

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE
DE LYON

Fondée le 10 Février 1881

TOME VINGT-SIXIÈME

1907

LYON
H. GEORG, LIBRAIRE
PASSAGE DE L'HOTEL-DIEU, 36-38

PARIS
MASSON & C^{ie}, LIBRAIRES
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1908

COMMUNICATION

SUR UN MONSTRE HUMAIN ADELPHOSITE

Par MM. JEAN JARRICOT et PAUL TRILLAT.

RÉSUMÉ (1)

Nous avons eu l'occasion d'étudier un monstre humain adelphosite. Nous allons exposer brièvement les résultats de la dissection à laquelle nous nous sommes livrés, puis jeter un coup d'œil d'ensemble sur la tératogénie des monstres de ce groupe.

DESCRIPTION DU MONSTRE

I. — Conformation générale.

Dans son ensemble (fig. 1), le monstre représente très exactement la moitié inférieure d'un fœtus humain normal (*hémisome, variété inférieure*), ou, en d'autres termes, un fœtus dont toute la partie du corps supérieure à l'ombilic aurait avorté.

Le poids du monstre est de 500 grammes, sa taille de 18 centimètres, son diamètre bitrochantérien de 10 cm. 7. D'une manière générale, les dimensions correspondent à celles relevées symétriquement sur la sœur jumelle, dont nous avons pu aussi faire l'examen. Si les circonférences horizontales des membres sont beaucoup plus considérables sur le parasite que sur l'autosite, cela tient, non pas à un développement exceptionnel des muscles, mais à l'œdème considérable qui distendait le tissu cellulaire sous-cutané. Cet œdème

(1) Voyez à ce sujet : Jean Jarricot et Paul Trillat, sur un Monstre humain d'un type douteux (hémisome inférieur) (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 1907) et aussi : Jean Jarricot et Paul Trillat, L'Hémisome, variété inférieure, in *Bibliographie anatomique*, 1907.

est de règle chez les omphalosites ; nous en verrons l'explication en faisant l'étude du système circulatoire.

Comme on peut le voir en se reportant à la radiographie grandeur nature que nous donnons dans notre travail, la disposition du squelette et de l'ossification est normale. Les

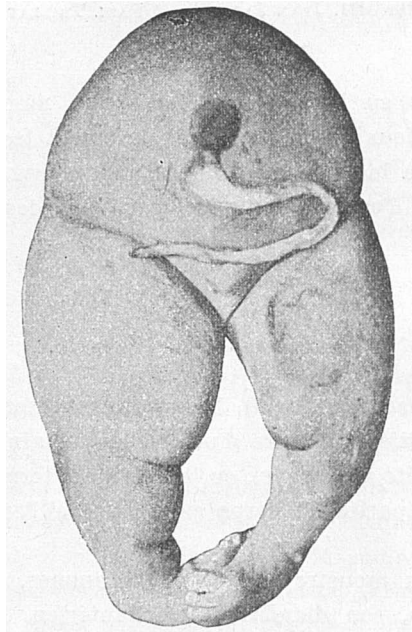


FIG. 1. — Hémisome (variété inférieure).
Aspect général du monstre, face antérieure).

segments osseux sont toutefois un peu moins développés chez le monstre que chez sa sœur jumelle ; ils sont, d'ailleurs, chez cette dernière, régulièrement développés pour l'âge de la grossesse (6 mois $1/2$), si l'on s'en rapporte aux chiffres de Hecker.

Vue de face, l'extrémité supérieure du parasite est arrondie régulièrement. Elle s'inscrit dans un demi-cercle de 47 millimètres de rayon, dont le centre correspond à l'ombilic et, profondément, à la partie supérieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire.

La peau du monstre est couverte d'un duvet extrêmement abondant et bien développé, surtout à la face postérieure, sur la ligne médiane. Les téguments de la sœur jumelle présentent aussi un lanugo très fourni.

En écartant les replis fémoraux et fessiers, distendus par l'œdème, on met en évidence un anus normal et une vulve parfaitement conformée, avec orifice hyménéal, méat urinaire, clitoris et capuchon clitoridien, grandes et petites lèvres.

Tandis que les pieds de la sœur jumelle sont normaux, l'hémisôme est affecté d'un double pied-bot, variété varus à peu près pure.

II. — Dissection.

MUSCLES ET INNERVATION. — La dissection des muscles est rendue laborieuse par l'œdème gélatineux qui infiltre tout le tissu cellulaire et aussi par la conservation prolongée de la pièce dans le formol. On se rend compte, néanmoins, que les muscles de la paroi, des fesses, des cuisses et des lombes sont normaux comme nombre et comme disposition. A la partie supérieure du corps, il existe seulement une zone où des faisceaux musculaires s'enchevêtrent irrégulièrement et ne peuvent pas être identifiés.

Nous n'avons rien relevé de spécial quant à la disposition du système nerveux, sauf une division très haute du sciatique.

CAVITÉ ABDOMINALE ET DISPOSITIF PÉRITONÉAL. — Après l'ouverture de la paroi abdominale antérieure par une incision cruciforme, on aperçoit nettement le péritoine pariétal enveloppant complètement le contenu de la cavité abdominale. Sur la face antérieure, le péritoine est doublé par un cordon fibreux assez épais, qui remonte en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Cet épaississement est formé par l'ouraque auquel sont accolées les deux artères ombilicales. En ar-

rière, le feuillet péritonéal passe au-devant des deux reins. Il adhère aux uretères, qui le soulèvent latéralement pour se jeter dans la vessie. La cavité abdominale est close de toutes parts. Elle renferme à son intérieur quelques petits amas rosés, gélatineux, qui sont probablement du sang extravasé.

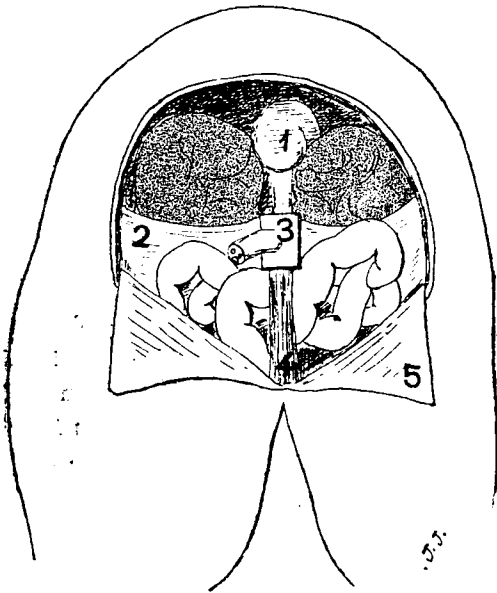


FIG. 2. — Organes de la cavité abdominale (schématique):

1 colonne vertébrale recourbée; 2 péritoine postérieur en arrière duquel sont les deux reins; 3 ombilic; 5 péritoine antérieur.

Toutes les anses intestinales présentent un méso. En aucun point, l'intestin n'adhère directement à la paroi abdominale. Dans sa portion la plus déclive, le péritoine présente un cul-de-sac de Douglas très bien formé. Rien à noter sur l'épaisseur, la résistance et la transparence du feuillet péritonéal.

Le feuillet antérieur est incisé sur la ligne médiane et les bords en sont réclinés. On aperçoit alors les anses intesti-

nales, qui présentent les dispositions décrites dans le paragraphe ci-après.

APPAREIL DIGESTIF. — L'appareil digestif est réduit à des anses intestinales situées à gauche et à droite de la ligne médiane et offrant extérieurement tous les caractères de l'intestin normal. La surface extérieure de l'intestin est lisse, recouverte d'une séreuse, et présente des bosselures sans saillie anormale. Vues en place, les anses intestinales sont repliées six fois sur elles-mêmes. Elles aboutissent en bas à une dilatation ampullaire qui remplit la cavité du bassin et qui représente le rectum et son ampoule. Ces anses intestinales sont rattachées à la paroi abdominale postérieure par un mésentère disposé en éventail et qui se prolonge jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du rectum.

Les anses intestinales déroulées mesurent de 16 à 17 centimètres de longueur. Elles contiennent à leur intérieur une masse blanchâtre semi-liquide. Le diamètre de l'intestin est d'environ 4 millimètres ; au niveau de l'ampoule rectale, le diamètre est porté à 11 millimètres. A son extrémité supérieure, l'intestin est terminé en cul-de-sac et ne présente aucune ouverture ni aucune attache avec les organes voisins. A 25 millimètres de son origine, l'intestin présente une augmentation locale assez brusque de volume et l'on trouve un appendice long de 10 millimètres, large de 2, et inséré sur le bord mésentérique de l'intestin. La lumière de l'appendice est ouverte et communique librement avec la cavité de l'intestin ; la valvule de Geslach est absente. Il existe, par contre, un soulèvement très net de la muqueuse entre la partie de l'intestin située au-dessus de l'appendice et celle qui est située au-dessous. La valvule iléo-cæcale est très nettement saillante. *Nous pensons donc que la plus grande partie du tractus intestinal est formée par le gros intestin et qu'une portion seulement très restreinte de l'intestin grêle est représentée.*

Nous insistons sur l'absence complète des voies digestives

supérieures. Comme on le verra par la suite, non seulement les organes thoraciques sont absents, mais encore aucun des organes normalement contenus dans la partie supérieure de la cavité abdominale n'existe, même à l'état rudimentaire. Dans ce monstre essentiellement symétrique, tout se passe comme si une section horizontale faite au-dessus des reins et de l'insertion ombilicale avait supprimé la partie supérieure du corps.

APPAREIL URINAIRE. — L'appareil urinaire, très complètement développé est représenté par les reins, les uretères, la vessie et l'urètre. Les deux reins, situés symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane, sont recouverts en avant par le péritoine. Ils ont la forme de deux corps globuleux, mamelonnés, leurs dimensions sont les suivantes :

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Hauteur 24 m/m	Hauteur , 24 m/m
Largeur 13 —	Largeur 15 —
Épaisseur 15 —	Épaisseur 17 —

Ils possèdent un hile dans lequel se trouvent une artère, une veine et un bassinnet. Sectionnés dans le sens longitudinal, ils offrent une disposition macroscopique tout à fait normale.

Les uretères mesurent 24 millimètres de longueur et 2 millimètres d'épaisseur. Rien à noter sur leur trajet, qui est rétro-péritonéal sur toute son étendue.

La vessie a une forme allongée. Elle se continue en haut insensiblement avec l'ouraqua. Elle mesure 7 millimètres dans le sens transversal et 9 millimètres dans le sens longitudinal. Sa cavité est, d'ailleurs, peu développée. Elle se prolonge en bas par l'urètre qui, après un très court trajet, vient s'ouvrir à la vulve.

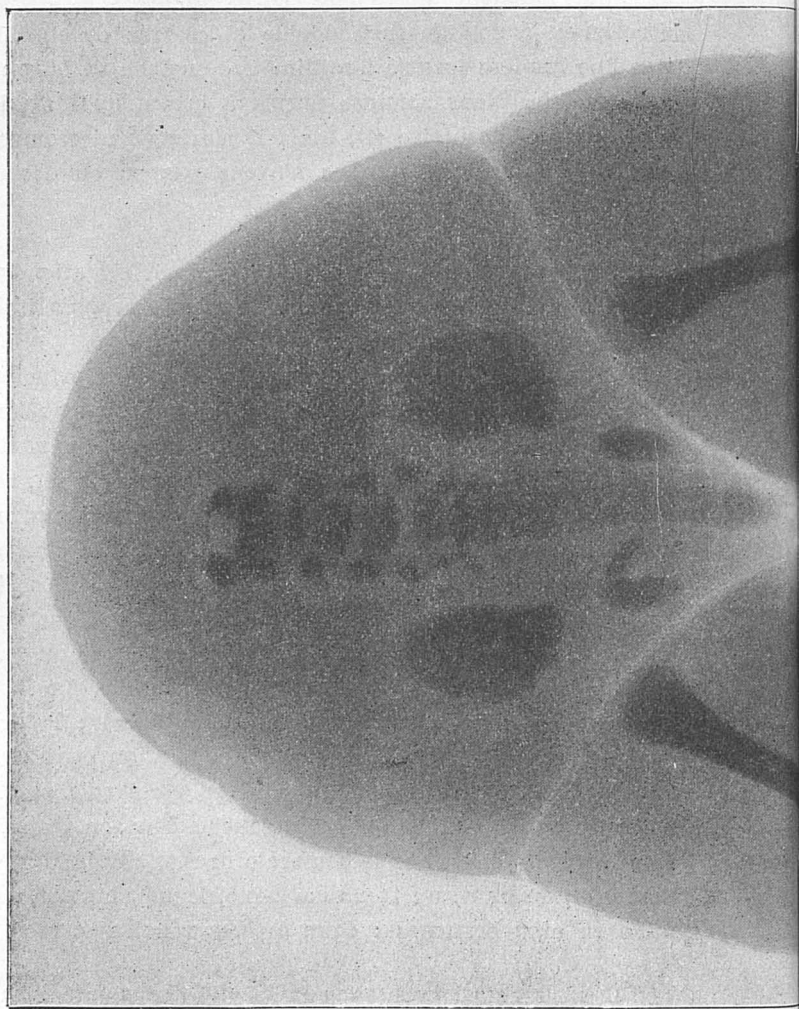
APPAREIL GÉNITAL INTERNE. — Pour étudier les organes génitaux internes, qui étaient d'un plus petit volume que chez la

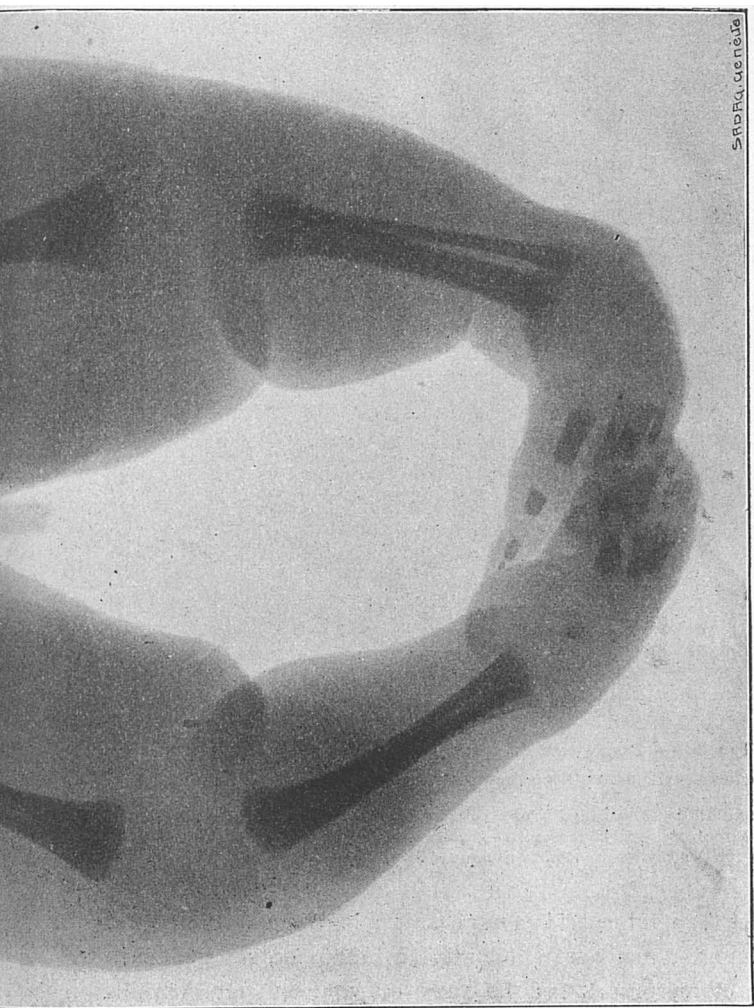
sœur jumelle, nous avons débité en coupes sériées la région qui les renferme. Nous avons vu ainsi, d'une manière très nette, qu'à un vagin cloisonné dans ses deux tiers postérieurs, faisaient suite deux corps allongés et arrondis, accolés en canon de fusil double et centrés chacun d'une très fine lumière jusqu'à 2 millimètres environ de leur extrémité distale. Nous sommes portés à croire qu'il s'agissait d'un utérus biloculaire (1), mais il n'existait ni trompes ni ovaires, ou, au moins, nous n'avons pas su en découvrir par l'analyse macroscopique.

SYSTÈME VASCULAIRE. — Comme on pouvait s'y attendre, le système circulatoire s'est montré la partie la plus intéressante de la dissection du parasite.

Le dispositif veineux est simple. Deux veines principales, branchées de la veine ombilicale, descendent symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane, donnent des veines rénales et mésentériques et se terminent en veines crurales. Elles représentent, en somme, une veine cave dédoublée. Le système artériel est plus troublé. Les deux artères ombilicales ont une destinée différente. Toutes deux, partant de l'ombilic, descendent le long de l'ouraque et suivent d'abord un trajet symétrique de chaque côté du fuseau vésical. Elles diffèrent ensuite en ce que, tandis que la gauche se rend directement aux organes du bassin, la droite, de beaucoup la plus importante, contourne, au contraire, le bassin, passe au-devant de la colonne vertébrale et va se terminer en donnant la fémorale gauche. Sur son trajet, elle émet à droite et en bas la fémorale droite, sur la ligne médiane, et, en haut, un tronc cœliaque, lequel, bientôt, se ramifie en cinq branches : deux artères rénales et trois mé-

(1) Il existait ainsi dans le cas de Rabaud (fœtus paracéphalien) (*Journal de l'anatomie*, 1903). Quant au terme de biloculaire, nous l'employons dans le sens précis que lui a donné Dubreuil Chambardel (de la Duplicité du canal génital de la femme : *Archives générales de médecine*, 1905) qui le distingue de l'utérus didelphe.





Hémisome (variété inférieure). Radiographie, grandeur nature.

sentériques, dont deux courtes postérieures et une antérieure particulièrement longue. Cette longue portion de la mésentérique antérieure fournit une anastomose très nette avec la veine ombilicale droite. Nous pensons que ce dispositif arté-

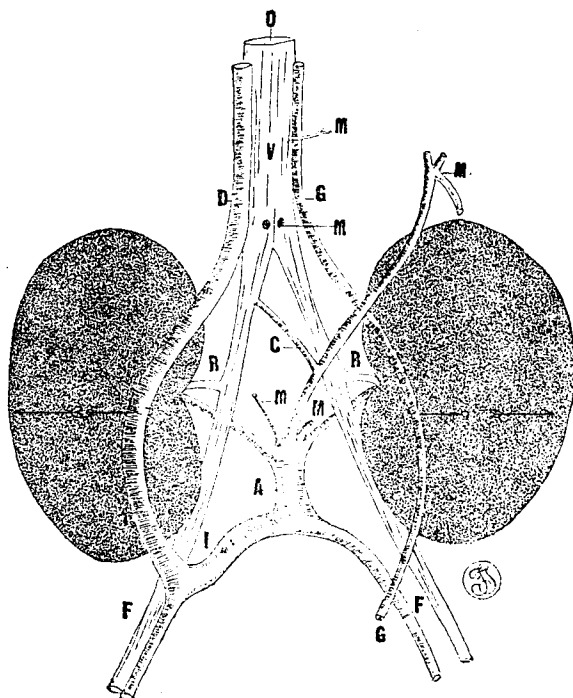


FIG. 3. — Disposition du système vasculaire (schématique).

(Les artères sont striées transversalement, les veines longitudinalement.)

D artère ombilicale droite; *I* artère iliaque primitive; *F* vaisseaux fémoraux; *G* artère ombilicale gauche; *O* veine ombilicale; *M* vaisseaux mésentériques; *R* artères rénales issues du tronc cœliaque *A*.

riel peut être interprété comme suit : le tronc cœliaque est le rudiment d'une aorte abdominale munie de ses branches rénales et mésentériques. Le sang est apporté par l'ombilicale droite qui s'abouche à son point habituel d'inosculation. Quant à l'isolement de l'ombilical gauche, ce n'est peut-être pas une anomalie sans exemple. Nous n'avons trouvé qu'une

seule anastomose entre le système artériel et le système veineux : cette anastomose pourrait être considérée comme un canal artériel de petit volume. La circulation de ce monstre devait être particulièrement pénible ; cette difficulté explique sans doute la présence, dans la cavité péritonéale, de sang extravasé, et l'œdème considérable qui distendait tout le tissu cellulaire sous-cutané.

SQUELETTE. — Pour ne pas détruire complètement la pièce, nous n'avons étudié et décharné que le bassin et les os de la jambe du côté droit. Le bassin est du type foetal ordinaire. Les os sont normaux et les articulations aussi. La radiographie ne révèle rien de particulier ; elle montre, d'ailleurs, que le squelette est parfaitement symétrique.

Le seul point un peu curieux est relatif à la manière dont se termine la colonne vertébrale. Les deux dernières vertèbres s'inclinent en avant, de manière que le corps de la première lombaire regarde en avant directement. Cette vertèbre est surmontée d'une sorte de capuchon osseux, en forme de cône plein, et muni de deux petits prolongements latéraux, semblables aux apophyses transverses.

Considérations générales sur les Adelphosites (1).

Dans quelle classe allons-nous ranger le monstre dont nous venons de nous occuper ? C'est certainement un très proche parent des *péracéphales*. Néanmoins, sa symétrie exceptionnelle, sa régularité parfaite et son absence de thorax nous ont porté à proposer pour lui un terme spécial et un caractèreistique : celui d'*hémisome (variété inférieure)* nous a paru lui convenir parfaitement.

(1) Nous avons longuement traité cette question dans la *Bibliographie anatomique* de cette année (*loc. cit.*) ; nous ne donnerons donc qu'un résumé très succinct dans les lignes qui vont suivre.

Le problème tératologique soulevé par la présence de monstres tels que les hémisomiens comporte-t-il une solution satisfaisante ? Il y a des théories et quelques faits expérimentaux. Au fond, la vraie cause ou les vraies causes de la monstruosité semblent bien nous échapper encore — comme trop souvent, du reste, en semblables matières !

Il est cependant des constatations intéressantes. Et d'abord, les statistiques de Müller, d'Ahlfeld, d'Alfieri et de Resinelli montrent clairement la rareté extrême des jumeaux monoamniotiques univitellines, cas réalisé par l'œuf où prit naissance notre hémisome. Cette rareté n'est pas étonnante : la jumeauté monoamniotique ne peut résulter que d'une perturbation grave, d'une anomalie dans le développement des annexes fœtales. Et, en effet, bien qu'uniovulaires, deux fœtus devraient toujours être contenus chacun dans une cavité amniotique propre, puisque l'amnios est une émanation de l'embryon dont il continue l'ectoderme. Ahlfeld, sans doute, suppose qu'il en est primitivement ainsi et que la poche unique ne se forme que secondairement par résorption (?) des feuillets adossés, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Et voilà déjà un premier point mystérieux ; c'est dans les mono-amniotiques que se rencontre la majorité des omphalosités sinon tous les cas observés, et nous ignorons complètement le mécanisme de la formation des monoamniotiques.

Mais le fait de la disposition fœtale dans l'œuf monoamniotique peut être envisagé indépendamment du mécanisme suivant lequel se forme cet œuf monoamniotique. Or, la disposition fœtale est digne d'attention. Pour Taruffi la seule présence de deux jumeaux sur un même placenta, dans une même poche amniotique n'est rien moins qu'un acheminement vers l'adhérence des deux jumeaux, vers la formation de l'une des nombreuses variétés de monstres doubles auto-sitaires et parasitaires. Des disomes monochoriaux de Taruffi aux omphalosités anidiens, l'esprit imagine d'une manière satisfaisante (?) les différents stades d'un unique processus té-

ratogénique. Mais, là encore, ce ne sont que des hypothèses, et même des hypothèses discutables. Aussi bien, ce sont des hypothèses aussi, et rien autre, que la vieille théorie de Claudius et celle plus récente d'Ahlfeld.

Quel est le mécanisme intime des malformations de l'omphalosite, en particulier de l'absence ou de l'état de moindre perfection du cœur ?

Si la théorie désuète de Claudius semble bien mériter le dédain de Dareste, celle d'Ahlfeld paraît, sinon exacte, au moins ingénieuse.

Toute la théorie — assez peu connue, du reste — d'Ahlfeld repose sur la supposition suivante : deux embryons se développent sur un même vitellus, mais l'allantoïde de l'un se développe quelques heures avant l'allantoïde de l'autre. Ceci admis, le reste va de soi. Entourée par l'allantoïde du premier fœtus, l'allantoïde du deuxième cherche en vain une place du chorion où s'insérer. Si elle n'en trouve point ou si elle n'en trouve qu'une insuffisante, l'allantoïde du second se greffe sur l'allantoïde du premier. Ainsi, le second fœtus devient le parasite du premier, et cela d'autant plus facilement qu'à ce moment il n'y a pas encore de paroi vasculaire vraie et qu'il est facile aux vaisseaux de s'unir. En admettant que, dans ces conditions précaires, le second fœtus arrive à se développer, il ne saurait avoir un cœur normal. Si tant est qu'un cœur se soit développé chez ce parasite, ce cœur, irrigué par une circulation renversée, se force et devient un simple diverticule multiloculaire sur le trajet des vaisseaux.

*
**

Dareste a ouvert la voie à des spéculations nouvelles. Pour lui, l'avortement du cœur est le phénomène primitif. Loin d'être la cause de la formation des monstres omphalosités, la gémellité est seulement la condition de leur développement. Si l'avortement du cœur se produit sur un embryon isolé, cet embryon ne se développe pas et disparaît rapide-

ment. Si, au contraire, cet avortement se produit chez un embryon coexistant avec un jumeau normalement conformé, — au moins quant au cœur — le cœur de cet embryon bien conformé nourrit les tissus de l'acardiaque. L'acardiaque devient ainsi une sorte d'annexe de l'autosite.

Cette théorie a pour elle un fait important. Dareste a constaté fréquemment la mort précoce d'embryons qui s'étaient développés dans des conditions anormales et, chez ces embryons, l'absence du cœur ou un état de moindre perfection de ce viscère.

Bien plus, la voie expérimentale ouverte par Dareste a été suivie par nombre de chercheurs et la tendance actuelle serait peut-être de rapprocher le cas dont nous faisons la relation des monstres obtenus expérimentalement par Chabry, W. Roux, Driesch, etc., et dus à une lésion d'une des premières sphères de segmentation.

*
* *

Au total, que faut-il penser de la tératogénie des omphalosités ? Certainement que ce problème appelle de nouvelles recherches. Quant à l'explication provisoire la meilleure, on peut hésiter.

A bien des égards, la théorie d'Ahlfeld est séduisante, mais elle est gratuite, et c'est le moins qu'on en puisse dire. Inversement, pour être moins entièrement spéculative, la théorie des malformations primitives réclame, elle aussi, l'admission de plus d'une hypothèse ; elles ne font, du reste, que reculer la difficulté sans la résoudre : quelle est la cause de la malformation primitive ?

La séance est levée à 6 heures.

L'un des Secrétaires : Jean JARRICOT.