

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE
DE LYON

Fondée le 10 Février 1884

TOME QUINZIÈME

1896

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

PARIS
MASSON & C^o, LIBRAIRES
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

tracés du conformateur est très ingénieux, mais l'usage même du conformateur peut être très dangereux par les résultats surprenants qu'il fournit parfois. Broca l'avait totalement abandonné. Cependant, en s'en servant d'une façon régulière, en ayant soin chaque fois de le placer toujours de la même façon sur les mêmes points du crâne et lorsque les cheveux sont coupés, on peut obtenir des résultats comparables.

D'ailleurs, même avec le procédé de M. Taty, est-il possible d'arriver à rectifier complètement les erreurs et les écarts de cet instrument ?

M. Taty. — Mon opinion personnelle est qu'en plaçant le conformateur au même point on doit obtenir des contours qui peuvent très bien être rectifiés.

M. Lacassagne. — Il me semble que le point du crâne où M. Taty place son conformateur est un peu haut et ne donne pas le diamètre transversal maximum. J'avoue d'ailleurs que des recherches de cette nature sont difficiles et minutieuses.

M. Royet. — Au point de vue anthropologique, le contour du crâne ne saurait avoir une importance absolue, car certaines asymétries crâniennes peuvent provenir de ce que l'on a le nez bouché.

M. Chantre. — Si le procédé du conformateur devait être repris, il faudrait opérer soi-même et ne pas se servir des renseignements que fournissent les chapeliers.

COMMUNICATION

SUR LA PATHOGÉNIE DE L'EXSTROPHIE VÉSICALE

PAR M. DURAND

Agrégé à la Faculté de Médecine.

M. Durand présente à la Société une planche remarquable, appartenant à M. le professeur Lacassagne, et représentant un

très beau cas typique d'exstrophie vésicale. Il rappelle en quelques mots l'anatomie pathologique de cette rare malformation, dont on ne trouve guère, dit la statistique, que 1 cas sur 500.000 naissances.

Dans l'exemple, dont la reproduction à l'aquarelle est mise sous les yeux de la Société, on voit nettement la tumeur produite par la muqueuse vésicale extroversée, occuper tout l'espace compris entre les corps caverneux et l'ombilic. Celui-ci, comme c'est le cas le plus ordinaire, n'existe pas à l'état de dépression circulaire, il n'est représenté que par une sorte de traînée cicatricielle.

Les pubis sont écartés, l'urètre manque de paroi supérieure, de sorte que le plancher du canal, depuis la vessie jusqu'au méat, est sous les yeux de l'observateur. Les corps caverneux s'unissent pour constituer à l'urètre une paroi inférieure. Chez la femme, les corps caverneux clitoridiens sont, au contraire, généralement séparés, et forment chacun, sur chaque lèvres de la déhiscence, un petit tubercule plus ou moins saillant. La verge courte, ramassée, trapue, offre un long jabot préputial pendant au-dessous du gland auquel cet appendice est attaché par deux brides latérales.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer cette malformation. On peut les diviser en trois groupes :

a) *Théories mécaniques* : traumatisme intra-utérin, éclatement de la vessie distendue par la rétention de l'urine (Chaussier, Duncan, Thiersch).

b) *Théories pathologiques* : ulcérations, maladies fœtales (Velpeau), adhérences amniochoriales (de Quatrefages) ;

c) *Théories tératogéniques* : 1° défaut d'occlusion par arrêt de développement de la paroi abdominale (Vrolik, Geoffroy Saint-Hilaire) ; 2° fissuration de la membrane anale qui représente à la fois le germe des parois abdominale et vésicale.

Le point difficile à expliquer dans la pathogénie de cette affection, si on veut s'en tenir aux données embryologiques, sans faire intervenir des causes extérieures dont la variabilité n'explique guère la fixité des lésions observées, consiste dans la limitation simultanée de la paroi muqueuse uréthro-vésicale, et de son revêtement cutané abdomino-pénien. Ce qui caractérise l'exstrophie, en

effet, c'est la disparition de la paroi antérieure de l'urètre et de la vessie. Ces cavités sont ouvertes à l'extérieur, comme si un emporte-pièce avait enlevé tout ce qui les ferme en avant. On doit donc chercher le siège de la malformation dans une portion des parois de l'embryon qui comprendrait à la fois tous ces organes. Or, si on suppose que la lésion siège sur l'allantoïde seul, c'est-à-dire sur la future muqueuse de la vessie, il n'y a pas de raison pour que la paroi abdominale soit atteinte ; si on suppose, comme Geoffroy Saint-Hilaire, que la paroi abdominale ne se ferme pas, il faut encore supposer une lésion de l'allantoïde, ce qui complique énormément le problème.

M. Vialleton a émis l'opinion que la lésion porte sur ce que *Strahl* a appelé membrane anale, et *Tourneux*, bouchon cloacal. On appelle ainsi une portion de la paroi du cloaque primitif, au niveau de laquelle les deux feuillets interne et externe confondent leurs éléments, que le mésoderme ne vient passéparer. Cette membrane anale répond à la partie juxta-caudale du cloaque sur la paroi antérieure de cette cavité. *Tourneux* a bien montré que cette formation peu solide n'est que transitoire, elle doit disparaître, et son emplacement, laissé vide par la désagrégation de ses éléments, constituera les orifices anal et génito-urinaire. C'est là le point important, et les grands caractères de cet organe sont sa caducité et sa propriété de fermer à lui seul un point du cloaque. C'est un endroit au niveau duquel la paroi muqueuse et la paroi cutanée sont un seul et même organe.

Or, normalement, le territoire correspondant chez l'adulte à cette formation embryonnaire représente seulement deux petits orifices, l'anus et le conduit uro-génital. Il n'est pas défendu de penser que, anormalement, cette membrane anale peut prendre un développement exagéré et occuper la place que devaient prendre les formations abdominale et vésicale. Dans de pareilles conditions, quand se désagrégeront les éléments, quand la membrane anale tombera, il se créera un vaste hiatus abdomino-vésical. Jamais, en effet, les éléments de cette membrane ne persistent, jamais on ne voit (*Keibel*) s'y dessiner de clivage, jamais le mésoderme n'y pénètre. On voit maintenant combien il est facile

d'expliquer la perte de substance abdomino-vésicale. Que la membrane anale occupe un espace trop considérable, qu'elle prenne la place de la paroi ventro-sous-ombilicale et, à sa chute, la vessie manquera de paroi ! Telle est la théorie pathogénique qu'il semble logique d'admettre pour l'exstrophie vésicale. On ne peut pas aller plus loin dans l'interprétation des faits, et il est inutile d'aller, comme les anciens tératologistes, chercher le *primum movens* de la malformation. L'embryologie doit seulement s'efforcer de montrer comment se produit la lésion ; il lui est interdit de savoir pourquoi, sous peine de retomber dans les discussions byzantines, où se sont trop souvent égarés les esprits pourtant les plus judicieux.

Le trouble d'évolution de la membrane anale permet donc de donner ainsi la formule embryogénique de l'exstrophie :

Cette malformation a pour cause une hypertrophie, avec ectopie de la membrane anale, se produisant dès les premiers stades de la vie embryonnaire. Dans ces cas, la membrane anale empiète sur la paroi abdominale sous-ombilicale généralement peu développée. A sa chute, elle laisse un vaste orifice qui produit une perte de substance, creusée à la fois dans toute l'épaisseur des tissus qui séparent les cavités vésicale et urétrale de l'extérieur.

Ce genre de malformation, l'exstrophie, ne se retrouve dans aucun autre organe, justement parce que les propriétés de la membrane anale ne se voient nulle part ailleurs dans l'organisme.

DISCUSSION

M. Lesbre remercie *M. Durand* de son intéressante communication et de son explication sur la formation de l'exstrophie de la vessie ; cette explication lui paraît très judicieuse.

M. Lacassagne demande si cette malformation se rencontre souvent chez les animaux.

M. Lesbre. — Beaucoup moins fréquemment que chez l'homme.

PRÉSENTATION

M. Chantre présente divers objets provenant d'un tumulus entamé récemment près du camp de la Valbonne (Ain) par des travaux de terrassement du chemin de fer de Genève. Ces objets représentent le mobilier funéraire d'une sépulture gauloise à incinération. Ce sont des débris de bracelets en fils de bronze et en pierre schisteuse, puis des poteries grossières. Il doit la connaissance de cette découverte sur laquelle il reviendra, quand il aura visité le tumulus, à M. l'ingénieur en chef Rascol, qui a offert ces objets au Muséum.

COMMUNICATION

**SUR UN CAS DE MÉLANCOLIE SÉNILE AVEC STUPEUR
SITIOPHOBIE ET MUTISME PENDANT VINGT MOIS
HYPOTHERMIE, AMAIGRISSEMENT CONSIDÉRABLE. — AUTOPSIE**

PAR LE DR J. TOY

Médecin adjoint des Asiles publics d'Aliénés. Chef de Clinique à la Faculté

Dans le service de M. le Professeur Pierret, à l'asile de Bron, nous avons pu observer pendant un an et demi une malade atteinte de mélancolie avec stupeur et dont voici l'histoire résumée:

Il s'agit d'une vieille demoiselle, âgée de soixante ans, exerçant la profession de tisseuse, entrée à l'asile en octobre 1894. Le début de l'affection mentale, d'après les renseignements fournis par l'entourage, ne remontait pas au delà de quelques mois. D'un caractère habituellement un peu susceptible, la malade était devenue peu à peu inquiète, scrupuleuse, dévote, faisant de longues stations à l'église de son village; parfois même elle s'emportait contre les personnes qui lui faisaient remarquer l'exagération de ses pratiques religieuses. On nota aussi quelques propos érotiques