

Les conditions de production des fractures directes sont : les coups, les plaies et surtout les plaies par armes à feu, l'écrasement par une roue de voiture, etc. Quant aux fractures indirectes, elles résultent d'un excès de courbure du rachis ou de son écrasement vertical. Les chutes d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège, la nuque; les éboulements, un fardeau trop pesant réalisent ces conditions. RAVATON, WILSON, etc., parlent de baigneurs qui se sont brisé l'épine en plongeant. C'est dans un cas de ce genre, que RÉVEILLON a invoqué l'action musculaire; le choc de la tête contre le fond de l'eau est plus vraisemblable. MESSERER a trouvé que, pour fracturer une vertèbre cervicale, il fallait un poids de 260 kilogrammes et 710 kilogrammes pour la cinquième lombaire. La force nécessaire augmente à mesure que l'on passe de l'une à l'autre.

*Fractures indirectes. Mécanisme.* — Nous aurons surtout en vue les fractures des corps, nous réservant de parler isolément des autres variétés. Les notions que nous possédons sur le mécanisme de ces fractures sont le résultat des expériences de BONNET, CHÉDEVERGNE, D. MOLLIÈRE, FÉRÉ. — BONNET attribuait le rôle prépondérant à la flexion et à l'écrasement, CHÉDEVERGNE fait intervenir la flexion forcée et l'arrachement qui commencerait en arrière par l'apophyse épineuse, le ligament inter-épineux; l'écrasement du corps serait consécutif. Au contraire D. MOLLIÈRE admet que la résistance des ligaments inter-épineux est nécessaire à la production de l'écrasement, et, dans la fracture par flexion forcée, l'arrachement serait toujours consécutif à un certain degré d'écrasement de la partie antérieure du corps. FÉRÉ, en procédant par précipitation sur les ischions, a également trouvé que l'écrasement du corps de la vertèbre est le phénomène initial. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il y a flexion et exagération de la courbure dorsale, la flexion ne se ferait pas, comme l'admet MOLLIÈRE, au milieu de la colonne dorsale, mais aux points de raccordement des courbures normales, c'est-à-dire au niveau des dernières cervicales, de la douzième dorsale ou de la première lombaire. D'ailleurs, la fracture se produit aussi bien dans l'extension que dans la flexion forcée; il y a alors arrachement de la partie antérieure, écrasement de la portion postérieure de l'os. JOHNSTON a cité un cas de fracture intra-utérine d'une vertèbre dorsale dans un cas de position vicieuse des pieds.

*Anatomie pathologique.* — Toutes les vertèbres sont susceptibles d'être fracturées. Cependant, en dehors des lieux d'élection mentionnés plus haut, il y a une prédisposition spéciale pour les vertèbres cervicales et lombaires. Les fractures des corps sont transversales, obliques ou verticales, simples ou compliquées, uniques ou comminutives. Dans les fractures transversales et obliques, le trait de fracture siège plus près de la partie supérieure ou inférieure, comme s'il y avait décollement épiphysaire. L'obliquité du trait de fracture dans les fractures obliques est toujours dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. S'il y a déplacement, par suite du glissement de la partie supérieure sur l'inférieure. Dans la pièce représentée figure 24, le canal vertébral est complètement oblitéré par le fragment inférieur; la moelle se trouve étranglée, comprimée à sa partie antérieure par le fragment inférieur, et en arrière par l'arc postérieur de la vertèbre située au-dessus de la fracture.

Semblables déplacements s'accompagnent toujours dans la région dorsale de fractures ou de luxations des côtes et du sternum. Dans les fractures transversales ou verticales, le déplacement n'est jamais aussi marqué, et parfois il n'y a aucune déformation. Quand il y a fracture comminutive, un des fragments peut léser directement la moelle. La vertèbre est alors plus ou moins réduite en bouillie; les veines, les muscles sont toujours rompus; de là des épanchements sanguins et l'hématomyélite. On a exceptionnellement noté la déchirure du péritoine (CHÉDEVERGNE), et celle de la plèvre (HUTCHINSON).

*Symptômes.* — Ils sont physiques et fonctionnels.

*Signes physiques. Déformation.* — Généralement on constate une saillie pos-

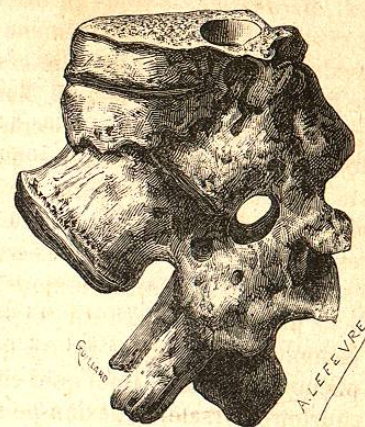


Fig. 24. — Fracture du corps d'une vertèbre dorsale, consolidation et ankylose des lames. (Musée de Val-de-Grâce.)

térieure formée par l'apophyse épineuse de la vertèbre cassée. La crépitation et la mobilité anormale sont plus difficiles à constater, et nous pensons avec GURLT, qu'il est dangereux de chercher à les produire. On a encore signalé l'écartement des deux apophyses épineuses contiguës et une courbure du rachis en arc de cercle. Il est rare que l'on ne constate pas, à une certaine distance, des ecchymoses, une entorse, des plaies de la tête, etc.

*Signes fonctionnels.* — Parfois il n'y a pas autre chose qu'un peu de commotion après l'accident, de l'hésitation dans la station debout et la marche. DENOVILLIERS, SHAW, BELLEMÈRE, citent des faits où il n'y avait aucun autre trouble fonctionnel, bien que la gibbosité fût très accentuée. D'autres fois, les blessés ont pu se tenir debout, marcher pendant un certain temps; plus tard seulement les troubles nerveux ont apparus. Habituellement les malades éprouvent une douleur extrêmement vive au niveau du point fracturé, et à la région cervicale, ils se plaignent parfois qu'on leur arrache la tête. Les principaux troubles fonctionnels sont dus à la lésion de la moelle; or ces troubles varient beaucoup suivant le siège de la fracture, et consistent généralement dans la paralysie qui intéresse toujours davantage la motilité que la sensibilité.



Les fractures de la deuxième vertèbre lombaire ne déterminent pas de paralysie; celles de la douzième dorsale et de la première lombaire peuvent être suivies de paraplégie, de constipation, de rétention d'urine, de priapisme et d'escarres. A la région dorsale on observe en outre la paralysie des intercostaux; d'où il résulte que la respiration purement diaphragmatique est très gênée, et cette lésion peut amener l'asphyxie. La mort est le plus souvent rapide dans les fractures de la colonne cervicale, surtout au-dessus de l'émergence du phrénique (troisième cervicale). En tout cas, il y a paraplégie ou parésie plus ou moins complète des membres supérieurs. On note généralement l'érection et même l'éjaculation: cependant CHÉDEVERGNE a signalé dans un cas la paralysie vulvaire et clitoridienne persistante. De bonne heure, les urines deviennent ammoniacales et renferment des mucosités. D'après HUTCHINSON la température du corps descend beaucoup, et HEYNOLD dans un fait a constaté une température de 30°. FOURNET a repris cette question; d'après lui les faits d'abaissement signalés par HUTCHINSON sont l'exception, ou ne se présentent que comme phénomènes transitoires. Dans les accidents à forme aiguë on constate une élévation rapide jusqu'à 40°. En tous cas le pronostic est fatal.

La consolidation est possible dans les autres régions, elle a lieu généralement par un cal osseux comme dans la pièce représentée figure 24; cependant les malades meurent souvent avant la réparation, soit par paralysie ascendante, soit par myélite; d'aucuns succombent à la dyspnée ou à l'asphyxie lente; chez d'autres la mort est consécutive aux escarres du sacrum, ou aux accidents urinaires et même à la suppuration du foyer de la fracture.

Il résulte des recherches de GURLT, CARAFFI que les malades abandonnés sans traitement meurent, lorsqu'ils présentent des accidents paralytiques, dans l'espace de six semaines à trois mois. Un seul cas de fracture de la septième vertèbre cervicale fut compatible avec la vie pendant quatorze ans et encore le malade était-il paralysé des quatre membres. Tous les autres sauf un moururent avant le quatrième mois; MAY a néanmoins publié (*Amer. J. of Med. Sc.*, 1876) un cas de guérison de fracture des première, deuxième, cinquième et sixième cervicales chez un aliéné. L'apophyse odontoïde avait été fracturée. CARAFFI n'a pu réunir que quatre guérisons sur vingt-quatre cas de fractures dorsales non traitées; les résultats de l'expectation simple ne sont pas beaucoup meilleurs pour la région lombaire (deux guérisons pour douze morts).

**Diagnostic.** — Le meilleur signe à l'aide duquel on reconnaîtra une fracture du rachis est la déformation; malheureusement elle fait assez fréquemment défaut. La gibbosité, quand elle existe, ne saurait être confondue avec celle du mal de Pott; l'accident, l'état général du sujet permettront de distinguer aisément les deux affections. Le diagnostic avec la luxation est moins simple; aux lombes, au dos, la luxation est impossible sans fracture, à la région cervicale elles coïncident souvent. La paraplégie avec douleur rachidienne fixe et ecchymose, suffit-elle pour porter le diagnostic de fracture quand il n'y a pas de déformation? CHÉDEVERGNE l'admet, mais les faits de LEUDET semblent infirmer son opinion. Plus d'une fois le diagnostic est resté en suspens et la vraie lésion n'a été révélée qu'à l'autopsie.

**Pronostic.** — Bien que le pronostic soit grave, les exemples de guérison partielle ou totale sont assez nombreux aujourd'hui pour qu'on puisse revenir de l'opinion pessimiste de nos prédécesseurs. D'ailleurs la gravité augmente à mesure que la fracture intéresse une région plus élevée.

**Traitement.** — Le premier soin sera de faire transporter le blessé dans un lit, avec beaucoup de ménagements, et cela surtout pour les fractures cervicales, dangereuses à manier. Ensuite il faut réduire la fracture et l'immobiliser. Autrefois on se contentait d'immobiliser le blessé dans un lit, une gouttière de Bonnet et de placer un coussin pour repousser la gibbosité. De nos jours les chirurgiens réduisent les fractures quand il y a déplacement, compression médullaire. Une fracture sans déplacement sera traitée comme une fracture réduite et convenablement immobilisée; on prévient de cette façon les déplacements ultérieurs dans plus d'un cas. Enfin après l'immobilisation il faut combattre par des moyens convenables les troubles fonctionnels dus à la paraplégie.

Les indications varient d'ailleurs, suivant les régions. Au cou il faut agir et chercher à réduire la fracture lorsqu'il existe un grand déplacement et des phénomènes de compression offrant une gravité imminente; TUSON a utilement suivi cette conduite. Cependant cette intervention hardie doit commander les plus grandes précautions dans les manœuvres. Dans le cas contraire, surtout si les accidents nerveux sont peu marqués, on se bornera à immobiliser.

Les causes de mort immédiate n'existant plus pour la région dorso-lombaire, l'intervention est plus pratique. CARAFFI donne la préférence à la réduction immédiate à l'aide des tractions, des mouffes; PARISE a réussi en faisant pratiquer l'extension et la contre-extension sur les aisselles et les membres inférieurs, pendant qu'il pressait lui-même sur la gibbosité; la paraplégie cessa de suite. TUSON, VOLLASTON, GRACE ont dû des succès à cette méthode; l'anesthésie rendra en pareil cas des services réels. Si ces moyens échouent, on pourra recourir à l'extension continue (MALGAIGNE, GAY), à la condition de ne pas la prolonger trop longtemps.

Après la réduction il est nécessaire d'appliquer un corset plâtré pour immobiliser les fragments, et à cet effet on se sert avantageusement de la méthode à suspension de SAYRE. Elle a donné quatre succès à COSKERY, KENIG. — WAGNER conseille de n'y recourir qu'au bout de quinze jours; CRAS pratique le redressement au moyen d'un plan incliné placé sous la colonne vertébrale, et, au bout de quelques jours, applique un bandage ouaté, silicaté.

La trépanation, recommandée par MATZ et HEISTER, a été pratiquée par CLINE en 1814. HEYFELDER sur onze cas n'a trouvé qu'un succès. Plus récemment WERNER (*Diss. inaug.*, Strasbourg, 1880) à propos d'une observation de LÜCKE, a rassemblé trente et un cas et se déclare partisan de l'opération pour remédier à la paralysie. Préconisée par BROWN-SÉQUARD, cette opération compte peu de défenseurs; bien qu'elle n'aggrave pas sensiblement la situation du malade, on ne devra y recourir qu'exceptionnellement.

**Fractures des parties postérieures des vertèbres.** — Le traumatisme porte souvent son action isolément sur l'une ou l'autre des parties qui constituent l'arc vertébral postérieur; il en résulte des fractures des apophyses épineuses, transverses, articulaires ou des lames vertébrales. Habituellement l'apophyse



épineuse se brise à la suite d'un choc direct ou d'une chute, d'un arrachement. Dans deux cas de fracture cervicale, TERRIER attribue la lésion à la contraction musculaire. Une douleur locale accrue par tous les mouvements, parfois la mobilité du fragment et même la crépitation constituent, avec la déformation, les signes des fractures de l'apophyse épineuse. Le repos suffit pour les guérir et leur pronostic est relativement bénin. Les apophyses transverses sont rarement le siège de fractures, si l'on en excepte toutefois les coups de feu; la présence de l'artère vertébrale à la région cervicale ajoute encore à la gravité de cette lésion et c'est dans un cas de coup de feu des apophyses transverses que MAISONNEUVE a réussi à lier la vertébrale. La fracture des apophyses articulaires complique ordinairement les grandes fractures des corps vertébraux.

Enfin les fractures des lames ne sont pas absolument rares; tantôt elles coïncident avec une fracture verticale des corps, comme dans un fait de CHABERT (fig. 25); tantôt elles résultent d'un choc direct, d'un coup de feu. Elles s'ac-

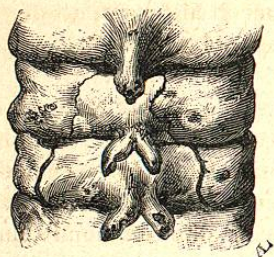


Fig. 25. — Fracture verticale des lames de deux vertèbres cervicales. (Musée du Val-de-Grâce.)

compagnent quelquefois de déplacements et d'enfoncement du côté de la moelle, surtout quand les traits de la fracture sont symétriques; l'apophyse épineuse se trouve alors détachée.

Le repos joint à l'immobilisation sont encore ici les meilleurs moyens de traitement. Dans les cas d'enfoncement, on a conseillé d'intervenir pour relever le fragment soit à l'aide d'élevateurs, de pinces, soit même à l'aide d'une couronne de trépan (LAUGIER, FÉLIZET, TILLAUX). Il n'y a pas un seul cas de succès avéré, d'après HAMILTON, à la suite des opérations de ce genre.

STEPHEN SMITH (*Amer. J. of Med. Sc.*, 1871) a réuni vingt-trois cas de fractures de l'apophyse odontoïde, dont quinze d'origine traumatique. Quelques malades ont pu survivre plusieurs jours ou plusieurs mois, et même jusqu'à deux ans. Dans deux cas de guérison, l'apophyse fut éliminée par un abcès rétro-pharyngien, et dans trois cas où la mort a été la conséquence d'une affection intercurrente, il existait une pseudarthrose lâche.

## 2° PLAIES DU RACHIS

Les plaies du rachis par armes blanches sont rares et ne présentent un intérêt réel qu'autant qu'elles lèsent en même temps la moelle. Les fragments

d'épée, de poignard, de baguette de fusil (VELPEAU) y restent quelquefois enclavés. PERCY en rapporte plusieurs exemples. ABEILLE a trouvé une lame de couteau implantée dans les vertèbres lombaires; la partie saillante dans l'abdomen était entourée d'une poche kystique; le fait classique de la lame d'épée de BERCHON, sur lequel nous reviendrons en parlant des plaies de poitrine, présente de l'analogie avec le précédent.

Le plus grand nombre des plaies contuses sont produites par des armes à feu; les projectiles qui atteignent la colonne y produisent des désordres très variables presque toujours aggravés par le voisinage de la moelle. Les statistiques montrent la gravité exceptionnelle de ces blessures; ainsi: sur vingt-deux cas observés dans l'armée anglaise en Crimée, pas un seul ne survécut; sur cent cinquante-sept cas où il n'y avait primitivement que des lésions osseuses, on compte vingt morts, quatre-vingt-sept guérisons et cinquante infirmes. ORIS, sur six cent vingt-huit cas de blessures des vertèbres, trouve trois cent quarante-neuf morts et cent quatre seulement qui ont pu reprendre du service. La gravité, on le conçoit aisément, est due au voisinage de la moelle, aux complications méningées inflammatoires, aux hémorragies intra-rachidiennes et aux paralysies.

Les projectiles se logent souvent dans le corps des vertèbres et y restent fortement enclavés entre les os ou dans leur épaisseur; c'est toujours une circonstance aggravante. BAUDENS cite le cas d'un blessé des guerres d'Afrique qui mourut d'une pleuro-pneumonie survenue brusquement quatre mois après un coup de feu de la poitrine. L'autopsie montra que cette inflammation était provoquée par une balle qui, après être restée logée dans la quatrième vertèbre dorsale, était tombée dans la plèvre. On trouve également dans l'histoire de la guerre d'Amérique, des exemples de balles qui comprimaient la moelle. A la région cervicale, le séjour des corps étrangers au voisinage des apophyses transverses entraîne de graves complications; ainsi la vertébrale peut être lésée et la malade à qui MAISONNEUVE lia cette artère avait reçu d'un mari jaloux un coup de feu qui avait amené ultérieurement sa perforation.

Les vertèbres lombaires par leur volume, leur épaisseur, sont mieux que celles des autres régions disposées au logement des corps étrangers, fragments d'armes blanches ou des projectiles de guerre. Les balles s'enclavent facilement, on en a rencontré partout et même dans un disque intervertébral.

Le traitement de ces plaies est subordonné à la coïncidence des accidents médullaires; si ces derniers font défaut, il est indiqué de simplifier le foyer dans la mesure du possible et de panser la plaie d'après la méthode antiseptique. Faut-il extraire les corps étrangers du rachis? LEGUEST considère l'extraction des projectiles, en pareil cas, comme au-dessus des ressources de l'art, et cela est vrai pour les corps vertébraux. Cependant ce précepte ne doit pas être pris trop à la lettre, car on trouve dans la science nombre d'exemples où l'intervention a été avantageuse. En dehors du fait de GÉRAUD cité par PERCY (*Manuel du Chirurgien d'armée*), nous signalerons le cas de KEEN où l'on put retirer une balle de la colonne cervicale et seize pièces d'os. L'extraction compte assurément quelques faits malheureux à son actif; tel est, entre autres, celui dont parle SABATIER. Un soldat avait reçu un coup d'épée à la partie



inférieure du dos, qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations. Un peu plus tard, alors que la plaie était guérie, survint un abcès au fond duquel se trouvait la pointe de l'épée brisée dans la plaie; elle ne fut pas plus tôt extraite avec des pinces que le malade fut pris de mouvements convulsifs, de fièvre et mourut de méningo-myélite. MAUNOIR (Thèse de Montpellier, 1812) se servit d'un étau pour retirer un couteau d'une vertèbre lombaire et guérit son malade.

## CHAPITRE II

### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE

**Bibliographie générale.** — LOUIS, *Mém. sur une question relative à la jurisprudence*, Paris, 1775. — COPLAND, *Obs. on the Sympt. of the Diseases of the Spine*, London, 1815. — CASPER (trad.), in *J. complém. d. sc. méd.*, t. XVI, p. 309. — CH. BELL, *Injuries of the Spine*, 1824. — BRÖDIE, *London Med. Chir. Transact.*, t. XX, 1837, p. 150. — VELPEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1<sup>re</sup> Série, 1825, p. 329. — BÉGIN, *Bull. Ac. de méd.*, 1840. — HUTIN, *Ibid.*, 1849. — SÉGALAS, *Ibid.*, 1844. — OLLIVIER, *Traité des mal. de la moelle*, 3<sup>e</sup> édition, 1837. — WEIR-MITCHELL, *Blessures des nerfs*, trad. franç., 1874. — ASHURST, *Injuries of the Spine*, Philadelphia, 1867. — WESTPHAL, *Arch. de physiol.*, t. I, 1868, p. 321. — RENDU, *Arch. gén. de méd.*, 1869. — EYCHORST et NAUNYN, in *Revue de Hayem*, t. IV, p. 475, et KAROW, *Ibid.*, p. 649. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1875, V. I, p. 706 et 747. — CHARCOT, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, 1877, t. II. — FISCHER, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1883, t. XIX, p. 131.

Thèses de Paris. — 1836, LESTOCQUOY. — 1845, BIGOT. — 1848, LAUGIER (Conc.). — 1851, RICHET (Conc.). — 1852, SCHWEING. — 1855, BOUGEUROT. — 1859, BARAT DULAURIER. — 1871, COUYBA. — 1874, FONTAN. — 1881, BOPPE. — 1876, VINOT.

Thèses de Montpellier. — AURRAN, BERNARD, 1872.

Articles RACHIS et MOELLE des *Dictionnaires* (Bibl.).

Les traumatismes de la moelle, exposés ou abrités, comprennent les plaies, la compression, la commotion, la contusion, l'élongation et la rupture de cet organe. Avant d'exposer les caractères propres à chacun d'entre eux, nous croyons devoir, pour la lucidité du sujet et pour éviter des répétitions, décrire leurs symptômes communs.

#### § 1<sup>er</sup>. — Phénomènes communs à tous les traumatismes de la moelle

Toute lésion de la moelle entraîne à sa suite des troubles fonctionnels variés en rapport avec la physiologie de l'organe et qui intéressent la *motilité*, la *sensibilité*, l'*action réflexe*, la *nutrition*, les *fonctions génito-urinaires*, la *digestion*, la *respiration*, la *circulation*, la *calorification* et les *organes des sens*. Cette seule énumération suffit pour montrer l'importance et la complexité

des traumatismes médullaires. La moelle est en effet lésée dans son double rôle de conducteur et de centre spécial.

1<sup>o</sup> **Troubles de la motilité.** — Ils résultent toujours de la lésion des cordons antéro-latéraux et intéressent des groupes musculaires d'autant plus étendus que la lésion a son siège plus élevé. La paralysie, symptôme commun, peut être unilatérale quand un seul côté de la moelle est blessé. Les membres supérieurs sont rarement paralysés et dans ce cas la motilité de certains groupes est conservée. Ces variétés tiennent au mode d'action de la cause vulnérante : suivant le siège et l'étendue de la blessure l'épanchement sanguin qu'elle détermine, la moelle est altérée sur une hauteur variable. Les muscles paralysés sont quelquefois atteints de contractions spasmodiques liées à l'action réflexe, à la méningite spinale et même à une dégénération descendante des cordons antéro-latéraux (CHARCOT). A une période plus avancée, sous l'influence des mêmes causes, les contractions spasmodiques font place à des contractures qui engendrent des positions vicieuses.

2<sup>o</sup> **Troubles de la sensibilité.** — La paralysie motile peut exister seule, indépendamment de la perte de la sensibilité et de plus elle est toujours du même côté que la lésion quand celle-ci est incomplète. Au contraire, d'après VULPIAN, la perte de la sensibilité siège sur le côté où la motilité est conservée; on ne l'a jamais constatée isolément. Ces phénomènes sont interprétés de façons diverses par les physiologistes. Cependant OLLIVIER a vu l'anesthésie sans paralysie; d'ailleurs, habituellement les deux paralysies sont associées dans les membres inférieurs.

Les troubles de la sensibilité consistent d'une part dans la diminution ou l'abolition des sensations, d'autre part dans l'exagération et la perversion des mêmes phénomènes. L'anesthésie est complète dans la zone d'innervation des nerfs qui émergent de la moelle au-dessous des faisceaux sectionnés; à la limite de la paralysie, au contraire, il y a généralement une hyperesthésie très marquée qui se traduit par des douleurs en ceinture parfois violentes. Cette paralysie porte sur toutes les variétés de sensibilité en même temps, ou bien en respecte quelques-unes (sensation de chaud ou de froid, tact, douleur). Les troubles du sens musculaire, contrairement aux autres sensibilités siègent du côté de la lésion. Ce sens peut être conservé ou aboli, ce dont on s'assure en faisant apprécier des poids différents suspendus au membre, après avoir pris la précaution de bander les yeux du malade. L'hyperesthésie n'est pas croisée comme l'anesthésie et siège sur le même côté que la paralysie motile; en outre elle intéresse toutes les sensibilités à la fois ce qui tiendrait, d'après POINCARRÉ, à son origine inflammatoire et partant diffuse. L'hyperesthésie détermine de vives douleurs au moindre contact, et parfois même jusque dans le membre opposé (*sensations associées de CHARCOT*) ou dans les régions qui correspondent à une partie de la moelle située au-dessus de la blessure (*Excitation réflexe des centres médullaires*).

Ces divers phénomènes ont excité à un haut degré la sagacité des physiologistes, VULPIAN, BROWN-SÉQUARD, CHARCOT entre autres. L'exposé de leurs diverses opinions, encore discutables, ne saurait trouver place ici.

La perversion de la sensibilité n'est pas rare; elle se traduit par des sensa-