire des corps vertébraux et au travers d'eux, à la base du sacrum, qui est poussée en bas et en avant. Mais le sacrum, encastré entre les deux os iliaques, ne peut avancer qu'autant que le permettent la souplesse des ligaments et la flexibilité des os dans les premières années de la vie.

Le sacrum représente un double cône, l'un oblong, l'autre figuré par l'épaisseur de l'os. Le dernier est placé entre les parties postérieures des os iliaques, dont il ne peut être chassé sans que les os iliaques changent leur rapport ou leur forme. D'autre part, la configuration même du sacrum lui permet bien une dislocation en avant mais non en arrière. Donc, sous l'action du poids du tronc, le sacrum oscillera sur un axe transversal, de façon que sa base subira un mouvement de rotation en avant et en bas, tandis que la pointe reculera en arrière et en haut. Mais ce mouvement est empêché en partie par la résistance des ligaments sacro-iliaques antéro-postérieurs, des ligaments iléo-lombaires, des ligaments sacro-épineux et tubéro-sacrés. Les premiers de ces ligaments ne permettent pas à la base du sacrum de descendre avant et en bas, tandis que les derniers empêchent le mouvement en sens opposé de la pointe du sacrum. Donc, si l'os ne peut pas obéir à l'impulsion qui lui est donnée par l'action du poids, il devra changer de forme et, par conséquent, il se produira une courbure longitudinale du sacrum dont le point maximum sera au niveau de la troisième vertèbre. L'action du poids du tronc doit en même temps tendre les ligaments sacro-iliaques postérieurs ; par cela même, il y aura un rapprochement des parties postérieures des os iliaques, tandis que leurs parties antérieures tendront à s'écarter l'une de l'autre. Mais cet écartement est empêché par les ligaments solides de la symphyse pubienne. Donc, les os iliaques eux-mêmes devront subir un changement de forme et une inflexion avec courbure exagérée de la ligne innominée ; — la symphyse pubienne, par cela même encore, se rap-



prochera du promontoire avec diminution du diamètre A. P. du détroit supérieur, — tandis que, par compensation, le diamètre transversal augmentera. S'il n'intervenait aucune autre force, le bassin deviendrait extraordinairement aplati, mais cet aplatissement excessif est arrêté et modéré par la contre-pression des fémurs, agissant de bas en haut et de dehors en dedans. Donc, à l'augmentation du diamètre transversal du détroit supérieur correspond une augmentation analogue du diamètre transversal du détroit inférieur, ce qui augmente en même temps l'inclinaison des branches ischio-pubiennes des os iliaques et l'ouverture de l'angle du pubis.

S'il y a un manque d'harmonie entre les différentes forces sus-décrites, qui déterminent la forme du bassin, il se produira un bassin pathologique vicié. Il faut donc admettre une perturbation générale de l'équilibre normal des forces, comme nous l'avons décrit, ou un trouble pendant la période de croissance des os, pendant l'évolution du bassin, où les os n'ont pas encore acquis une résistance suffisante aux forces déformantes, ou bien admettre un ramollissement osseux exceptionnel tenant à un processus morbide quelconque ou à un processus général de nutrition imparfaite, troubles digestifs, etc.

Voilà ce que nous supposons, pour les cas que l'on ne pourra attribuer à aucune action traumatique, c'est-à-dire, pour la troisième des trois classes de glissement sus-décrites ; tandis que pour les deux premières classes, acceptées par Neugebauer, il est évident que, par suite du traumatisme, le centre d'action des forces devait être changé.

Mais avant de discuter la manière dont opère le poids du tronc sur le glissement vertébral, fait déjà établi et accepté jusqu'ici par les auteurs, voyons s'il n'est pas possible de suivre pas à pas le mécanisme de l'action de la force déformante.

La cinquième lombaire se trouve continuellement exposée à deux forces, comme nous l'avons déjà dit : à la pression du poids sus-jacent qui tend à faire glisser en avant et en bas le corps vertébral et à la résistance des apophyses articulaires inférieures, retenues en haut et en arrière par les apophyses articulaires sacrées.

« Si badi come tali due forze sieno contrarie, ma non perfettamente opposte, e che esse tendano a dioluire quasi opposte solo, quando i ligamenti longitudinali anteriore e posteriore tesi e robusti ed i muscoli del dorso tengano a permanenza le parti nella loro giusta posizione, oltre al compenso dato dalle altre cuove della spine. »

Si l'on met un poids sur la tête d'un individu, ce sont d'abord les courbures normales du rachis qui paraîtront augmentées, l'on verra se produire des inflexions spéciales du tronc afin de maintenir le centre de gravité du corps. Augmentez encore un peu la cyphose dorsale, la plus grande augmentation de courbure se manifestera par une lordose compensatrice lombaire. Pendant la grossesse, le centre de gravité est transporté en avant, c'est ce qui force la femme à une attitude compensatrice telle, que le vulgaire reconnaît souvent l'état de grossesse d'après la seule manière de marcher. Pour nous, ce qui nous intéresse le plus dans les conditions en question, c'est précisément l'augmentation de la lordose lombaire ou, en d'autres termes, l'augmentation du poids, c'est-à-dire, de la force qui agit sur le corps de la cinquième lombaire. Dans les conditions normales, la vigueur des systèmes osseux, musculaire et ligamenteux suffit pour la compensation de pareilles fatigues lorsqu'elles sont passagères, comme du reste chacun l'a vu chez la plupart des femmes qui, après des grossesses et des accouchements multiples, n'ont subi aucune altération physique.

Mais, les conditions exceptionnelles susdites étant données, voici ce qui arrive :

La femme se mettra instinctivement elle-même dans les conditions les plus favorables à la déformation de son corps et sans pouvoir en donner une raison suffisante, seulement parce qu'elle s'y sent mieux à son aise. Au lieu de tâcher de se tenir droite et de garder son équilibre par une flexion des genoux, elle s'abandonne jusqu'aux dernières limites de la mobilité des articulations entre la quatrième lombaire et la base du sacrum, en augmentant la flexion normale de cette région de l'épine dorsale due à l'action du poids du tronc. Les ligaments, les muscles également affaiblis n'opposant plus une résistance suffisante, tout le poids du corps vient presser sur l'os.

En raison de la dislocation du centre de gravité, la tendance à pousser la cinquième lombaire en avant et en bas s'accroît de plus en plus. La fixité des apophyses articulaires inférieures dans les articulations lombo-sacrées ne permettant guère cette dislocation, il doit en résulter une élongation antéro-postérieure et un glissement de la moitié antérieure de la cinquième lombaire en avant du sacrum, que la fracture des portions interarticulaires de l'arc ait eu lieu ou non. Voilà donc de quelle manière opèrent les forces, sur le bassin, pour produire un glissement vertébral et, par suite, un changement caractéristique spondylo-

listhésique de la forme du bassin. La déformation n'est pas toujours également prononcée dans les différentes pièces, c'est-à-dire le degré du glissement, son développement plus ou moins rapide, l'âge, la santé générale, les occupations, le nombre des grossesses de l'individu, toutes ces circonstances sont de la plus grande influence sur le degré même du glissement et de la déformation pelvienne; voilà pourquoi les changements observés dans les différentes pièces anatomiques montrent une si grande variété. Si le glissement se produit rapidement et dans un âge où le bassin est déjà complètement développé et conformé, les os étant alors plus résistants, les changements spondylolisthésiques seront relativement moins prononcés que dans des conditions contraires. Plus l'individu sera jeune, plus le glissement se produira rapidement et plus la spondylolisthesis atteindra un plus haut degré de développement.

Tels sont les caractères typiques observés par les auteurs, spécialement Neugebauer, et que nous décrivons aujourd'hui.

Ayant expliqué la nature du glissement vertébral, il nous faut prouver que tous les changements de forme offerts par le bassin spondylolisthésique ne sont que la suite du glissement de la colonne lombaire.

Le glissement ne change pas seulement la position relative de la cinquième lombaire et du sacrum, mais il y produit une série de modifications secondaires de grande importance. La courbure normale (lordose) lombaire augmente, les os du bassin changent de position et se déforment. Toute la forme du bassin est modifiée de façon qu'elle ressemble au bassin d'un individu avec cyphose lombaire ou lombo-sacrée. Mais revenons d'abord au glissement de la cinquième lombaire et à l'inclinaison de la colonne vertébrale lombaire sur le sacrum.

Si l'on jette un regard sur les coupes antéro-postérieures des différents bassins spondylolisthésiques, on perçoit une grande variété de modifications, de degrés de déformation: quelquefois la cinquième lombaire ne dépasse que très peu le bord du promontoire, une autre fois, par extension plus considérable, elle est plus avancée et s'incline déjà vers l'entrée du bassin; — d'autres fois enfin, elle semble tomber, pour ainsi dire, tout à fait dans l'excavation pelvienne; dans ces derniers cas, le corps de la cinquième lombaire se met en rapport avec la surface antérieure du sacrum, une partie de la colonne lombaire est plongée dans le petit bassin. Plus le degré d'olisthesis sera avancé, plus on trouvera d'altérations et de déformations osseuses secondaires.

Nous laisserons de côté la déformation de la cinquième lombaire, dis-

cutée déjà à propos de l'anatomie pathologique. Par suite du glissement, les surfaces de contact de la cinquième lombaire et de la première sacrée sont plus ou moins déformées. Le bord antéro-inférieur de la cinquième lombaire est, comme dans notre pièce, aplati, déformé, souvent avec traces d'usure, même comme enfoncé dans la surface inférieure de la première pièce du sacrum (?). La surface articulaire de la première sacrée est souvent lisse, aplatie, comprimée ou creusée en forme d'enselure transversale ou bien elle se trouve fortement inclinée en avant, de façon que le corps de la première sacrée représente la forme d'un prisme triangulaire, à base dirigée en arrière. Les déformations des première sacrée et cinquième lombaire correspondent nécessairement les unes aux autres.

Quoique les variétés de forme de la cinquième lombaire soient infinies, elle conserve néanmoins toujours le même caractère général uniforme de configuration (*dolichospondylus*). Comme dans notre bassin, on trouve souvent des synostoses entre les corps vertébraux, les apophyses articulaires, transverses, épineuses, entre les arcs, ossification des ligaments, nœuds osseux et ostéophytes.

Près du bord antérieur de la première sacrée, on trouve quelquefois un épaississement du tissu osseux et des néoplasmes osseux désignés sous le nom d'apophyses de soutien de Kilian; le tissu osseux s'épaissit là où il y a une pression plus forte, et, dans d'autres points, on trouve un amincissement atrophique du tissu spongieux. Toutes ces altérations secondaires peuvent se rencontrer ou non, cela ne dépend que des circonstances de développement du glissement, qui peuvent plus ou moins aggraver les désordres. En même temps, se développent, sur les autres os, les changements qui font ressembler le bassin spondylolisthésique au bassin cyphotique.

Selon Neugebauer, ces caractères ne sont pas tout à fait constants. Etant donnée l'origine de l'affection, dit-il, la déformation du bassin devrait suivre une marche en sens inverse, dans le sens du bassin aplati ou rétréci par une luxation double fémoro-iliaque. Ces bassins sont caractérisés, comme on le sait, par une inclinaison exagérée, l'enfoncement du sacrum en avant, par le rapprochement des parties supérieures des os iliaques et un agrandissement transversal du détroit inférieur. Ces caractères sont, d'après Neugebauer, inverses de ceux du bassin cyphotique; c'est principalement dans les degrés moyens de la spondylolisthésis, pour ainsi dire, que le type du bassin spondylolisthésique

répond à celui du cyphotique, tandis que cette ressemblance n'existe pas encore dans les degrés de début du glissement et qu'elle tend à disparaître de nouveau dans les cas de déformation exagérée. Cela s'explique par le mécanisme de la transformation.

Retournons pour un moment aux lois de la statique de l'équilibre du corps. Dans les conditions normales pendant la station debout, le centre de gravité du tronc ne passe point par la ligne bicotyloïdienne des fémurs, mais par un plan vertical situé un peu en arrière de cette ligne, comme l'a démontré H. Meyer, de façon que le bassin s'inclinerait en arrière sous le poids du tronc, s'il n'était pas sous-maintenu ou suspendu par la tension des ligaments iléo-fémoraux, les plus forts ligaments du corps humain.

Mais, que se passe-t-il dans l'individu affecté de spondylolisthesis ?

Nous avons déjà exposé le changement d'action et de direction des forces qui résulte de l'augmentation du poids de la partie supérieure du tronc dans des conditions spéciales. Ces changements physiologiques provoquent le glissement, par suite duquel le centre de gravité doit avancer lui-même de plus en plus, puisque c'est la moitié antérieure de la cinquième lombaire qui porte tout le poids susjacent. Le tronc, ou mieux, tout le corps, a donc une tendance à se renverser en avant, et il tomberait, en réalité, si d'autres forces ne ramenaient le centre de gravité, au-dessus de la base de sustentation, à sa place normale.

La nature emploie deux moyens pour rétablir l'équilibre, dans ces cas, en compensant la dislocation en avant du centre de gravité. Ces moyens sont :

1° Lordose compensatrice lombaire ;

2° Diminution de l'inclinaison du bassin, la dernière n'étant possible que si les ligaments iléo-fémoraux sont relâchés.

Cet effet se produit par la flexion des fémurs et par leur rotation en dedans, qui est en même temps la cause de la démarche extraordinaire des individus à faible inclinaison du bassin ; il semble qu'ils portent quelque fardeau devant eux. Grâce à ces facteurs de compensation, l'équilibre se rétablit dans la spondylolisthesis, les conditions mécaniques étant les mêmes que pour le bassin normal.

Dans le bassin normal, le poids du tronc est transmis directement à la base du sacrum par l'intermédiaire de la colonne lombaire, tandis que dans le bassin spondylolisthésique, le poids n'est plus transmis à la base du sacrum, mais à sa partie antérieure et supérieure, grâce à la di-

minution de l'inclinaison du bassin et au glissement de la cinquième vertèbre qui repousse la base du sacrum en arrière. Comme le sacrum est attaché par ses bords latéraux aux os iliaques, il doit, sous l'influence de la cinquième lombaire, osciller ou subir un mouvement de rotation sur son axe transversal, de façon que le promontoire recule en arrière, tandis que la pointe du sacrum est emportée en avant et en haut. Ce changement de direction du sacrum est accompagné souvent, en outre, d'une modification de sa forme.

Par la rétropulsion de la première sacrée, effet du glissement de la première lombaire en avant de la première sacrée, la concavité transversale du sacrum se trouve augmentée. D'autre part, par suite du mouvement de la base du sacrum en arrière, les apophyses épineuses deviennent plus saillantes, de façon qu'elles peuvent même dépasser en arrière les épines iliaques postéro-supérieures. De même, cette rétropulsion du corps de la première sacrée, aplatit souvent le canal sacré au niveau de cette vertèbre.

La courbure verticale du sacrum est diminuée ; selon Neugebauer, le coccyx continue, pour ainsi dire, le plan de la surface antérieure du sacrum. Donc, la flexion normale du sacrum n'existe plus, puisque, par suite de la rotation de l'os autour de son axe vertical, la pointe en avant, la base en arrière, les ligaments sacro-sciatiques et tubéro-sacrés n'exercent plus leur influence habituelle. Dans d'autres cas, on trouve une flexion du sacrum fort accentuée, ce qui résulte de ce que l'individu a été forcé de conserver pendant longtemps la position assise alors que la rotation du sacrum était déjà accomplie.

(A suivre).

---

ÉTUDE SUR UN POINT DE L'ANATOMIE DU PLACENTA  
CHEZ LES FEMELLES DE RAT BLANC

12

Par **Henri CHATELLIER**,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,  
Aide préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté.

*Technique.* — Les descriptions qui vont suivre sont faites d'après des coupes de placenta de femelles de rats blancs. Les animaux, au voisinage du terme de la gestation, ont été sacrifiés au moyen du chloroforme. Chez ces animaux, la mort arrive presque sans période d'excitation, circonstance qui met à l'abri des apoplexies placentaires, etc., etc.

Aussitôt après la mort de l'animal, les utérus sont enlevés avec précaution de la cavité abdominale et portés dans un bocal rempli d'alcool faible. Cet alcool est changé toutes les vingt-quatre heures pendant une semaine. Les utérus sont alors ouverts avec des ciseaux, et les placentas sont détachés *avec la portion de la paroi utérine sur laquelle ils sont implantés* et aussitôt mis dans un bocal d'alcool à 90°.

Durcissement des pièces à la *celloïdine*. !!!

Les coupes sont faites avec le plus grand soin, de telle façon qu'elles comprennent :

- a. Toute l'épaisseur du placenta ;
- b. Toute l'épaisseur de la paroi utérine correspondante.

Elles sont faites perpendiculairement à la surface placentaire et à la surface utérine.

Coloration au picro-carmin et montage des pièces dans la glycérine picriquée.

Examen à un faible grossissement :

Ocul. 1 ; obj. 4, Hartnack ; *tube tiré*.

A un faible grossissement, la pièce étant orientée de telle sorte que l'image apparaisse : la paroi utérine du côté de l'observateur et le placenta en avant.

Mon Cher Marie

Je vous ferets ce que le journal a  
publié sur mon travail incomplet  
d'ailleurs. Je ne vois pas la figure qui  
était faite à mon mémoire, et puis  
enfin il ya le mot celloïdine !!!

Veuillez excusez mon cher Marie,  
le peu que je vous fais parvenir; j'en ai  
pu trouver autre chose.

Je vous prie d'agréer l'hommage  
de tout mon respect

A. Viret



MEMORANDUM FOR THE RECORD

DATE: \_\_\_\_\_

TO: \_\_\_\_\_

FROM: \_\_\_\_\_

SUBJECT: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

17. \_\_\_\_\_

18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

21. \_\_\_\_\_

22. \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_

24. \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_

27. \_\_\_\_\_

28. \_\_\_\_\_

29. \_\_\_\_\_

30. \_\_\_\_\_

31. \_\_\_\_\_

32. \_\_\_\_\_

33. \_\_\_\_\_

34. \_\_\_\_\_

35. \_\_\_\_\_

36. \_\_\_\_\_

37. \_\_\_\_\_

38. \_\_\_\_\_

39. \_\_\_\_\_

40. \_\_\_\_\_

41. \_\_\_\_\_

42. \_\_\_\_\_

43. \_\_\_\_\_

44. \_\_\_\_\_

45. \_\_\_\_\_

46. \_\_\_\_\_

47. \_\_\_\_\_

48. \_\_\_\_\_

49. \_\_\_\_\_

50. \_\_\_\_\_

51. \_\_\_\_\_

52. \_\_\_\_\_

53. \_\_\_\_\_

54. \_\_\_\_\_

55. \_\_\_\_\_

56. \_\_\_\_\_

57. \_\_\_\_\_

58. \_\_\_\_\_

59. \_\_\_\_\_

60. \_\_\_\_\_

61. \_\_\_\_\_

62. \_\_\_\_\_

63. \_\_\_\_\_

64. \_\_\_\_\_

65. \_\_\_\_\_

66. \_\_\_\_\_

67. \_\_\_\_\_

68. \_\_\_\_\_

69. \_\_\_\_\_

70. \_\_\_\_\_

71. \_\_\_\_\_

72. \_\_\_\_\_

73. \_\_\_\_\_

74. \_\_\_\_\_

75. \_\_\_\_\_

76. \_\_\_\_\_

77. \_\_\_\_\_

78. \_\_\_\_\_

79. \_\_\_\_\_

80. \_\_\_\_\_

81. \_\_\_\_\_

82. \_\_\_\_\_

83. \_\_\_\_\_

84. \_\_\_\_\_

85. \_\_\_\_\_

86. \_\_\_\_\_

87. \_\_\_\_\_

88. \_\_\_\_\_

89. \_\_\_\_\_

90. \_\_\_\_\_

91. \_\_\_\_\_

92. \_\_\_\_\_

93. \_\_\_\_\_

94. \_\_\_\_\_

95. \_\_\_\_\_

96. \_\_\_\_\_

97. \_\_\_\_\_

98. \_\_\_\_\_

99. \_\_\_\_\_

100. \_\_\_\_\_

On observe une ligne qui part d'une des extrémités de la coupe et que l'on peut suivre jusqu'à l'autre extrémité.

Cette ligne est plus foncée que le reste de la coupe et a fixé d'une façon beaucoup plus intense le carmin; elle apparaît donc en *rouge foncé*.

Ses deux extrémités commencent en un point symétrique, sur chaque extrémité du diamètre placentaire suivant lequel est faite la coupe. On voit manifestement *la ligne foncée* commencer au-dessus du cul-de-sac que les vestiges de la caduque *réfléchie* forment avec la caduque utérine encore revêtue de l'épithélium, dont les caractères normaux subsistent presque entièrement.

*La ligne foncée* est séparée de la caduque réfléchie par quelques cellules fusiformes munies d'un noyau et possédant les caractères des corpuscules du tissu conjonctif à l'état adulte (corps fibro-plastiques). Ces corpuscules se trouvent en assez grand nombre au niveau de l'éperon rentrant que forment les deux caduques. Quelques-uns se rencontrent (en nombre variable suivant la coupe) au-dessous de la *ligne foncée*.

Plus, vers le milieu de la préparation, la *ligne foncée* se trouve en rapport :

*a.* D'un côté (du côté de la paroi utérine, en bas), avec les faisceaux de fibres musculaires lisses de la paroi utérine, immédiatement sous-jacents à la caduque serotine. Elle n'est séparée de ces faisceaux de fibres musculaires que par les corps fibro-plastiques déjà signalés.

*b.* De l'autre côté (côté du placenta, en haut), avec la couche épaisse de cellules épithéliales appartenant au placenta et séparant la *ligne foncée* des origines des capillaires placentaires.

Plus loin encore, vers le centre de la pièce, elle est en rapport :

*a.* Du côté de l'utérus, avec une couche épaisse de cellules épithéliales d'une nature spéciale et sur laquelle je n'ai pas à m'expliquer ici ;

*b.* Du côté placentaire avec la couche de cellules épithéliales appartenant au placenta et déjà mentionnée.

Dans certaines préparations on voit la *ligne foncée* se prolonger sans interruption, d'une extrémité à l'autre ; dans d'autres préparations, elle est interrompue complètement. Entre ces deux cas, il est une série intermédiaire dans laquelle on voit la ligne, de très nette aux extrémités, devenir de plus en plus atténuée à mesure qu'on approche du centre de la pièce.

Les coupes, dans lesquelles la *ligne foncée* est continue, portent sur

une partie du placenta relativement voisine de la périphérie. Celles au contraire sur lesquelles la *ligne foncée* est interrompue, portent sur une partie relativement voisine du centre du placenta.

La *ligne foncée* présente une interruption d'autant plus étendue que la coupe est plus voisine de ce centre.

La *ligne foncée* se retrouve, avec les caractères généraux et les différences particulières qui viennent d'être rapportées, sur toutes les préparations que nous avons examinées, de telle sorte qu'on doit la considérer comme la coupe perpendiculaire d'un plan en forme de diaphragme d'instrument d'optique, plan situé parallèlement à la surface d'implantation du placenta.

Examen à un fort grossissement :

Oeul. 2; obj. 8, Hartnack; *tube tiré*.

La *ligne foncée* est manifestement composée d'éléments cellulaires. Ces éléments paraissent avoir une forme allongée dans le sens de la ligne. On leur distingue très manifestement un noyau allongé, légèrement ovoïde, granuleux, qui a fixé d'une façon très intense le carmin.

Le protoplasma cellulaire qui entoure le noyau est peu volumineux et coloré en jaune par l'acide picrique.

Les cellules étant très tassées les unes contre les autres, il en résulte qu'elles forment une bande de tissu compact, et c'est le grand nombre de noyaux fortement colorés qui, à un faible grossissement, donnaient l'image d'une *ligne plus foncée* que le reste de la préparation.

Les dimensions de ces cellules sont fort difficiles à déterminer, étant donné le peu de netteté de leurs contours. Le noyau, lui, au contraire, est très visible et a les dimensions suivantes : diamètre longitudinal de 15 à 20  $\mu$ , diamètre transversal de 7 à 10  $\mu$ .

Au voisinage de la périphérie du placenta, cette structure cellulaire est facile à constater ; mais il n'en est pas de même dans les parties voisines du centre, où l'aspect cellulaire a presque disparu. La ligne est alors constituée par une substance sans trace d'organisation et vaguement granuleuse.

Les éléments que nous venons de décrire présentent beaucoup de points de ressemblance avec les cellules épithéliales, et jusqu'à plus ample informé nous les considérons comme telles.

#### CONCLUSIONS.

1° Le système utéro-placentaire, chez les femelles de rat blanc, pré-

sente dans son épaisseur une couche épithéliale en forme de diaphragme dont la section perpendiculaire apparaît, sur les coupes fines colorées au picro-carmin, sous la forme d'une ligne de coloration d'un rouge plus foncé que le reste du tissu.

2° La signification de ce diaphragme n'est pas établie et appelle de nouvelles études.

---

## DILATATION DE LA CAVITÉ UTÉRINE PAR LA MÉTHODE DE VULLIET.

ACCIDENTS NERVEUX HYSTÉRIFORMES CONSÉCUTIFS.

Par le **D<sup>r</sup> SABAIL** (de Saint-Sauveur).

---

Le 15 mars 1886, je fus appelé par mon ami **Duplan** à examiner M<sup>me</sup> C..., de Tarbes, qu'il voyait comme moi pour la première fois. Cette dame, issue d'une famille où il nous fut impossible de découvrir le moindre vice diathésique, a joui elle-même d'une excellente santé jusqu'en 1883. Dès cette époque, à l'âge de 37 ans, apparurent des phénomènes inattendus qui vinrent troubler son état général : menstruations irrégulières d'abord, puis abondantes et prolongées, flux leucorrhéique intercalaire, douleurs sourdes dans la région abdominale, fatigues insolites, affaiblissement graduel, etc., l'engagèrent à consulter un officier de santé de la localité. Je passe sous silence le traitement, au moins étrange, qui fut institué, traitement qui permit à tous les symptômes de s'aggraver et au mal de faire des progrès. En effet, rien de plus saisissant, au moment de l'examen, que l'état de délabrement physique de M<sup>me</sup> C... Elle résumait tous les symptômes de la cachexie : teinte subictérique, amaigrissement, muqueuses décolorées, troubles gastriques, souffle cardiaque, chaleur des téguments, pouls à 100°, etc. J'avoue qu'après ces constatations, je conçus sur-le-champ l'idée d'un néoplasme de nature maligne. Je procédai aux recherches locales et je pus facilement circonscrire, par le palper abdominal, une tumeur arrondie, dure, qui remontait à 4 centimètres au-dessus du pubis. En explorant simultanément la cavité vaginale, je reconnus que cette tumeur

était constituée par l'utérus en antéversion presque complète. La paroi antérieure comblait les deux tiers du conduit vaginal. Le cathéter fut introduit avec aisance et sans rencontrer d'obstacle jusqu'à la neuvième division. Il jouait librement dans la cavité utérine dilatée. La tumeur siégeait donc dans la paroi antérieure ; restait à déterminer quelle était sa nature.

C'est alors que je fis part au D<sup>r</sup> Duplan de la publication faite par le D<sup>r</sup> **Béatrix** dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* et que je le priai, pour expérimenter ce nouveau procédé, d'admettre M<sup>me</sup> C... dans son service à l'hôpital. Il accéda à mes désirs avec une complaisance dont je le remercie.

Installée à l'hôpital le 18 mars 1886, M<sup>me</sup> C... fut soumise, pendant les quatre premiers jours, aux irrigations antiseptiques chaudes de sublimé au 1/1000<sup>e</sup>.

23 mars. Position genu-pectorale : introduction d'une valve de Sims ; impossible d'atteindre le col, la cavité vaginale étant obstruée par la paroi antérieure de l'utérus. Position régulière de la pratique française : introduction d'un spéculum de Ricord ; abaissement et fixation du col par une érigne ; dilatation immédiate avec le dilatateur à trois branches de Huguier. — Séance tenante, introduction dans la cavité utérine de quatre petits tampons trempés dans une solution d'éther iodoformé au 1/10<sup>e</sup>. Repos au lit.

Le 24. Agitation nerveuse. Insomnie. Pas de douleurs. T. 37°,5 ; P. 110.

Le 25. Introduction d'une grosse tige de laminaria. Dans la soirée et la nuit, mêmes phénomènes nerveux que la veille. T. 37°,9 ; P. 110.

Le 27. Introduction de six tampons gros comme des noisettes. T. 38° ; P. 110. La soirée et la nuit qui suivent sont marquées par une inquiétude extraordinaire, de l'insomnie et des nausées. La peau est brûlante.

Le 28. Même état que la veille. T. 38°,5 ; P. 120. Irrigation au sublimé, des cavités utérine et vaginale jusqu'à ce que le liquide ressorte avec sa couleur normale. Repos jusqu'au 1<sup>er</sup> avril.

Le 30. Même agitation nocturne et diurne. Mais les nausées ont disparu avec la chute de la fièvre que j'attribue à une légère absorption septicémique et dont l'antiseptie a eu raison. T. 37°,2 ; P. 100.

1<sup>er</sup> avril. Introduction de tampons un peu plus gros, au nombre de 8. Pendant les trois jours qui suivent, et bien que les tampons soient relevés au bout de vingt-quatre heures, l'anxiété et l'agitation sont extrêmes. Il survient des phénomènes hystérisiformes, pleurs et rires sans motifs, spasme de l'œsophage ; la peau est brûlante, et néanmoins la température se maintient à 37°,8 ; le pouls à 110.

Le 4. Même situation. J'introduis huit tampons un peu plus gros que les précédents, qui sont retirés dans la soirée du 5 avril. Léger suintement séro-sanguinolent par l'orifice externe ; irrigation prolongée de la cavité utérine.

Le 6. Toujours même série de symptômes nerveux. T. 37°,9 ; P. 100. Je renouvelle le même nombre de tampons, qui sont maintenant gros comme de petites noix.

Cette fois la scène change. L'excitation devient telle que la malade ne peut plus se tenir au lit; elle se plaint de crampes violentes, de névralgies cervico-occipitales, de nausées, etc. La peau est chaude et anesthésiée sur plusieurs points des membres inférieurs. Endolorissement pelvien; sensibilité exquise du col qui paraît quelque peu enflammé. La température, néanmoins, se maintient à 37°,9 et le pouls à 110.

En présence de symptômes aussi accusés, peu rassuré sur l'innocuité d'une méthode toute récente, obligé d'ailleurs de quitter ma malade pour effectuer une longue absence, je n'hésite pas à retirer les tampons, le 7 avril, avec l'intention formelle de ne pas les renouveler. J'avais, du reste, obtenu une dilatation d'environ 5 centimètres, très suffisante pour bien explorer la cavité. Je pus, en effet, m'assurer à l'aide du doigt introduit dans l'utérus abaissé, qu'une tumeur du volume d'une mandarine était comprise dans la paroi antérieure et qu'il n'y avait sur la muqueuse utérine aucune dégénérescence ni aucune production sarcomateuse. Le volume, la forme régulière, la consistance de la tumeur, les symptômes subjectifs militaient également en faveur de l'idée d'un fibrome interstitiel. Ainsi fut établi le diagnostic.

J'ai manqué peut-être de sang-froid en n'exécutant pas immédiatement l'énucléation du néoplasme. Mais, outre que l'état général de M<sup>me</sup> C... me rassurait peu, que je me débattais aussi dans l'inconnu, j'avais à considérer l'influence parfois heureuse de la ménopause, après laquelle les malades vivent souvent en paix avec leur ennemi. C'est pourquoi je me bornai à conseiller l'usage régulier de l'ergot et l'alimentation tonique, avec la réserve de compléter plus tard le traitement par l'application de courants électriques.

De retour à Tarbes trois mois après, j'ai trouvé M<sup>me</sup> C... sensiblement améliorée. Néanmoins, elle ne s'est pas conformée aux prescriptions formulées pour elle à sa sortie de l'hôpital. Les ménorrhagies qui se sont reproduites deux fois ont été moins abondantes. Petit à petit, les fonctions gastriques s'accomplissant mieux, elle a repris des forces et de l'embonpoint. Les phénomènes nerveux provoqués par la dilatation se sont assoupis graduellement dans l'espace de quinze jours.

Si j'envisage cette observation au point de vue opératoire, je suis obligé de reconnaître que la méthode n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire. Dans le cas de grosses tumeurs ou de fortes déviations, il faut posséder un outillage assez complet soit de valves de Sims, soit de valves séparées de plusieurs dimensions, si on ne veut pas s'ex-

poser à des lenteurs ou à des manœuvres préjudiciables et pénibles pour les malades. D'un autre côté, la position genu-pectorale qui, d'une manière générale, constitue la position de choix, ne saurait convenir d'une façon constante. Mais ce que je tiens surtout à signaler, ce sont les ennuis qui surviennent quelquefois pour faire pénétrer dans la cavité utérine les tampons préalablement introduits dans le canal cervical. J'avais bien lu dans le travail de M. le Dr Bétrix qu'il suffisait de les pousser avec une tige résistante. Rien de plus simple. — En pratique c'est autre chose. Une même tige rigide ne peut s'adapter aux différents diamètres de la dilatation, et, s'y adapterait-elle, qu'elle ne peut suffisamment combler un canal élastique pour chasser devant elle un corps arrondi, susceptible de tassement. Aussi arrive-t-il souvent que la tige passe entre le tampon et la paroi cervicale. D'où, nécessité de renouveler cette manœuvre. Pour obvier à cet inconvénient, je crois qu'il serait nécessaire de construire une tige qui put saisir et conduire le tampon jusque dans la cavité utérine et l'abandonner ensuite au bout de sa course à l'aide d'un ressort adapté à cet effet. Ce simple perfectionnement aurait, à mon avis, l'avantage de supprimer une des difficultés les plus sérieuses de la méthode du professeur **Vulliet**.

Les séances nécessaires pour obtenir une bonne dilatation, au nombre de 5, dans l'espace de quinze jours, me paraissent concorder avec la pratique de l'éminent chirurgien de Genève. La dilatation préalable avec une tige de laminaria creuse, sans danger bien reconnu, a l'avantage de beaucoup faciliter l'introduction des tampons. Elle doit donc faire partie de la méthode et non pas être considérée comme secondaire. Je n'en dirai pas autant de la dilatation brusque avec un instrument métallique. Elle expose à des déchirures et fait plus ou moins souffrir. Il sera sage de la réserver pour les interventions où la rapidité d'exécution pourra être une garantie du succès.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans l'observation de M<sup>me</sup> C..., c'est la forme hystérique des phénomènes nerveux coïncidant avec une élévation constante de 1 degré de température. A part les légers accidents septicémiques qui l'ont fait monter jusqu'à 38°,5, tandis que le pouls battait 115 pulsations, on ne peut guère considérer une température variant entre 37°,5 et 37°,9 avec un pouls constant à 110, comme des signes de fièvre essentielle. Il n'y a eu en effet ni soif, ni frissons, ni céphalée, ni défervescence. Tous les symptômes, tels que peau brûlante au toucher, ascension thermométrique à peu près uniforme,

névralgies, contractures, anesthésie, se rapportent à ce que nous savons de la fièvre hystérique. Je veux bien que M<sup>me</sup> C..., par l'appauvrissement de son organisme à la suite d'hémorrhagies profuses, fût plus exposée qu'une autre à des désordres nerveux. Je veux admettre aussi que les tampons, que j'ai eu le tort d'employer humides et non secs, comme le recommande M. Bétrix, aient pu contribuer au développement intense de ce nervosisme ; peut-être même en être une des causes premières. Mais n'y a-t-il pas un rapprochement à faire entre cet état et celui des femmes en travail pendant la période de dilatation ? Ne faudrait-il pas attribuer au fait même de la dilatation du col la majeure partie des symptômes que je viens de relater ? Dans l'accouchement, pendant la période de dilatation, la femme est inquiète, agitée, anxieuse ; elle ne peut tenir en place et éprouve des douleurs dont elle ne comprend pas la signification, jusqu'à ce que l'orifice soit complètement dilaté. Qui sait si dans le cas particulier qui m'occupe, les crises hystéroides n'auraient pas cédé, si j'avais poussé l'expérience jusqu'à vaincre la résistance du col ? Le D<sup>r</sup> Vulliet, qui a répété un grand nombre de fois cette opération, n'a pas eu, il est vrai, de faits analogues à rapporter. Je ferai remarquer, toutefois, qu'il signale comme constants, au début, les symptômes d'inquiétude et l'élévation de la température. S'il a eu une série heureuse, il est bon cependant qu'on soit prévenu de ce qui peut arriver. M<sup>me</sup> C... n'est pas évidemment une malade unique.

La diminution notable des ménorrhagies consécutive à l'application des tampons s'explique par l'action mécanique qu'ils exercent sur les vaisseaux de la muqueuse et les modifications qu'ils font subir à la vitalité de cette membrane. Le D<sup>r</sup> **Bantock** n'a-t-il pas conseillé l'usage de l'éponge préparée dans certains cas de métrorrhagie ?

Cet exemple prouve que la dilatation de la cavité utérine, par la méthode de M. le professeur Vulliet, ne peut être appliquée à tous les cas avec une innocuité absolue. Il peut survenir des accidents nerveux, septicémiques et inflammatoires assez sérieux, soit pour alarmer l'opérateur, soit pour nécessiter un plus long intervalle entre chaque séance. Un autre inconvénient résulte de la variété des instruments dont on est susceptible de se servir au préalable : sonde utérine, bougie urétrale, sonde à lavage utérin, dilatateur à trois branches, etc. On utilise, dit le D<sup>r</sup> Bétrix, ce que l'on a sous la main, en augmentant peu à peu le volume de l'instrument et en choisissant pour chaque cas particulier ce qui s'adaptera le mieux aux dimensions et à la forme tortueuse ou recti-



ligne du canal cervical. — C'est trop exposer le chirurgien à des tâtonnements. Il me semble qu'une tige de laminaria creuse, de petites dimensions, assurément aussi inoffensive que les instruments métalliques, doit suffire toujours à cet acte préliminaire. J'ai déjà dit pour quelles raisons il était nécessaire de construire un instrument spécial, applicable à chaque épreuve, pour porter et abandonner les tampons dans la cavité utérine.

Pour rendre la méthode de Vulliet simple, à la portée de tous, il faut donc, à mon avis, armer le chirurgien d'un outillage spécial, aussi restreint que possible.

Son innocuité ne peut être que relative. Les chances de succès sont d'autant plus grandes qu'on se soumet avec plus de rigueur aux règles de l'antisepsie pendant toute la durée de l'opération. Dans ces conditions, cette méthode est certainement appelée à rendre de réels services aux gynécologues, soit pour confirmer un diagnostic, soit pour agir directement sous le contrôle de la vue dans un très grand nombre d'affections utérines.

## UN CAS DE CANCER PRIMITIF DU COL DE L'UTÉRUS

TRAITÉ SELON LA MÉTHODE DU PROFESSEUR VULLIET.

### CICATRISATION COMPLÈTE DE L'ULCÉRATION

**Par A. WISARD**

Assistant du service de polyclinique.

14

Le 26 avril dernier, M. le professeur Vulliet avait, outre ses assistants et ses élèves, réuni à la Polyclinique quelques médecins afin de leur montrer un cas de cancer utérin traité selon sa méthode et complètement cicatrisé. C'est la quatrième fois depuis un an que M. Vulliet obtient ce résultat. L'une de ces malades a déjà été présentée au mois d'octobre dernier à la *Société médicale de Genève*.

Voici l'observation de celle qui a fait le sujet de la démonstration du 20 avril.

Mme W... (Marie), née en 1837, mariée en 1862, est accouchée en 1862, 1865, 1869 et 1874. Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Il y a trois ans elle fut prise pendant neuf jours d'une hémorrhagie très abondante qui parut marquer le début de la ménopause, car la malade fut ensuite deux mois sans perdre de sang, puis elle eut ses règles normales. Après un second arrêt de quatre mois elle aperçut une dernière fois des règles de durée et d'abondance habituelles, puis les écoulements sanguins cessèrent complètement jusqu'au mois de novembre 1885 où commença une hémorrhagie profuse qui dura six semaines.

En janvier, Mme W... commence à perdre des liquides jaunâtres et fétides, elle consulta son médecin qui lui fit, avec le thermocautère, une cautérisation énergique et complète, et plus tard l'adressa au professeur Vulliet. Elle vint le consulter au commencement de février.

C'est une petite femme maigre, pâle, très anémiée; à l'examen au spéculum on trouve une ulcération infundibuliforme ayant envahi tout le pourtour de l'orifice externe. Cette ulcération mesure dans son diamètre bilatéral 18 millim. et dans le diamètre antéro-postérieur 21 millim., les parois de l'ulcère sont anfractueuses et recouvertes de sécrétions sanieuses et de tissus désagrégés. De l'ulcération principale part une ulcération plus superficielle, n'intéressant que la muqueuse, en forme de fer à cheval allongé, recouvrant toute la partie médiane de la lèvre antérieure et atteignant même par sa convexité la paroi vaginale.

M. Vulliet avait déjà observé et signalé, sur d'autres malades, de semblables ulcérations serpiginieuses et superficielles, formant des festons à la périphérie d'ulcérations cancéreuses profondes. Ces extensions, quand même elles siègent sur le côté du col qui regarde le vagin, échappent souvent à l'examen; à plus forte raison lorsqu'elles se trouvent profondément cachées dans l'intérieur de la cavité utérine. Elles ne peuvent être constatées qu'une fois l'utérus largement dilaté et lorsqu'une bonne lumière éclaire ses parois.

M. Vulliet commença la dilatation par un raclage minutieux.

Le raclage débarrasse l'entrée de l'utérus des tissus mortifiés et facilite l'introduction des premiers tampons; il nous fournit des particules pour l'examen microscopique et il permet de voir comment se comporte la surface raelée, ce qui est très important à observer au point de vue du diagnostic, car la façon dont le cancer repullule sur place est tout à fait pathognomonique.

Cinq tamponnements suffirent pour rendre la cavité utérine visible jusqu'au fond : Mme W..., pendant ce temps, allait et venait en ville sans en ressentir le moindre inconvénient.

Quand la cavité fut ouverte, on constata que l'ulcération remontait jusqu'à une hauteur de 3 centim. dans l'intérieur de l'utérus ; ses limites supérieures dépassaient la portion libre du col, mais la perte de substance était peu profonde.

La malade entra à la Clinique particulière de M. Vulliet et fut opérée le 22 février.

Une fois l'anesthésie complète, l'ulcération fut raclée avec une grande curette, puis avec une petite, enfin avec l'ongle. Le grattage ne fut cessé qu'après qu'il eut amené de tout le pourtour de la paroi des fibres musculaires normales. M. Vulliet prétend qu'après les raclages les plus complets avec la curette tranchante, l'ongle peut toujours enlever 4 à 5 gr. de tissu malade enfoui dans des anfractuosités ou des interstices où l'instrument aveugle ne pénètre pas.

Sur cette surface, une dizaine de petits cautères actuels pleins furent éteints. Le lendemain la cavité fut tamponnée avec des tampons imbibés d'une solution saturée de chlorure de zinc, qui furent retirés le 25 février au matin.

Les eschares étaient très sèches et très épaisses, la malade se rendit à l'hôpital Rothschild pour les convalescents.

Elle revient le 14 mars.

Toutes les eschares sont tombées, la cavité utérine s'est contractée ; on ne voit qu'un entonnoir élargi à sa base par la perte de substance, les parois sont lisses et présentent un aspect excellent. Il s'était déjà opéré une rétraction, car les proportions de cet entonnoir n'étaient que la moitié de celles du cratère existant avant l'opération. Mme W... vint à la consultation régulièrement deux fois par semaine.

Une fois la malade dans la posture genu-pectorale et le périnée soulevé par une large valve de Sims, on pouvait inspecter toute l'étendue de la cavité utérine. Cette cavité se rétracta graduellement, mais grâce à l'introduction de petits tampons placés à demeure dans le segment inférieur, on put maintenir celui-ci suffisamment ouvert pour continuer à voir jusqu'au fond de la matrice. Cette inspection permit de découvrir à trois reprises des foyers de repullulation d'où auraient certainement procédé des récidives, si on se fût contenté d'une opération sans contrôle consécutif.

*Parmi les avantages de la méthode de dilatation de M. Vulliet, celui de rendre possible un pareil contrôle est peut-être le principal.*

Dans le cas de Mme W... les bourgeons suspects, les festons serpigineux furent énergiquement touchés au fer rouge jusqu'à ce qu'ils fussent remplacés par un bourgeonnement normal.

La cicatrisation se fit graduellement, elle était complète le 22 avril, mais, en même temps que se produisait la cicatrisation, les parois utérines se soudaient et la cavité se fermait. Actuellement l'utérus forme un organe plein.

Cette femme n'a plus de règles : l'occlusion de l'utérus est donc sans inconvénient chez elle.

L'utérus se ferme quelquefois spontanément sous l'influence de l'involution des organes génitaux qui suit la ménopause; toutefois, l'occlusion qui s'est produite dans le cas de Mme W... diffère de l'occlusion spontanée qui survient chez les femmes âgées en ce que la fusion des parois est plus intime et qu'on ne voit plus l'infundibulum d'entrée, le segment inférieur forme un cône compact homogène sans trace d'orifice externe.

Si l'occlusion de la matrice survenait chez une femme encore réglée, l'hématomètre nécessiterait une intervention; il faudrait ou faire un canal cervical artificiel ou déterminer une ménopause prématurée.

M. Vulliet déclare qu'il opérerait pour la seconde alternative, car ces ouvertures pratiquées pour remédier à l'imperforation de la matrice se referment presque toujours et il y aurait en outre le danger de produire un traumatisme qui pourrait exciter à nouveau une prolifération maligne dont il est si rare de se rendre maître.

S'il lui arrivait de fermer la matrice chez une jeune femme, M. Vulliet ferait la castration.

MM. les professeurs Zahn, Redard et Jentzer, MM. les D<sup>rs</sup> Spiess, Oltramare et Gœtz ont examiné la malade et ils ont constaté avec nous que cette cicatrisation est parfaite.

Le col ne présente pas une grande déformation, il est diminué de volume. La perte de substance a surtout intéressé sa moitié gauche, tandis que sa périphérie est de couleur et d'aspect normaux, son centre est constitué par un tissu cicatriciel blanchâtre; ce qui frappe le plus la vue, c'est l'absence de tout sillon ou dépression indiquant la place ordinaire de l'orifice.

Par l'exploration bimanuelle on constate que l'utérus est diminué dans toutes ses dimensions.

Mme W... a repris des forces et son entrain, elle n'a plus aucune douleur et prétend se sentir mieux que jamais.

En résumé, nous avons un cas où le diagnostic *cancer* a été posé cliniquement par le premier médecin qui a vu la malade, puis par M. Vulliet; il a été confirmé par l'examen microscopique, par l'allure de l'affection, par la perte de substance finale et par les particularités de la cicatrisation. Mme W... réside à Genève, et il sera très facile de l'étudier dans la suite, de sorte que nous aurons en elle un sujet qui fournira des documents pour juger des effets lointains du traitement auquel elle doit pour le moment une guérison *locale* complète.

Examinée le 6 juillet, l'utérus est absolument sain; l'état général s'est encore considérablement amélioré. Mme W... prétend ne s'être jamais mieux portée.

Comme, depuis le dernier examen, l'utérus s'est encore atrophié davantage, le col ne fait plus aucune saillie dans le vagin, qui (le sujet étant dans le décubitus genu-pectoral) se présente sous l'aspect d'une cavité régulièrement ronde. La coloration blanche du tissu cicatriciel marque seule la place où se trouvaient le col et le cancer.

---

*Le Propriétaire-Gérant : FÉLIX ALCAN.*