

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

Hommage
de la Rédaction

VOL. VIII



NN 14, 15

TYPIS ACADEMICIS

MCMXXXIII

INDEX

	NN
GERALDINO BRITES: <i>La Morphologie en Portugal. Notes sur les études publiées en 1932</i>	14
— <i>Téi atome complexe, bigerminal du sacrum, développé au-dedans du rectum</i> .	15

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

PUBLIÉES AVEC LE CONCOURS
DE LA « JUNTE D'ÉDUCATION NATIONALE »

(Propriété de l'Institut d'Histologie et d'Embryologie et du Laboratoire d'Anatomie)

EDITEUR: PROF. GERALDINO BRITES

Les FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS publient des mémoires originaux et des études d'Anatomie descriptive et topographique, d'Anatomie pathologique, d'Histologie et d'Embryologie réalisés dans les laboratoires de l'Université de Coïmbre.

Les FOLIA sont publiées en français, en anglais ou allemand, au choix de l'auteur. Les fascicules contenant une ou plusieurs FOLIA, paraîtront au fur et à mesure que les articles seront imprimés.

Les manuscrits adressés à la rédaction ne seront pas rendus à leurs auteurs même quand ils ne seront pas publiés.

Toute la correspondance concernant la rédaction et l'administration des FOLIA ANATOMICA doit être adressée à M. le Prof. Geraldino Brites, Institut d'Histologie et d'Embryologie, Coïmbre, Portugal.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. VIII

N 14

LA MORPHOLOGIE EN PORTUGAL.
NOTES SUR LES ÉTUDES PUBLIÉES EN 1932.

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la rédaction le 22 Juin 1933)

I

HISTOIRE

Sueiro (M. B. Barbosa): *La contribution des scientifiques de Lisbonne à l'étude de l'Anatomie comparée.* « Arquivos de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv (1930-1932), N 2, 1932, p. 303.

II

TECHNIQUE

Carvalho (Lopo de), Moniz (Egas) et Saldanha (Aleo): *La visibilité des vaisseaux pulmonaires (angiopneumographie).* « Journal de radiologie et d'électrologie ». T. xvi, 1932, p. 469.

Poursuivant la divulgation de leurs recherches sur la visibilité des vaisseaux pulmonaires, les AA., après le résumé de la technique employée, insistent sur les résultats obtenus et leur interprétation. Dans ce but ils présentent

I

N 14



une série de clichés d'examens angiopneumographiques et de radiographies prises avant l'injection de liquide opaque (iodure de sodium à 120⁰/₀) pour en faire la comparaison.

Carvalho (Lopo de): *Die Angiopneumographie*. « Beiträge zur Klinik der Tuberkulose ». Vol. 80, 1932, p. 681.

Mémoire fait dans le même but et avec l'orientation de l'antérieur, mais basé sur un nombre plus considérable d'observations et détaillant la technique employée.

Duarte (Joaquim): *Notas de technique histologique*. « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. VII, 1932, N 5.

Moniz (Egas) e Carvalho (Lopo de): *A visibilidade dos vasos pulmonares (angiopneumografia)*. « Lisboa Médica ». Vol. IX, 1932, p. 431.

Dans ce mémoire les AA. décrivent les essais et expériences faites pour obtenir la visibilité des vaisseaux pulmonaires; la technique y est présentée avec détail et de même les raisons des insuccès et des accidents qui peuvent survenir; des films radiographiques de grande valeur documentaire sont reproduits et interprétés.

L'angiopneumographie est essayée dans le but diagnostique. Il faut nonobstant remarquer l'importance considérable de cette méthode, de même que l'artériographie cérébrale (Egas Moniz et Almeida Lima) et l'aortographie (Reynaldo dos Santos, Lemos e Caldas), pour la connaissance de l'anatomie chez le vivant et pour l'élucidation de maint problème concernant des lésions organiques, leur localisation et leur évolution, assurant la collaboration de plus en plus intime entre l'anatomie pathologique et la clinique.

Morato (Manuel J. X.): *Notas laboratoriais: A fixação histológica na prática médica*. « A Medicina Contemporânea ». Ano L, 1932, p. 322.

Tamagnini (Eusébio): *A propósito do índice cefálico dos portugueses. Questões de método.* « Revista da Faculdade de Ciências (Universidade de Coimbra) ». Vol. II, N.º 4, 1932, p. 242.

À propos de quelques travaux concernant l'indice céphalique des portugais, l'A. rappelle les règles qu'on doit suivre pour obtenir des résultats valables au point de vue comparatif, en éloignant le danger des recherches sans valeur statistique.

Salazar (A. L.): *Procédé rapide de dessin microscopique.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1932, N 12.

III

ANATOMIE NORMALE. TERATOLOGIE

Almeida (Fernando): *Distribuição, na superfície do cérebro, da artéria silvica nos portugueses de condição humilde.* « Arquivo de Anatomia e de Antropologia ». Vol. XIV (1930-1932), N.º 2, 1932, p. 489.

L'A. a fait l'étude de la distribution de l'artère cérébrale moyenne à la surface du cerveau et des branches de cette artère dans la scissure de Sylvius sur 50 cadavres (7 mois à 81 ans) et sur 250 encéphalographies obtenues sur des individus vivants, adultes, des deux sexes, au Service de Neurologie (Prof. Egas Moniz). De cette étude il présente les conclusions suivantes :

1) Rarement la carotide interne se terminait par quatre vaisseaux, la choroïdienne antérieure et la communicante postérieure qui en sont, en règle, des collatérales, et la sylvienne et cérébrale antérieure qui en sont en règle les terminales.

2) Parfois la sylvienne était le prolongement de la carotide interne.

3) La cérébrale moyenne se terminait au pôle de l'insula

de Reil, quelquefois un peu avant celle-ci. Dans un cas cette artère n'avait plus de 2^{mm} de longuer.

4) Il n'a jamais vu de duplication de la sylvienne.

5) Le diamètre de la cérébrale moyenne oscillait autour de 3^{mm}, celui de la cérébrale gauche étant parfois légèrement plus grand que celui de la droite.

6) D'une manière générale la sylvienne ne fournissait de collatérales corticales qu'après un trajet de 20^{mm}.

7) Quelquefois l'artère de Heubner était une branche de la sylvienne.

8) La façon dont la sylvienne se terminait était très variable: Tantôt elle se continuait par un seul vaisseau, tantôt elle se bifurquait ou trifurquait (les branches de cette bi ou trifurcation pouvant encore se présenter bi ou trifurquées) ou elle se terminait par un grand nombre de branches. Avant de se bi ou trifurquer la sylvienne donnait deux branches, l'une descendante, l'autre ascendante.

9) Ces branches terminales de la sylvienne possédaient un aspect général commun. Trois d'entre elles, sensiblement parallèles pendant un trajet plus ou moins long, suivaient la scissure de Sylvius dans tout son parcours et elles en sortaient par l'extrémité postérieure. Ces trois branches se disposaient sur un plan vertical, l'une étant supérieure, l'autre moyenne et la troisième inférieure. Ces branches étaient les plus longues de celles que l'artère cérébrale moyenne fournissait. Presque toutes les autres corticales provenaient de la première et de la dernière de ces branches.

10) L'ensemble des vaisseaux terminaux de la cérébrale moyenne et de ses collatérales dans la vallée de Sylvius formait un faisceau, le groupe sylvien (paquet sylvien d'Ilgas Moniz). Les trois branches parallèles sus-mentionnées l'A. les a nommées « Branches axes » du groupe (vu que toutes les autres s'en détachent). Ces branches font avec l'horizontale un angle de 140°.

11) Des branches ascendantes, descendantes et posté-

rieures sortaient du « groupe sylvien ». Les ascendantes faisaient le contour frontal du bord supérieur de la scissure de Sylvius, les descendantes celui du bord inférieur.

12) La façon dont ces branches prenaient origine variait d'un individu à l'autre et parfois chez le même sujet de droit à gauche. Il y en avait qui sortaient directement de la sylvienne ou d'un tronc commun lequel se divisait, se bifurquait ensuite (les « candélabres » de Foix), etc.

L'A. a trouvé dans le tout 18 dispositions différentes pour les ascendantes, la plus fréquente (20 %) étant un tronc orbito-fronto-pariétal et conjointement une artère pariétale postérieure (moyenne et postérieure quelquefois). Les descendantes il les a trouvées s'originant d'après quatre types différents. Le plus commun (30 %) était le suivant : Du groupe sortaient des vaisseaux indépendants, ou (20 %) une petite artère temporale suivie d'un tronc temporal, ou bien (25 %) il n'existait qu'un seul vaisseau temporel d'où sortaient des branches pour le lobe respectif.

13) Le premier vaisseau en se détachant du G. S. se dirigeait vers le lobe temporal (65 %).

14) Le dernier vaisseau qui s'en détachait était pariétal dans 79 % des cas.

15) Finalement du G. S. se détachaient, dans le tout, 4 à 9 collatérales; 6 d'entre elles se distribuaient habituellement (43 %) : Deux ascendantes (un tronc fronto-pariétal) donnant à son tour l'orbitaire externe, la frontale inférieure, la frontale ascendante et la pariétale ascendante et l'artère pariétale postérieure. Une postérieure (l'artère du pli courbe). Trois descendantes (les temporales antérieure, moyenne et postérieure) ou bien 3 ascendantes (un tronc frontal — les frontale inférieure et frontale ascendante — la pariétale ascendante et pariétale postérieure; 1 postérieure (l'artère du pli courbe). 2 descendantes (la temporelle antérieure et le tronc temporal).

Azevedo (Gonçalves de) Filho : *Oclusão congênita do intestino delgado*. « Lisboa Médica ». Vol. ix, 1932, p. 606.

Nouveau-né ♀. Occlusion intestinale. Anus et rectum perméables. Laparotomie, Occlusion complète de l'intestin grêle. Jeuno-jejunostomie. Mort. À 20^{cm} du pylore l'intestin terminait en ampoule fermée qui donnait insertion à un petit cordon fibreux, long de 1^{cm},5 qui par l'extrémité opposée se continuait avec l'intestin. Pas de lésions de péritonite.

Azevedo (Gonçalves de): *Mais um caso de oclusão congênita do intestino delgado (interrupção completa).* « Portugal Médico ». Vol. xvi, 1932, p. 511.

Nouveau-né ♂, de conformation extérieure normale. Après la naissance apparaît le syndrome d'occlusion intestinale. Intervention: l'intestin grêle énormément distendu, termine en cul de sac libre, avant d'atteindre l'ampoule cœcale; celle-ci et le gros intestin sont atrésiés; résection de la dernière anse de l'iléon. Mort.

Coelho (Eduardo) e Saldanha (Aleu): *A hepato-esplenografia. Contribuição para o estudo radiológico do fígado e do baço.* « Lisboa Médica ». Ano ix, 1932, p. 53.

« Les AA. on fait l'hépatospléno-graphie dans 13 cas, en employant le « Thorotrast 1703 a Hayden ». Ils ont injecté tout d'abord des sujets normaux, puis des malades atteints de troubles hépatiques d'origine circulatoire, d'hémopathies, des malades du foie et de la rate, ainsi qu'un cas de tumeur de l'abdomen qui avait été prise par une tumeur du foie ou une splénomégalie. Ils ont réussi à obtenir des images extraordinairement nettes.

« La technique des AA. est la suivante: dose totale de Thorotrast injecté, 20 grs. (80 cc); une injection intra-veineuse chaque jour, de 5 grs. ou 20 cc. Ils ont obtenue aux 5-10 grs. (20-40 cc) une opacité suffisante, dans la plupart des cas, pour le diagnostic différentiel, et surtout la visualisation des contours des deux viscères. Il n'y a pas besoin d'employer des doses plus grandes.

Ils n'ont pas eu d'accidents. La visualisation du foie et

de la rate obtenue par les AA. présente un grand intérêt au point de vue de l'anatomie chez le vivant.

Fontes (Victor): *Notas relativas ao tronco arterial bráquio-cefálico, artérias carótidas primitivas, tiroideias superior, inferior e de Neubauer, e algumas variações de origem de alguns ramos da crossa aórtica, no tipo português humilde (Sôbre observações do Dr. Rita Martins).* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. xiv (1930-1932) N.º 2, p. 229.

L'A. présente le résultat des observations faites par M. le Dr. Rita Martins sur 87 cadavres, avec les commentaires que ces observations suggèrent, en considérant le sexe et l'âge. Toutes ces observations se rapportent au *type portugais humble*, d'après la désignation de l'école du Professeur H. de Vilhena.

I. Longueur des carotides primitives: *a)* La longueur de de la carotide primitive gauche, ne dépasse celle de droite à peine de la longueur du tronc artériel brachio-céphalique, vu que le vaisseau carotidien du côté droit est en général (77 fois sur 87 cadavres) plus long que la différence entre celui du côté gauche et le tronc brachio-céphalique. Cela s'explique par la direction du tronc brachio-céphalique, lequel fait avec la carotide primitive droite un angle obtus ouvert en dedans. *b)* La différence de longueur (maximum et minimum) des vaisseaux carotidiens des exemplaires étudiés, est de 24 à 35 millimètres. *c)* La longueur de ces vaisseaux s'accroît d'une façon générale avec l'âge, cet accroissement étant toutefois plus marqué du côté gauche, et de 70 à 80 ans. *d)* Chez la femme la longueur de ces vaisseaux sur le même sujet s'accroît avec l'âge de façon régulière. Chez l'homme elle s'accroît avec la même régularité jusqu'à 70 ans, puis la carotide gauche s'allonge plus que la carotide droite. *e)* La moyenne des longueurs de ces vaisseaux est de 102^{mm} à droite et de 134^{mm} à gauche.

II. Longueur et périmètre du Tronc artériel brachio-céphalique: *a)* Dans tous les sujets, quel que soit le sexe, la

longueur (moyenne $41^{\text{mm}},8$) et le périmètre (moyenne 42^{mm}) de ce tronc sont assez proches. *b)* Chez la femme ces moyennes sont 44^{mm} et $42,3^{\text{mm}}$ et chez l'homme $40,3^{\text{mm}}$ et $42,2^{\text{mm}}$. *c)* Chez l'homme les différences sont plus considérables à 30 ans, puis elles se rapprochent jusqu'à 50 ans; les dimensions augmentent parallèlement, mais de très peu, de 50 à 90 ans. *d)* Chez la femme, les différences étant très petites jusqu'à 50 ans, s'accroissent nettement après cet âge.

III. Niveau de bifurcation des carotides primitives:

a) Sur 57 % des sujets étudiés la bifurcation se fait au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, sur 37,2 % au-dessus et 6,97 % au-dessous de ce niveau. *b)* Cette bifurcation, par rapport au bord supérieur de ce cartilage, se fait à hauteur variant entre 30^{mm} et 17^{mm} . *c)* La bifurcation au niveau plus habituel est plus fréquente chez la femme et la fréquence plus grande à droite. La bifurcation au-dessous de ce niveau chez la femme est moins fréquente que chez l'homme, la plus grande différence étant à droite; au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde la fréquence est la même chez l'homme et chez la femme, mais à droite est plus grande chez l'homme, le contraire ayant lieu à gauche.

IV. Origine de l'artère thyroïdienne supérieure: *a)* Cette artère naît au-dessus de la bifurcation de la carotide primitive 47,6 % à droite et 30,2 % à gauche; au niveau de la bifurcation, 3,3 % à droite et 45,3 % à gauche; au-dessous de ce niveau, 13,9 % à droite et 24,4 % à gauche. *b)* Cette artère naît plus souvent au niveau de la bifurcation de la carotide primitive chez l'homme (4,31 %) que chez la femme (33,3 %); elle est plus souvent une branche de la carotide primitive chez l'homme (15,1 %) que chez la femme (11,3 %) et elle est une branche de la carotide externe dans les pourcentages de 40,9 chez l'homme et de 52,2 chez la femme. *c)* En prenant en considération encore le plan de symétrie, on constate que la thyroïdienne supérieure est une branche de la carotide

primitive chez l'homme 15,1⁰/₀ à droite et 22,7⁰/₀ à gauche; chez la femme 11,3⁰/₀ à droite et 25⁰/₀ à gauche; elle est une branche de la carotide externe chez l'homme 40,9⁰/₀ à droite et 31,8⁰/₀ à gauche; chez la femme, 52,2⁰/₀ à droite et 27,5⁰/₀ à gauche; elle naît au niveau de la bifurcation chez l'homme, 43,1⁰/₀ à droite et 45,4⁰/₀ à gauche, chez la femme 33,3⁰/₀ à droite et 43,1⁰/₀ à gauche.

V. Rapport du cordon du grand sympathique avec l'artère thyroïdienne inférieure: a) Dans les exemplaires étudiés 114 fois le sympathique était antérieur à la thyroïdienne inférieure; il était postérieur 51 fois. b) La position antérieure du sympathique a été observée 64 fois à droite et 50 fois à gauche; la position postérieure, 22 fois à droite et 29 fois à gauche.

VI. Artère thyroïdienne de Neubauer: L'A. donne ce nom au vaisseau qui, se distribuant au corps thyroïde, prend naissance à la crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive ou la mammaire interne. Il appelle tout simplement *thyroïdiennes accessoires* tous les autres vaisseaux thyroïdiens qui n'ont point l'une de ces origines. a) Sur 87 cadavres l'A. a rencontré 12 fois des thyroïdiennes de Neubauer (♂ 15⁰/₀, ♀ 11,9⁰/₀, dans les deux sexes 13,4⁰/₀). b) Sur trois ♀, entre les vaisseaux de type Neubauer, il y avait de petits vaisseaux qui naissant de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique, se distribuaient au tissu cellulaire prétrachéal et au péricarde. L'A. considère ces minces rameaux comme des *reliquats* de vaisseaux thymiques. c) Parmi les exemplaires étudiés on remarque une grande variabilité. d) L'A. croit pouvoir interpréter cette variabilité des dispositions artérielles de cette région par la variabilité des organes glandulaires y contenus, le thymus, le thyroïde, étant des organes extrêmement variables en volume et en valeur fonctionnelle avec l'âge. f) Dans les exemplaires étudiés l'artère thyroïdienne de Neubauer coexiste avec les autres vaisseaux thyroïdiens habituels (9,2⁰/₀), ce fait étant plus

fréquent chez l'homme (15,5 %) que chez la femme (7,1 %). En 3,02 % des cas le vaisseau de Neubauer remplace l'artère thyroïdienne inférieure (2 fois à droite et 1 à gauche); les pourcentages de ce remplacement sont 2,2 pour les hommes et 4,4 pour les femmes. *g*) L'artère de Neubauer naît du tronc brachio-céphalique sur 11,3 % des cas. Une seule fois elle naissait de la carotide primitive droite (1,03 %). *h*) L'émergence des vaisseaux thyroïdiens de Neubauer se faisait 5 fois à la moitié supérieure du tronc brachio-céphalique et 1 fois au milieu de son trajet.

VII. Variations d'origine de quelques branches de la crosse de l'aorte. L'A. présente deux cas de variation de ces branches: *a*) De la crosse de l'aorte naissait un tronc commun au tronc brachio-céphalique et à la carotide primitive gauche; tout près était le point d'origine de la sous-clavière gauche. *b*) La sous-clavière droite est la dernière branche de la crosse, naissant de son bord supérieur, immédiatement au dessus de la sous-clavière gauche; elle se dirige en arrière et passe entre l'œsophage et la colonne vertébrale, à la hauteur de la seconde vertèbre dorsale, puis elle suit le trajet inter-scalénique et se divise alors normalement.

Leal (Silva) et Mendes (Espregueira): *Quelques cas de polydactylie*. «Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis». Vol. VIII, 1932, N 17.

Lima (J. A. Pires de): *Éctromélie longitudinale chez un Chat*. «Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis». Vol. VII, 1932, N 16.

Lima (J. A. Pires de): *Novas observações de anomalias dos membros*. «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIV (1930-1932) N.º 2, 1932, p. 303.

L'A., en poursuivant ses études sur les anomalies des membres, enregistre dans ce mémoire plusieurs cas de ces anomalies. Il mentionne plusieurs cas de mouvements anormaux des doigts.

Se rapportant aux observations de Valadares et de L. de Pina, concernant des cas d'impressions digitales avec multiplication de figures des crêtes papillaires, l'A. émet l'hypothèse que le dédoublement de ces figures correspond à l'ébauche de bifidité de la phalange correspondante.

Relativement à la polydactylie transitoire, un cas de petit doigt surnuméraire, pediculé sur l'auriculaire, est mentionné; le porteur de cette anomalie appartient à une famille où tous les fils (6 ♂ et 3 ♀) sont polydactyles du type p. transitoire.

Huit cas de prepollex sont mentionnés et les observations de pre-hallux sont en nombre de trois

L'hyperdactylie par existence de post-minimum est représentée par 3 observations, l'hyperdactylie de toutes les extrémités par 3 autres observations. L'A. présente encore des courtes notes sur 5 autres cas de polydactylie.

La casuistique portugaise de l'agenésie du pouce est enrichie avec deux nouveaux cas, l'hipo-syndactylie avec un cas, la brachidactylie avec un cas, la syndactylie avec 3 cas, la microdactylie avec un cas, l'agenésie d'un métacarpien et hypodactylie avec un cas aussi.

Lima (J. A. Pires de), Mascarenhas (Constâncio) e Barreto (Santana): « Miscelânea científica e literária dedicada ao Dr. Leite de Vasconcelos. *Contribuição para o estudo antropológico da Guiné Portuguesa*. Coimbra, 1932

Moniz (Egas) e Almeida (Fernando de): *Seio recto e seio longitudinal inferior*. « Folia Anatomica Universitatis Coimbragensis ». Vol. VII, N 9.

Moniz (Egas), Alves (Abel) e Almeida (Fernando de): *Os seios venosos da dura-mater, sua visibilidade aos raios X*. « Lisboa Médica ». Vol. IX, 1932, p. 523.

Les AA. décrivent la technique pour obtenir, avec la même injection de thorostrast, l'artériographie cérébrale et la visibilité des sinus droit et longitudinal inférieur qui se

présentent chez le vivant comme le même sinus. L'ampoule de Galien ne serait qu'un très fort affluent veineux de ce sinus dans la partie supérieure de la tente du cer-velet. Le schéma classique n'est pas d'accord avec cet aspect. Plusieurs films radiographiques sont présentés à l'appui de l'exposé.

Moniz (Egas), Alves (Abel) e Almeida (Fernando de): *Visibilidade aos raios X das veias profundas do cérebro.* « Lisboa Médica ». Vol. ix, 1932, p. 587.

Les AA. par l'injection de thorotrast dans la carotide primitive, ont fait dans les films radiographiques du cer-veau, l'identification de l'ampoule de Galien, de la veine de Galien et de la veine basilaire. Cette nouvelle étape de l'angiographie cérébrale est importante vu que la veine de Galien, placée dans la toile choroïdienne supérieure, ré-père la toit du III^e ventricule et l'ampoule de Galien, contournant le bourrelet du corps calleux, précise sa situa-tion dans les films phlébographiques.

Moniz (Egas) e Lima (Almeida): *Visibilidade das veias do cérebro pela prova encefalográfica. Flebografia normal.* « Lisboa Médica ». Vol. ix, 1932, p. 201.

Les AA. ont obtenu dans la même séance et avec la même injection de thorotrast (10 a 15 cc) l'artériographie et la phlébographie du cerveau. Pour cela, après avoir escamoté le premier film, ils ont fait une nouvelle radiogra-phy deux secondes après la première.

Les AA. calculent que la vitesse de la circulation dans le cer-veau à travers les capillaires est de trois secondes, au maximum. Si on fait la deuxième radiographie deux se-condes après la première, on voit le réseau veineux du cer-veau avec les veines anastomotiques de Trolard et de Labbé. Si on l'obtient trois secondes après, on voit seule-ment les gros troncs veineux qui vont aux sinus. La veine de Labbé est toujours très visible.

Les seins ne sont pas très visibles en général. La grande

masse de sang fait la dissolution du thorotrast de tel façon qu'il perd plus ou moins complètement son opacité.

Morato (Manuel J. X.): *Sóbre uma anomalia da uretra.* « A Medicina Contemporânea ». Ano I, 1932, p. 104.

♂, 17 ans. La glande fait un angle obtus à ouverture postérieure avec le corps du pénis; le prépuce, à bord irrégulier, ne couvre pas complètement la glande. À l'extrémité de celle-ci il y a une fente médiane à laquelle correspond une fossette profonde de 5^{mm}, sans aucune communication avec l'urèthre.

Le méat est sur la face inférieure de la glande tout près du frein du prépuce; dans la paroi dorsal on voit un sillon longitudinal qui se dirige en avant.

Entre le méat et la fente ci-dessus indiquée il y a un tout petit orifice.

Pereira (Souza): *Inervação do uretere e sua importância cirúrgica.* « Portugal Médico ». Vol. XVI, 1932, p. 477.

La dissection macroscopique n'est pas suffisante pour montrer les filets sympathiques, provenant des plexus rénal ou spermatiques qui se perdent dans l'adventice de l'uretère. Mais quelle que soit la distribution de filets sympathiques, qui suivent cette adventice, et leurs connexions avec les cellules ganglionnaires, existant dans l'épaisseur de la paroi de l'uretère, il est bien démontré par l'expérimentation que l'interruption de l'inervation intrinsèque de l'uretère, détermine la dilatation de ce canal.

Pina (Luiz de): *O crescimento corpóreo dos Portugueses. (Estatura).* « Portugal Médico ». Vol. VI, 1932, p. 144.

De l'étude de 600 individus, l'A. arrive aux conclusions suivantes: a) De 10 à 25 ans, l'homme portugais croît 31,5 cm. b) La valeur numérique de la stature commence à se fixer à la dix-huitième année, à peu près, la croissance jusqu'aux 25 ans ne dépassant 4^{mm}, ce qui n'a pas de valeur anthropologique. c) La stature aux 26 ans se main-

tient ensuite, étant la moyenne portugaise (Pôrto) 165,1 et la moyenne générale 165,0. *d*) Entre les 12 et 17 ans il y a deux phases de croissance rapide (14-15 ans, 16-17 ans). *e*) La croissance est en conséquence complète à 25 ans.

Pina (Luiz de): *Contribuição para a Antropologia dos povos bracarenses.* « Revista de Guimarães », 1932.

Étude anthropologique faite sur 84 ♂ et 58 ♀.

Pina (Luiz de): *Contribution à l'anthropologie des muscles. Les Rhomboïdes.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. VII, 1933, N 3.

Pina (Luiz de): *Quelques cas de variation des membres chez les portugais.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. VII, 1932, N 4.

Pina (Luiz de): *Quelques considérations à propos de la morphologie du muscle trapèze.* « Ann. d'Anat. patho. ». Vol. IX, 1932, p. 217.

L'A. a étudié ce muscle sur 93 singes et sur 16 cadavres de portugais. Au fur et à mesure qu'on avance dans l'échelle évolutive des Singes, il y a une tendance à une plus grande extension d'insertion vertébrale. L'index du trapèze (Loth) augmente depuis les lémurien jusqu'à l'homme.

Pina (Luiz de): *Note sur la morphologie d'un sternum portugais.* « Ann. d'Anat. patho. ». T. IX, 1932, p. 332.

L'A. présente la description d'un sternum à type orangôide.

Pina (Luiz de): *O índice cefálico dos portugueses em relação com a idade.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ».

Vol. XIV (1930-1932), N.º 2, 1932, p. 549.

L'A. a étudié 845 individus du sexe masculin, formant deux groupes, l'un des individus dont l'âge était comprise

entre 10 et 25 ans et l'autre composé d'adultes de 30 à 40 ans. Il est arrivé aux conclusions suivantes: 1) Avec l'avancement de l'âge, l'indice céphalique diminue. 2) Entre l'indice céphalique des enfants de dix ans et celui des adultes de 30 à 40 ans, il y a une différence de 3,4. 3) L'indice céphalique minimum des séries étudiées diminue au fur et à mesure qu'on avance en âge. 4) Les diamètres antéro-postérieur et transverse de la tête augmentent avec l'âge. 5) Entre 10 et 40 ans l'homme portugais est dolichocéphale (87,8 ‰), quelquefois mésaticéphale (9,46 ‰), rarement braquicéphale (2,01 ‰). 6) La valeur de l'indice céphalique des individus de 18 à 25 ans et la valeur de celui des adultes de 30 à 40 ans, diffèrent d'une unité à peu près.

Rodrigues (Lino) e Adrião (Melo): *Sobre o valor antropológico do fígado.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv (1930-1932) N.º 2, 1932, p. 605.

Après l'étude détaillée d'une série de 400 observations de l'archive de l'Institut de Médecine légale de Porto, les AA. concluent qu'il n'y a pas de corrélation entre le poids du foie et la stature de l'individu et de même qu'aucune relation n'existe entre le poids de l'individu et celui du foie.

Pina (Luiz de): *Le développement de la tête chez les portugais en rapport avec la taille et l'âge.* « Arch. d'Anat., d'Hist. et d'Embryologie. T. xiv, 1931-1932, p. 225.

D'après les recherches de l'A., chez les Portugais, l'augmentation des deux diamètres de la tête (transverse et antéro-postérieur) suit le développement de la taille, et l'âge également; l'indice céphalique diminue au fur et à mesure que la taille (loi de Pittard) et l'âge augmentent.

Pina (Luiz de): *Os ângulos da base do crânio nos portugueses.* « Anais da Faculdade de Ciências do Porto ». T. xvii, 1932.

L'A. arrive à la conclusion que d'une façon générale, les Portugais, en conséquence de leurs angles craniens, s'identifient nettement avec tous les types dolichocéphales, s'éloignant des braquicéphales, les rapports avec ceux-ci étant peu étendus.

Ribeiro (Óscar) e Gomes (Rodrigues): *Aplasia útero-anexial familiar*. « Portugal Médico ». Vol. xvi, 1932, p. 27.

Deux cas d'infantilisme génital dans des sœurs.

I. ♀ 29 ans. Aménorrhée complète. Organes génitaux externes peu développés. Vagin de longueur normale; col utérin très petit, à orifice externe punctiforme difficilement visible. Hystérométrie: 3 cm. Mamelles très petites dont le développement n'est pas accentué qu'à 28 ans, mamelons extrêmement petits. Deux mamelons surnuméraires à gauche, à petite distance du mamelon normal.

L'examen radiologique après injection intra-utérine de thordiol a confirmé la petitesse de l'utérus; pas d'image radiologique des trompes.

II. ♀ 23 ans. Hymen intact. Au toucher rectal on aperçoit un utérus de petit volume, les annexes n'étant pas palpables. Menstruation pas encore établie.

Rodrigues (Álvaro): *O sistema linfático e a sua importância cirúrgica*. « Trabalhos do Laboratório de Medicina operatória ». (Faculdade de Medicina do Pôrto) 1933, p. 143.

Dans ce mémoire, dont l'importance chirurgicale est considérable, l'A. a étudié la circulation lymphatique, et à ce point de vue ses conclusions sont aussi très intéressantes pour les morphologistes.

1.^o Il est possible d'obtenir par la radiographie des images parfaites du système lymphatique sur le vivant, en injectant au préalable, dans ce système, des substances opaques aux Rayons X, telles que l'Abrodil et le bioxide de Thorium.

2.^o Il est possible de mettre en évidence directement les lymphatiques d'une région déterminée, et de connaître

leurs territoires ganglionnaires sur le vivant, par la méthode de l'indigo-carmin, qui consiste à injecter dans les follicules intraganglionnaires, ou dans les réseaux d'origine des vaisseaux lymphatiques périphériques, une solution aqueuse (à 4⁰/₀) d'indigo-carmin, convenablement stérilisée par l'ébullition et filtrée, et en utilisant une technique semblable à celle de l'injection des lymphatiques sur le cadavre.

3^e Les deux procédés, outre les grands services qu'ils rendent, en contribuant à une meilleure connaissance de la physio-pathologie du système lymphatique, pourront, aussi bien l'un que l'autre, être d'une grande utilité dans la pratique chirurgicale future. Sans vouloir se prononcer encore sur le bioxyde de thorium, à défaut d'examen histologiques de la paroi des lymphatiques injectés, l'A. croit, néanmoins, pouvoir dire dès maintenant, en ce qui concerne l'indigo-carmin, que sa tolérance de la part de l'organisme est parfaite et qu'il peut être appliqué à l'homme; outre la facilité avec laquelle il met en évidence tous les vaisseaux lymphatiques, il est absolument dépourvu de toxicité à la dose employée; il respecte la perméabilité des vaisseaux lymphatiques et ne paraît pas provoquer de réaction de leurs parois. 4^e En ce qui concerne la circulation lymphatique, on constate que, quand le tronc collecteur principal d'un groupe ganglionnaire déterminé, tels que les troncs jugulaires et ilio-fémoraux, est interrompu, la circulation tend à se rétablir par l'apparition de voies collatérales dérivatives, pré ou néoformées, qui se développent ensuite extraordinairement, de manière à donner passage à la lymphe tributaire des ganglions précités.

5^e Le rétablissement définitif de la circulation se fait, en outre, par la reconstitution du tronc intercepté. Tous les vaisseaux qu'on interrompt, soit par ligature, soit par section, ont une tendance à se reconstituer, le procédé de reconstitution étant plus rapide et plus constant dans les vaisseaux simplement ligaturés.

Rodrigues (Lino) et Adrião (Melo): *Note sur un appendice vermiculaire anormalement long.* « Annales d'Anat. pathologique » T. IX, 1932, p. 214.

Il s'agit d'un appendice long de 20,5 cm., mensuration faite après une longue action de la solution conservatrice (formaldéhyde).

Saavedra (Alberto): *A bacia da mulher portuguesa (subsídios para o seu estudo).* « Anais da Faculdade de Ciências do Pôrto », 1932.

En étudiant les matériaux recueillis au Dispensaire « Magalhães Lemos », l'A. conclue que seul le diamètre bi-tronchantérien présente une valeur un peu différente des moyennes européennes. En considérant que le fémur portugais se rapproche plus étroitement des fémurs des peuples européens à petite stature, on pourra, peut-être attribuer cette différence plutôt à une adaptation fonctionnelle déterminant l'élargement de la ceinture pelvienne, vérifié après la 20.^e année, qu'à un caractère intrinsèque du bassin de la femme portugaise.

Soeiro (M. B. Barbosa): *Anotações anatómicas. xv. Nota sobre um sacro humano mesolítico.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIV (1930-1932), N.^o 2, 1932, p. 359.

L'A. décrit un sacrum mésolithique du Musée des Services Géologiques du Portugal. Ce sacrum possède 7 trous sacrés complets à droite, 5 complets et 1 incomplet à gauche. Il présente deux hypothèses pour l'interprétation de cette variation : a) Ce sacrum comprend la sixième vertèbre lombaire et les deux premières coccygiennes soudées ; b) dans ce sacrum sont comprises les trois premières vertèbres coccygiennes soudées et la première sacrée avec un commencement de lombalisation.

Tamagnini (Eusébio): *Sobre a distribuição geográfica de alguns caracteres fundamentais da população portuguesa*

actual. « Revista da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra ». Vol. II, N.º 2, 1932, p. 100

Étude faite sur 11.658 individus, la plupart des jeunes hommes faisant le service militaire. Dans ce mémoire l'A. ne considère que l'indice céphalique et la taille. Les conclusions plus intéressantes sont les suivantes: *a)* La valeur moyenne de l'indice céphalique (obtenu chez le vivant) est 76,39, ce qui permet de ranger les portugais parmi les populations européennes plus dolichocéphales. *b)* La dolichocéphalie est plus forte au nord et au centre du pays. *c)* La moyenne générale de la taille est de 1^m,645, les portugais appartenant en conséquence aux populations à taille moyenne (limite inférieure). *d)* La taille moyenne est plus élevée au nord et au sud du pays.

Tamagnini (Eusébio): *A antiga população das Canárias.* « Revista da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra ». Vol. II, N.º 3, 1932, p. 168.

Ayant étudié 1.000 crânes identifiés d'habitants anciens de l'Archipel Canarien, appartenant aux collections du Museum d'Histoire Naturelle, Laboratoire Anthropologique et Société d'Anthropologie de Paris, l'A. est arrivé aux conclusions suivantes:

I. L'ancienne population canarienne, considérée dans son ensemble, se présente nettement dolicho-mésocéphale, ortho-camécéphale, came-mésoprosope, leptorrhynienne, cameconche, orthognathe.

II. Les séries masculine et féminine sont très différentes, au point de vue de la distribution des valeurs des indices céphalique, nasal et orbitaire.

III. Ces différences démontrent nettement la hétérogénéité de la population respective et viennent à l'appui de l'hypothèse de l'influence d'éléments brachycéphales et d'affinités négroïdes, exercée sur le noyau de la population primitive.

IV. L'analyse comparative des données fournies par les

différentes îles de l'archipel canarien, ne permet d'affirmer avec sûreté, aucune distribution différentielle des éléments ethniques constituant la population, Ténériffe et Gran Canaria exceptées; dans la première la population est plus camécéphale et dans la seconde, plus dolichocéphale, plus leptoprosope et plus hypsiconche.

V. L'analyse de la constitution morphologique des éléments desharmoniques en démontre la tendance platyrrhinienne, et l'insuffisance du pourcentage des éléments à affinités cromagnonoïdes, contrarie l'hypothèse de la survivance de ce type ethnique si controversé.

VI. Par contre, nos connaissances actuelles sur le comportement héréditaire des caractères humains, viennent à l'appui de l'hypothèse de l'origine hybride des types desharmoniques.

Tavares (Amândio) e Azevedo (Gonçalves de) Filho: *Um caso de teratoma cervical.* « Lisboa Médica ». Vol. ix, 1932, p. 732.

Description très complète d'un dysembryome cervical enucléé pendant l'accouchement. Dans cette tumeur très volumineux les AA. ont observé des membres rudimentaires, des ébauches de parties du tube digestif (intestin et œsophage), des formations représentant des canaux trachéobronchiques et les poumons et des ébauches du système nerveux central sous forme de amas neuro-épithéliaux très polymorphes.

Tavares (Amândio) et Azevedo (J.): *Agenésie du pénis chez un nouveau-né.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. vii, N 18.

Themido (António A.): *Sobre alguns caracteres antropométricos da população portuguesa.* « Revista da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra ». Vol. ii, N.º 4, 1932, p. 217.

Les mensurations ont été faites sur 200 ♂ et 150 ♀, âgés

de plus de 20 ans. En se rapportant à l'ensemble de ces individus, l'A. présente les conclusions suivantes :

I. La taille moyenne ($1^m,648$ ♂, $1^m,523$ ♀) est légèrement inférieure à la moyenne de la taille humaine, quel que soit le sexe considéré.

II. La différence sexuelle des moyennes de la taille est égale à 125^{mm} ; c'est la différence habituelle dans les autres populations.

III. Parmi les ♂♂ le pourcentage d'individus à haute taille et à petite taille est égale à peu près au pourcentage des individus appartenant aux deux groupes de tailles moyennes, tandis que parmi les ♀♀ les individus des deux groupes à taille moyenne sont plus nombreux.

IV. La moyenne de la grande envergure ($1^m,682$) chez les portugais du sexe masculin, dépasse en 34^{mm} la moyenne de la taille; chez les femmes portugaises la moyenne de la grande envergure ($1^m,525$) est presque égale à la moyenne de la taille.

V. Sur 80% des individus ♂ l'envergure est supérieure à la taille, tandis que les individus ♀ dans ces conditions sont 51% ,

VII. Il y a une corrélation directe très élevée entre la grande envergure et la taille.

VIII. Les moyennes de la hauteur du buste sont 875^{mm} ♂ et 829^{mm} ♀, les moyennes de la longueur des membres inférieures étant, en conséquence, 773^{mm} ♂ et 694^{mm} ♀.

IX. Les différences entre les moyennes de la longueur des membres inférieures et de la hauteur du buste sont 102^{mm} ♂ et 135^{mm} ♀.

X. Les dimensions du buste augmentent au fur et à mesure que la taille croit, l'augmentation étant plus considérable chez les femmes.

XI. Les valeurs moyennes de l'indice schélique sont $53,19$ ♂ et $54,41$ ♀.

XII. Les individus observés sont brachi-mésatschéliques, le pourcentage des macioschéliques étant très petit.

XIII. L'indice schélique diminue au fur et à mesure

que la taille augmente, la diminution étant plus considérable chez l'homme.

XIV. Pour la même taille, l'indice schélique est plus haut chez les femmes.

XV. Les valeurs moyennes de l'indice céphalique sont 75,97 ♂ et 76,42 ♀, la différence sexuelle des moyennes n'ayant pas de signification statistique.

XVI. Les portugais sont nettement dolicho-mésaticéphales, les brachycéphales étant peu nombreux.

XVIII. Entre la taille et l'indice céphalique, il y a une corrélation inverse sans importance.

XVIII. Les valeurs moyennes de la longueur de la tête sont 193^{mm},86 ♂ et 182^{mm},493 ♀, la différence sexuelle des moyennes présentant signification statistique.

XIX. La largeur de la tête présente les valeurs moyennes de 167^{mm},265 ♂ et 139^{mm},354 ♀, la différence sexuelle des moyennes ayant aussi de signification statistique.

XX. Il y a une petite corrélation inverse entre la taille et les diamètres céphaliques, antéro-postérieur maximum et transverse maximum, cette corrélation étant plus haute que celle de la taille et de l'indice céphalique.

XXI. Le développement du diamètre antéro-postérieur est plus proportionnel au développement de la taille que le développement du diamètre transversal.

Trincão (Mário Simões): *Deux cas de «situs viscerum inversus completus»*. «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigen-sis». Vol. VII, 1932, N 15.

IV

CYTOLOGIE. HISTOLOGIE. ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Costa (Celestino da): *Sur les caractères cytologiques des gonocytes primordiaux chez les Mammifères*. «C. R. Soc. Biol.». T. cx, 1932, p. 1041.

Les gonocytes primordiaux logés dans l'épithélium de l'intestin caudal, présentent des caractères qui tranchent fortement sur ceux des cellules environnantes. Ces caractères sont: la grande taille des corps cellulaires, la netteté de leurs contours; le noyau est un peu excentrique et pâle, à un ou deux corpuscules nucléolaires; le cytoplasma condensé près du noyau forme une sphère où les centrioles peuvent être visibles. Le chondriome présente une résistance remarquable aux manipulations de la technique histologique; ils conservent souvent leur chondriome intact tandis que les cellules épithéliales, qui les entourent, s'en montrent presque entièrement dépourvues. Quelle que soit leur situation (hypoblaste sous-allantoïdien, épithélium intestinale, mésentère, crête génitale ou gonade déjà constitué) les gonocytes primordiaux présentent une fixité morphologique remarquable.

Cunha (A. Gonçalves da): *L'évolution du vacuome pendant le développement et la maturation de la graine de blé, d'après l'étude de préparations à l'imprégnation argentique.* « C. R. Soc. Biol. ». T. cix, 1932, p. 509.

L'A., en supposant que la diastase amylolytique élaborée pendant le développement de la graine, avant la maturation, est emmagasinée dans les éléments du vacuome des cellules de l'assise glandulaire du scutellum, a étudié ce développement sur des préparations traitées par la méthode d'imprégnation argentique de Cajal. Il conclue de ses observations que le vacuome de ces cellules peut se présenter sous forme de vacuoles arrondies ou sous celle de réseaux.

La transformation de ces formes les unes dans les autres est en rapport avec l'état du contenu vacuolaire. A l'état liquide et à l'état solide correspondent les vacuoles arrondies; à l'état semi-fluide, le vacuome se présente sous la forme réticulaire. L'aspect même des précipités des substances argentophiles doit être en rapport avec l'état du contenu vacuolaire, donc avec le degré de concentration de ce contenu.

Cunha (A. Gonçalves da): *Remarques sur la cytologie du développement de la graine de Blé.* « C. R. Soc. Biol. ». T. cx, 1932, p. 1043.

L'A. conclue de ses observations que la diastase amylolytique est élaborée dans les éléments du chondriome pendant les derniers stades du développement de la graine.

Cette diastase est alors emmagasinée dans les éléments du vacuome des cellules de l'assise glandulaire du scutellum, où elle est à l'état de vie ralentie, et reprend son activité au moment de l'absorption de l'eau lors du commencement de la germination.

Cunha (A. Gonçalves da): *Sur le dépôt d'amidon dans les cellules de l'albumen pendant le développement des graines.* Idem, ibidem., p. 1045.

L'A. conclue de l'étude de ses préparations traitées par la méthode de Regaud qu'on y trouve la démonstration de l'origine mitochondriale des grains d'amidon de réserve dans les cellules de l'albumen de la graine de Blé. Les sucres solubles se dirigeant vers ces cellules y seraient transformés en grains d'amidon par une élaboration des chondriocentes et y restent sous cette forme jusqu'au commencement de la germination.

Cunha (Jaime): *Tissu musculaire spécifique du cœur dans segment thoracique de la veine cave inférieure de l'homme.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. vii, 1932, N 19.

Morais (Ernesto): *Contribution à l'étude des leucocytes chez le lapin.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. vii, 1932, N 6.

Morato (J. Xavier): *La cytogenèse et les phénomènes sécrétoires du lobe antérieur de l'hypophyse étudiés par le méthode de l'impregnation argentique.* « C. R. Soc. Biol. », T. cx, 1932, p. 1028).

En étudiant l'évolution de l'hypophyse du Chat, depuis des embryons de 97^{mm} jusqu'à l'âge adulte, l'A. a constaté des faits qu'il juge suffisants pour proposer, à titre provisoire, un cycle sécrétoire: « La cellule à cytoplasme doré
« (cellule principale) est une cellule au repos. Par des modifications physico-chimiques quelconques de son cytoplasme, cette cellule devient une cellule à cytoplasme
« brunâtre. Peu à peu, dans ce cytoplasme apparaissent
« des granulations argentophiles dont le nombre augmente
« successivement. Notre cellule est maintenant une cellule
« remplie de granulations noires. A leur tour ces granulations (granules de sécrétion ou mitochondries?) se transforment en un produit liquide incolore. La cellule à
« granulations est devenue maintenant une cellule vésiculeuse ».

Morato (J. Xavier): *Nouveaux résultats de l'application de l'imprégnation argentique à l'étude de l'hypophyse.* « C. R. Soc. Biol. ». T. cx, 1932, p. 1029.

L'A. a fait une première classification des cellules de la préhypophyse d'après les caractères qu'elles présentent après l'imprégnation argentique: Cellules à granulations noires, cellules à cytoplasme brunâtre et cellules claires.

Il revient à cette classification provisoire cherchant à lui donner un caractère définitif. Pour les *cellules à granulation noires* l'étude faite a confirmé entièrement les conclusions antérieures. De même tout ce qui concerne les *cellules à cytoplasme brunâtre*; elles contiennent fréquemment des granulations argentophiles, correspondant aux formes intermédiaires entre les deux premiers types morphologiques. Les *cellules claires* ne méritent vraiment cette dénomination, vu que l'A. a observé des éléments encore plus clairs, les *cellules vésiculeuses*. Ce sont des éléments volumineux, à contour bien net, cytoplasme alvéolaire, noyau placé au centre ou à la périphérie. Les *cellules claires* ont un cytoplasme finement granuleux, presque dépourvu de

granulations argentophiles et qui prend une couleur jaune dorée; plus exactement elles méritent le nom de *cellules à cytoplasme doré*.

La plupart des cellules du lobe moyen sont des cellules à cytoplasme doré. Parmi celles-ci on voit des cellules remplies de granulations noires identiques aux cellules à granulations noires du lobe antérieur et on y trouve aussi des cellules vésiculeuses. On doit en conséquence admettre pour le lobe moyen une structure et une activité semblables à celles du lobe antérieur, bien qu'à un degré moindre.

Nunes (J. Pinto): *Sur l'origine de la glande interstitielle de l'ovaire.* « C. R. Soc. Biol. ». T. cxi, 1932, p. 599.

Les processus de formation de l'interstitielle et l'origine de ses éléments dépendent du moment évolutif considéré et ne doivent être considérés qu'en fonction de ce moment. « Dans certains périodes de l'évolution ovarienne, les nodules atrétiques à petites cellules rondes, le stroma conjonctif, et encore les thèques externes coopèrent à l'édification de l'interstitielle ». Il semble que ces périodes correspondent à la maturation folliculaire dans l'ovaire vierge de la Lapine. L'interstitielle s'accroît progressivement au fur et à mesure de l'atrésie folliculaire.

Nunes (J. Pinto): *Rythme ovogénétique et rythme interstitiel.* « C. R. Soc. Biol. ». T. cxi, 1932, p. 598.

De l'avis de l'A. on ne peut nier d'une manière absolue la néoformation ovogène dans l'ovaire adulte. Il y a une néoformation ovulaire pré-pubère (Winiwarter) et aussi des poussées dans l'ovaire de l'adulte (Salazar et Pol Gérard) de plus en plus rares à mesure que l'organe vieillit. Les observations de l'A. montrent qu'il existe dans l'ovaire de la Lapine vierge un rythme folliculaire et un rythme interstitiel, variant inversement, l'un avec l'autre.

Oliveira (Henrique de): *Contribution à la connaissance de*

la mécano-structure du tibia humain. « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis » Vol. VII, 1932, N 1.

Oliveira (Henrique de): *Notes sur la structure du tissu osseux.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VII, 1932, N 2.

Salazar (A. L.): *Sur la dynamique de la télophase. Interrelation des forces physiques dans la mitose.* « C. R. Soc. Biol. ». T. CIX, 1932, p. 491.

L'A. présente un résumé de ses observations sur les cinèses atypiques qu'il a signalées dans la granulosa atrésique de l'ovaire de la Lapine (télo-aster, télo-anaster, télo-anaphases, etc.).

L'étude de ces cinèses montre que les chromosomes sont maintenus en position par l'existence d'un champ de forces, mais que ces champs de force ont encore une influence indirecte sur l'état d'équilibre de la chromatine qui passe à l'état de tension dynamique, une fois le champ de forces constitué, revenant à l'état statique quand disparaît l'action du champ de forces. Cette étude montre aussi une fois de plus que la mitose n'est pratiquement possible que dans les conditions d'une corrélation parfaite des forces cytoplasmiques et nucléaires.

Salazar (A. L.): *Sur les processus atrétiques de l'ovaire.* « C. R. Soc. Biol. ». T. CXI, 1932, p. 595.

L'A. résume la question de l'atrésie de la façon suivante :

1.^o Il y a un processus d'atrésie qui est presque général dans les ovaires adultes, c'est le processus chromatolytique, suivi de la formation du corps atrétique (réaction de la thèque interne). Ce processus fait partie du cycle atrético-interstitiel.

2.^o Il y a des processus atrétiques qui dépendent de l'âge de l'ovaire (atrésie conjonctive de Winiwarter); de l'âge du follicule (atrésie des follicules primordiaux); de

l'espèce animale (atrésie métaplastique de V. de Pinho, etc.).

Il faut encore ajouter certains processus atrétiques (atrésie hydropique) que l'A. a décrits dans les reliquats cordonaux de la Lapine.

Salazar (A. L.): *Notes de laboratoire. — I. Quelques critiques de Branca et de Pettinari, à propos des travaux de l'auteur sur l'atrésie. — II. Sur l'origine du tissu interstitiel de l'ovaire. — III. Les types d'atrésie folliculaire et les phases de l'atrésie. — IV. A propos de l'invasion leucocytaire du follicule atrésié. — V. Le mordantage tannique.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VII, 1932, N 14.

Salazar (A. L.): *La période critique du follicule de de Graaf: période de sensibilité cinétique.* « C. R. Soc. Biol. ». T. CXI, 1932, p. 596.

« Le follicule croit d'abord, à partir du stade primordial, par division amitotique des cellules folliculaires. Ensuite apparaissent des cinèses; elles sont d'abord rares, dans les follicules multistratifiés, sans antrum. Ensuite des poussées cinétiques conduisent la follicule au stade adulte. Plus tard, les poussées cinétiques disparaissent de la granulosa et la follicule s'accroît par l'augmentation du liquide de l'antrum par sécrétion des cellules folliculaires, dont le nombre reste constant. Sa période cinétique est la période de hyper-sensibilité cinétique.

V

EMBRYOLOGIE

Costa (A. Celestino da): *L'état actuel du problème de l'origine des cellules sexuelles.* « Bull. de l'Association des Anatomistes, 1932, N.º 27.

L'A. fait remarquer que chez les Invertébrés il y a de nombreux cas, bien avérés où les cellules sexuelles se séparent très précocement des éléments somatiques. Chez les Vertébrés, Hoffmann été le premier à trouver des gonocytes primordiaux dans l'endoderme et dans la splancnopleure d'embryons d'oiseaux, à une époque antérieure à celle où la crête génitale se différencie de l'épithélium du coelome. Puis la plupart des investigateurs les ont trouvées en dehors de l'aire embryonnaire et à des stades très précoces.

La migration de ces gonocytes est dûment considérée et l'opinion plus générale est mentionnée: de l'emplacement primitif ils émigrent vers le mésoderme, en séjournant quelque temps dans l'épithélium intestinal, se dirigeant vers la racine du mésentère; ils s'accumulent surtout dans le région médiale du corps de Wolff. En traitant la question de la destinée ultérieure des gonocytes primordiaux, l'A. expose les résultats obtenus au moyen de la méthode expérimentale pour arriver à la notion de qu'«il est difficile de constater, à l'heure qu'il est, le caractère sexuel des gonocytes primaires et leur identité avec les grandes cellules germinatives des gonades».

Le problème de l'existence de gonocytes secondaires d'origine coelomique est analysé aussi. Dans quelques lignes l'A. énumère les raisons qui portent à croire que des éléments apparemment somatiques, peuvent devenir sexuels, d'autant plus qu'on peut supposer que des gonocytes peuvent exister ailleurs que dans la gonade, avec la taille et la forme générale des éléments qui les environnent, y restant inactifs mais sans perdre leur potentialités.

Raposo (Luiz Simões): *La chorde dorsale et ses rapports génétiques avec l'axe neural chez les urodèles.* « Arch. port. des Sc. Biologiques ». T. III, 1932, p. 51.

Dans ce mémoire l'A. étudie le rôle de la ligne primitive dans l'ontogenèse et il en fait le résumé suivant:

On y montre d'abord que la ligne primitive se forme, chez les amphibiens, aux dépens d'un amas de cellules

qu'on peut nommer bourgeon blastoporal, lui-même distinct de tout le reste de l'œuf par son origine, par ses caractéristiques spéciales et par sa potentialité génétique exceptionnelle.

Dans cette ligne primitive épaisse, qui s'allonge dans le sens cranial, on peut décrire depuis les étapes les plus précoces, une couche superficielle (qui prend de très bonne heure un aspect épithélial, cylindrique) et une couche profonde, d'aspect mésoblastique.

Dans des coupes transversales aussi bien que dans des coupes sagittales, les limites de la couche épithéliale de la ligne primitive sont très nettes. On n'observe pas d'épaississement graduel de l'épithélium aplati du feuillet externe; bien au contraire, la transition entre l'ectoblaste et l'épithélium cylindrique de la ligne primitive est brusque.

Dans des coupes sagittales, on constate que l'épithélium et le mésoblaste sont séparés l'un de l'autre au niveau de la voûte de l'archentéron, mais qu'ils se fusionnent au voisinage du blastopore, formant là une masse compacte, moins différenciée, mais dont la couche superficielle prend peu à peu l'aspect épithélial cylindrique au fur et à mesure qu'elle s'éloigne du rebord de l'orifice blastoporal. L'épithélium cylindrique n'est donc pas un épaississement de l'ectoblaste, mais dérive du bourgeon blastoporal au même titre que le mésoblaste.

Il y a donc une masse de cellules cylindriques qui s'allonge à la surface de l'embryon depuis le blastopore, en même temps que le mésoderme s'allonge aussi vers la profondeur, dans le même sens et à partir de la même région.

Tout l'axe neural se forme aux dépens de la couche superficielle cylindrique de la ligne primitive. Il se forme en continuité avec la portion la plus craniale de celle-ci; l'aspect de l'épithélium neural et celui de la couche superficielle de la ligne primitive, qui le continue en arrière, est identique.

En étudiant l'origine ontogénétique de la chorde dorsale

chez les amphibiens, on démontre que l'ébauche chordale est tout-à-fait indépendante du feuillet interne et qu'elle se forme aussi aux dépens de la ligne primitive.

Au point de vue de leur évolution future, l'auteur croit qu'on doit distinguer dans le bourgeon blastoporal et puis dans la ligne primitive, les ébauches du système nerveux central, de la corde dorsale et du mésoblaste.

Dans la queue, ces trois formations prennent leur origine aux dépens du bourgeon caudal, de sorte qu'il n'y a pas de différences essentielles entre ce qui se passe dans la genèse de la région céphalique et celle du tronc ou de la queue.

Chez les Mammifères, tout se passe de façon analogue.

La première ébauche nodulaire de la ligne primitive s'allonge dans la suite dans le sens cranial. Cet allongement se fait de telle façon qu'on doit l'interpréter comme si la ligne primitive brisait la continuité de l'ectoblaste, rejetait celui-ci vers les côtés et s'intercalait dans l'espace ainsi ouvert dans la couche externe. On n'observe jamais dans le pourtour de la masse cellulaire de la ligne primitive, la transformation des éléments de la ligne primitive. La transition entre les deux formations est brusque.

En même temps qu'elle s'allonge dans le sens cranial, la ligne primitive s'étale aussi en surface, c'est-à-dire qu'elle s'allonge aussi dans le sens transversal. Ce développement latéral se fait en deux plans superposés: dans le plan superficiel, qui se continue dans l'ectoblaste, après transition brusque, et dans le plan profond qui constitue la couche intermédiaire ou mésoblastique. On peut remarquer très bien que l'épithélium superficiel a un aspect tout-à fait semblable à celui de l'axe neural.

Dans des coupes sagittales, on voit que la ligne primitive à son extrémité craniale (en avant du nœud de Hensen) se bifurque en deux plans: dans le superficiel, qui n'est que l'axe neural, et dans le plan profonde où l'on doit

distinguer une portion médiane (prolongement céphalique) qui donnera origine à la corde dorsale et deux portions latérales, mésodermiques. Le recul du nœud de Hensen n'est, en somme, que l'approfondissement dans le sens caudal de cette bifurcation. On vérifie donc que la zone où se séparent l'une de l'autre les deux couches (superficielle et profonde) de la ligne primitive prend un aspect *sui generis* (nœud de Hensen). Ceci explique qu'on observe à la surface de l'embryon, à ce niveau, des images que van Beneden a interprétées comme signes de l'enfoncement d'une ligne primitive mésoblastique seulement. La seule connaissance du recul du nœud de Hensen est suffisante pour rejeter cette conception. Les études de Stone sur le *mesectoderme* montrent fort nettement les rapports très intimes qui existent entre l'axe neural et le mesenchyme.

Au niveau de la tête, l'épaississement du mésoblaste est beaucoup moins accentué que dans le tronc. Il n'y a donc pas formations de somites; le mésoblaste y constitue une mince couche étalée de la même épaisseur à peu près dans toute son étendue. Il en résulte que l'épithélium neural s'y étale même en surface, la fermeture de la gouttière neurale ne s'y vérifiant que très tard.

Lorsque l'embryon se développe et que la gouttière neurale se ferme, l'épithélium neural du tronc est totalement inclus dans l'ébauche médullaire, mais une partie de l'épithélium nerveux de la tête reste en dehors de l'ébauche du système nerveux central. Ceci explique pourquoi il n'y a de placodes et de neuro-épithéliums sensoriaux qu'au niveau de la tête et pourquoi la ligne latérale elle-même, chez les animaux où elle se forme, a aussi une origine céphalique. Les études de Manchot et de Woerdeman sur l'origine embryologique de la rétine par exemple, confirment cette conception.

Cette interprétation sert aussi à expliquer l'ontogenèse d'autres vertébrés. Chez les Poissons téléostéens, par exemple, on n'observe pas la formation de gouttière neu-

rale. L'axe neural, le mésoblaste et l'ébauche chordale s'isolent du nœud terminal dans la profondeur, en dessous du feuillet externe et sans aucun rapport avec lui. Cette exception à la règle de l'épaississement ectoblastique des auteurs classiques est parfaitement d'accord avec l'hypothèse ci-dessus mentionnée.

Les études de Wetzel sur l'embryon de Poulet montrent que cette hypothèse est d'accord avec ce qui se passe chez les Oiseaux.

À la fin de ce mémoire on démontre que les conclusions de cette étude sont d'accord avec l'embryologie expérimentale moderne, d'après laquelle : 1) l'ébauche neurale se forme aux dépens d'une zone tout-à-fait spéciale de l'œuf dont les éléments se déplacent d'abord vers la lèvre dorsale du blastopore et, dans la suite, depuis cette lèvre en avant, comme la ligne primitive (Vogt); 2) que les greffes de fragments de la lèvre dorsale du blastopore donnent origine à des structures mésoblastiques, chordales et neurales (W. H. Lewis, etc.).

VI

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bacelar (José): *Sur les modifications de l'ovaire des lapines badigeonnées au goudron.* « Ann. d'Anat. path. ». T. IX, 1932, p. 565.

Les recherches de l'A. l'ont conduit à croire, contrairement à Babès, que le goudronnage fait diminuer le nombre de cellules interstitielles de l'ovaire. Pour l'A. lui-même ce n'est pas une conclusion ferme « parce que l'ovaire est un organe essentiellement protéiforme nous réservant de telles surprises que parfois, des structures apparemment anormales sont en rapport avec de simples états évolutifs ».

Brites (Geraldino): *Ulcère peptique et adénome polypeux de l'estomac.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbriensis ». Vol. VII, 1932, N 7.

Brites (Geraldino): *Polyadénome gastrique à type brünnerien (Hayem).* Notes sur un cas. Idem, ibidem, N 10.

Brites (Geraldino): *Lymphangio-fibrome de la paroi gastrique.* Idem, ibidem, N 11.

Brites (Geraldino): *Les fibromes médullaires du rein existent-ils chez les animaux domestiques? Une contribution à attendre de la pathologie vétérinaire.* (2^{me} Congrès international de Pathologie comparée, Paris 14-18 Octobre 1931). « Comptes rendus et communications ». T. II, Juillet 1932, p. 645.

L'A., ayant étudié 1140 reins de Mouton et 34 reins de Chèvre, appartenant à 570 animaux de tout âge, n'a trouvé aucun fibrome médullaire, c'est-à-dire, dans ces reins, dont le remaniement est plus considérable que dans ceux de l'homme, et, en conséquence où l'inclusion de débris embryonnaires de provenance urétérique ou autre, au sein de la substance médullaire doit être plus fréquente, on ne rencontre pas de corps fibreux, quel que soit l'âge du sujet.

Bacalhau (José): *Um caso de seminomas bilaterais em testículos ectópicos, revelados pelo síndrome de pseudo-estranhulação herniária.* « Arquivo do Instituto de Anatomia patológica e do de Patologia geral ». Vol. 18.º, 1932, p. 37.

Coelho (F. Pinto): *Metastase adeno-carcinomatosa.* « A Medicina Contemporânea ». Ano 4, 1932, p. 10.

L'A. a fait la gastro-enterostomie postérieure de Moynihan chez un malade qui présentait un ulcère juxta-pylorique de la petite courbure. Dix mois après, à la partie inférieure de la cicatrice de la paroi abdominale apparaît une petite tumeur qui provoque une nouvelle intervention.

La base de la néoformation est revêtue par le péritoine qui est intéressé par le processus. L'exploration montre une tumeur pylorique; pas de ganglions sur la grande courbure; petit épiploon très infiltré. Pylorotomie.

Bouche anastomotique en bon état. Adénocarcinome gastrique et métastase pariétale dans la cicatrice de la laparotomie. Probable propagation par le ligament falciforme.

Lima (J. A. Pires de): *Un cas d'hyperkératose symétrique des extrémités inférieures.* « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », VII^e série. T. III, 1932.

Le sujet, âgé de 22 ans, présentait aux talons des productions kératiques énormes; elles avaient 18 cm. de hauteur et 30 cm. de circonférence maxima. La surface était brune et très irrégulière. Le père et le grand-père de cet individu avaient des formations kératiques pareilles et placées aux mêmes régions.

Lima (J. A. Pires de): *Hypertrophie des dents incisives chez un « Mus decumanus albinus ».* « Bull. de la Soc. Port. des Sc. Naturelles ». T. XI, 1932, N.° 12.

Chez ce Rat, l'A. a étudié une hypertrophie tellement exagérée de les incisives, qu'il est mort d'inanition. Il ne possédait que trois incisives, extrêmement développées. L'A. mentionne que des hypothèses sur la cause de cette hypertrophie.

Lobato (J. Cordeiro): *Cinco casos de atresias cicatriciais dos cóanos.* « Lisboa Médica ». Vol. IX, 1932, p. 155.

L'A. présente cinq cas d'atrésie cicatricielle des choanes, en faisant leur description et fait des références à deux autres cas observés par M. le Prof. Carlos de Melo; l'un de ces derniers était congénitale.

Lopes (Carlos): *Nota sôbre onze casos de rutura cardíaca espontânea.* « Lisboa Médica ». Vol. IX, 1932, p. 1123.

Dans tous les cas la rupture de la paroi est unique, intéressant le ventricule gauche (9 cas), le ventricule droit (1 cas). Dans une observation n'est pas indiquée la cavité intéressée. L'âge des sujets est supérieur à 52 ans.

Morais (Ernesto) e Salvador Júnior (A.): *Cancro primitivo do rim*. « Portugal Médico ». Vol. xvi, 1932, p. 17.

♀, 55 ans. Epithéliome du rein droit, très volumineux, où l'on observe des amas irréguliers et des cordons orientés en tous sens, formés par des cellules épithéliales, les uns et les autres séparés par des minces faisceaux conjonctifs, et, parmi ces amas, des zones où les cellules stratifiées limitent une lumière, formant des tubes glanduliformes.

Parreira (Henrique): *Sobre cancro colóide da mama*. « Arquivo de Patologia ». Vol. III, 1932, p. 183.

L'A. décrit un cas de cancer colloïde du sein, le seul qui a été observé, parmi 510 cas de lésions du sein, observés et étudiés dans la Clinique chirurgicale du Prof. F. Gentil.

L'examen macroscopique de la pièce et le résultat de l'étude histologique sont présentés en détail. Il fait ressortir la variabilité d'aspect de la structure de la néoplasie où on voit des aspects ressemblant à ceux de la thyroïde, d'autres caractéristiques de l'adéno-carcinome banal et d'autres encore établissant transition entre ces deux types. Les cavités d'aspect thyroïdien contiennent une substance hyaline, dont les affinités colorantes sont étudiées par l'A. Sur ces réactions de coloration, sur la présence de cellules détachées de la paroi des cavités, l'existence de bandelettes de fermeture et la constatation de la même substance dans les canaux excréteurs, l'A. base la conclusion que cette substance hyaline est un produit de sécrétion.

Salvador Júnior (A.) et Ribeiro (Óscar): *Un cas d'ossification de l'ovaire*. « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigen-sis ». Vol. VII, 1932, N 8.

Santos (João Rocha): *Tumores uretro-prostáticos* (comunicação apresentada ao 3.º Congresso Hispano-português de Urologia — Coimbra, 4-7 Julho de 1932). « Arquivos das Clínicas Cirúrgicas, Universidade de Coimbra ». T. III, 1932, p. 272.

Santos (João Rocha): *Um caso de útero grávido com epite-lioma do colo*. « Arquivo do Instituto de Anatomia patoló-gica e do de Patologia geral ». Vol. 18.º, 1932, p. 49.

Santos (João Rocha): *Tumor misto da glândula parótida*. Idem, ibidem, p. 73.

Tavares (Amândio): *Do exame histo-patológico em clínica*. « Portugal médico ». Vol. XVI, 1932, p. 417.

Exposition très documentée de la valeur de l'histologie pathologique comme aide de la Clinique et souvent son guide le plus fidèle.

Taveros (Amândio) e Morais (Ernesto de): *Pseudo-tubercu-loses peritoneais por corpos estranhos*. « Portugal Médico ». Vol. XVI, 1932, p. 45.

Description de deux cas de pseudo-tuberculose périto-néale, localisée dans le premier cas à tout l'étage supérieur de l'abdomen et déterminée par des corps étrangers de provenance gastrique, le porteur étant un ulcèreux de l'es-tomac. Le second cas se rapporte à des granulations mil-liaires du péritoine de la fosse iliaque droite, ayant pour point de départ des débris de fils de coton y laissés au cours d'une appendicectomie antérieure.

Viegas (Santos): *Adeno-carcinoma do útero*. « Arquivo do Instituto de Anatomia patológica e do de Patologia geral ». Vol. 18.º, 1932, p. 15.

Viegas (Santos): *Aneurisma sacciforme da aorta abdo-minal*. Idem, ibidem, p. 23.

INDEX DES AUTEURS

Adrião (Melo)	15, 18	Mendes (Espregueira)	10
Almeida (Fernando)	3, 11, 12	Moniz (Egas)	1, 2, 11, 12
Alves (Abel)	11, 12	Morato (J. Xavier)	2, 13, 24, 25
Azevedo (Gonçalves de)	5, 6, 20	Nunes (J. Pinto)	26
Azevedo (J)	20	Oliveira (Henrique)	26, 27
Bacalhau (José)	34	Moraes (Ernesto de)	24, 36, 37
Bacelar (José)	33	Parreira (Henrique)	36
Barreto (Santana)	11	Pereira (Souza)	13
Brites (Geraldino)	34	Pina (Luiz de)	13, 14, 15
Carvalho (Lopo de)	1, 2	Raposo (Luiz Simões)	29
Coelho (Eduardo)	6	Ribeiro (Óscar)	16, 36
Coelho (Pinto)	34	Rodrigues (Alvaro)	16
Costa (Celestino da)	22, 28	Rodrigues (Lino)	15, 18
Cunha (A. Gonçalves da)	23, 24	Saavedra (Alberto)	18
Cunha (Jaime)	24	Salazar (A. L.)	3, 27, 28
Duarte (Joaquim)	2	Saldanha (Aleu)	1, 6
Fontes (Victor)	7	Salvador Júnior (A.)	36
Gomes (Rodrigues)	10	Santos (João Rocha)	37
Leal (Silva)	10	Soeiro (M. Barbosa)	1, 18
Lima (Almeida)	12	Tamagnini (Eusébio)	3, 18, 19
Lima (J. A. Pires de)	10, 11, 35	Tavares (Amândio)	20, 37
Lobato (J. Cordeiro)	35	Themido (António)	20
Lopes (Carlos)	35	Trincão (Mário Simões)	22
Mascarenhas (Constâncio)	11	Viegas (Santos)	37

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. VIII

N 15

TÉRATOME COMPLEXE BIGERMINAL DU SACRUM DÉVELOPPÉ AU-DEDANS DU RECTUM

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la rédaction le 22 Août 1933)

Le 15 Janvier de l'année courante, M. le Dr. António Breda nous a envoyé une pièce opératoire provenant de son service de chirurgie à l'Hôpital Conde Sucena (Agueda).

Ce distingué chirurgien, dont nous remercions vivement l'exquise obligeance, nous a fait connaître des détails de l'observation clinique. Quelques données de cette observation sont intéressantes et leur enrégistrement est indispensable pour bien comprendre les considérations que nous aurons à faire.

Il s'agissait d'une jeune fille, Laura da Cruz, âgée de 18 ans; sa conformation extérieure ne présentait rien de remarquable et elle ne rappelait l'existence d'aucune anomalie de conformation dans sa famille.

Deux années à peu près avant l'entrée à l'hôpital, deux coliques vésicales, accompagnées de petites émissions, très rapprochées d'urines troubles, ont été suivies de l'expulsion d'une mèche de cheveux. La malade a rapporté ce fait avec une telle assurance et de tels détails qu'il faut admettre qu'il n'y a pas eu de mégarde au point de vue de

la voie d'élimination des cheveux, l'urèthre étant celle qui est affirmée et justifiée. Aucun examen cytoscopique n'a été fait.

Une année et demi après cette souffrance vésicale, cette jeune fille a commencé à se plaindre de douleurs rectales, sensation de lourdeur à l'anus, embarras dans la défécation, les fèces étant mélangées de sang. À l'entrée à l'hôpital elle portait le diagnostic de tumeurs hémorroïdaires.

À son examen M. le Dr. António Breda a vu, tout à fait au-dessus de l'anneau sphinctérien de l'anus, une bosselure blanchâtre avec des cheveux à sa surface. Il était possible de délimiter avec le doigt une masse et de reconnaître une tumeur pédiculée, remplissant complètement l'ampoule rectale. Le pédicule était implanté sur la première vertèbre du sacrum et tout autour de la surface de l'implantation, la paroi du rectum était unie à l'os et à son périoste, la muqueuse se terminant par un bourrelêt. Il s'agissait, donc, d'une tumeur intra-rectale.

La radiographie n'a montré aucune malformation du sacrum.

Au moment de l'excision, la section du pédicule n'a pas présenté de difficultés, aucun suintement n'ayant été remarqué, et, après l'établissement de la continuité de la muqueuse, la guérison a été complète et rapide.

*

Nous avons entrepris tout de suite l'étude de cette tumeur intra-rectale, en commençant par en faire le moulage pour retenir la conformation générale, vu la possibilité d'endommager la pièce pendant notre étude.

Après quelques jours d'immersion dans la formaline à 10⁰/₀, le poids de la pièce était de 360 gr. De forme allongée, elle mesurait 12,5 centimètres de longueur et 8 centimètres dans sa plus grande largeur.

La surface d'implantation étant facilement reconnaissable par les irrégularités de la section opératoire en con-

traste avec le pôle opposé, arrondi et lisse, et d'autre part, la constatation d'une face fortement bombée, reproduisant le courbement de la face antérieure du sacrum-coccyx, l'orientation de la pièce a pu être fixée et cette orientation a reçu la confirmation du chirurgien, en rappelant sa position *in loco*.

Pour donner une idée nette des détails de la configuration extérieure on peut considérer quatre faces, dont l'antérieure est la plus étroite, la pièce se présentant aplatie dans le sens transversal et plus aplatie en avant qu'en arrière.

Face antérieure (Fig. 1, Pl. 1).

Considérée dans son ensemble elle peut être dite plane, malgré les nombreux accidents de la surface. Dans toute son étendue, quelques petites zones exceptées, le revêtement est nettement cutané, plus ou moins riche en cheveux. Les petites zones non cutanées se trouvent dans la moitié supérieure de cette face.

Tout à fait contre les irrégularités, résultant de la section du pédicule, on voit (Figs. 1, 2, Pl. 11) une surface allongée, longue de 24 millimètres et large de 14 millimètres à son tiers inférieur, plus étroite dans les tiers restant. Un sillon plus profond à gauche et dans le tiers supérieur à droite, marque la limite de cette surface, moins nette en bas et à droite. Cette plaque, limitée de cette façon, ne dépasse pas par son relief, le niveau de la peau contigüe et ne présente pas de cheveux; elle est mamelonnée et jaunâtre, plus colorée au tiers supérieur (A., Fig. 2, Pl. 11). La consistance de cette plaque, qui paraît naître du fond d'une cavité, large et peu profonde, est moindre que celle du revêtement cutané qui l'entourne. Par l'ensemble de ces caractères cette zone paraît être une muqueuse. L'examen microscopique vient à l'appui de cette hypothèse. En effet il montre un revêtement tout-à-fait semblable à la muqueuse rectale, à cryptes larges, serrées les unes contre les autres, le tissu interposé infiltré de lymphocytes et de gra-

nulocites éosinophiles. Ce tissu se continue, sans interposition de *muscularis mucosæ*, par un tissu conjonctif, dépourvu de graisse, très riche en vaisseaux surtout lymphatiques (Fig. 1, Pl. VII) et qui soutient de nombreux follicules, plus ou moins irréguliers.

A droite et en bas de cette surface muqueuse on voit une autre (B, Fig. 1, 2, Pl. II), non mamelonnée, grisâtre, plus saillante, glabre, dont les plus grandes dimensions sont à peu près 24 millimètres de longueur et 16 millimètres de largeur. Sa délimitation n'est pas facile dans tout le contour; il y a des zones où la transition vers la peau environnante est insensible. L'extrémité supérieure et externe se continue avec la paroi d'une cavité infundibuliforme que nous décrirons d'ici peu.

Il s'agit encore d'une muqueuse, mais tout à fait différente de la zone ci-dessus décrite; par le revêtement constitué par un épithélium pavimenteux, stratifié, dépourvu des couches granuleuse, transparente et cornée, par les papilles dermiques, très nombreuses et vasculaires, cette muqueuse rappelle celle de la bouche ou de l'œsophage. Dans le chorion de cette muqueuse, constitué par du tissu conjonctif abondamment pourvu de vaisseaux, on trouve de petites cavités revêtues d'un épithélium prismatique stratifié, entourées d'infiltrations lymphoïdes.

Immédiatement au-dessus du lambeau de muqueuse dermo-papillaire, que nous venons de décrire, on remarque un sillon (C., Fig. 1, Pl. II) qui forme un angle ouvert en dehors, dont la ligne inférieure se perd dans la face droite de la tumeur et la ligne supérieure, plus longue, se dirige en haut et à droite, limitant cette face antérieure. Les lèvres de ce sillon sont écartables, celle de droite correspondant à une sorte d'opercule, et l'écartement met en lumière une cavité en entonnoir aplati (C., Fig. 2, Pl. II), profonde de 23 millimètres. Les parois de cette cavité sont très accidentées et on peut y distinguer une paroi interne et une autre externe. La première présente, tout près du fond, un groupe de quatre petites masses pédicu-

lées; sur la paroi extérieure il y a une série de trois replis qui limitent des sillons profonds, longs de 15 millimètres, dont le plus éloigné de l'ouverture de l'entonnoir s'ouvre dans un canal qui termine au-dessous d'un gros pli cutané de la face droite de la tumeur. C'est dans la partie inférieure de la paroi de cet entonnoir qui termine la plaque muqueuse (B., Fig. 2, Pl. II) décrite ci-dessus.

Au fond de l'infundibulum on voit l'ouverture irrégulière d'un canal qu'un sondage soigneux permet de suivre dans une certaine étendue.

L'aspect de ces parois est identique à celui de la plaque muqueuse dermo-papillaire; par-ci, par-là des tâches roses et violacées se détachent sur le fond grisâtre.

Des coupes faites dans des blocs pris en plusieurs endroits des parois, montrent un revêtement épithélial d'épaisseur très inégale, du type des muqueuses dermo-papillaires, avec un support conjonctif, très riche en papilles aux points de la plus grande épaisseur. Dans ce tissu, des amas denses et étendus de lymphocytes entourent des glandes tubulo-acineuses, muqueuses et séreuses, mais surtout muqueuses, avec des croissants de Gianuzzi, dont la ressemblance avec le lobe mixte de la sous-maxillaire est frappante. Ces glandes plus ou moins volumineuses, se trouvent autant dans les végétations pédiculées que dans l'épaisseur de la paroi proprement dite. Près du fond de l'entonnoir on peut voir quelques plaques de cartilage hyalin au milieu du chorion.

La moitié inférieure de cette face antérieure de la tumeur est plus régulière. La peau y est plus épaisse et plus blanche. Deux formations attirent l'attention: A gauche un appendice aplati, long de 2,5 centimètres, présentant dans la face interne de son extrémité un petit ongle de 3 millimètres de longueur, dont le bord n'atteint pas l'extrémité de ce petit doigt; à droite, symétriquement, (Fig. 1, Pl. IV) un gros repli cutané, limitant à gauche un sillon plus profond à sa partie moyenne. Au voisinage de ce pli et surtout en avant, se trouvent réunis des poils, les plus

longs (2 à 4 centimètres) de tous ceux qui existent à la surface de cette tumeur.

Face postérieure (Fig. 2, Pl. 1).

C'est la face plus bombée et plus large, épousant la concavité de la face antérieure du sacrum-coccyx. Une incision longitudinale y a été faite par le chirurgien. On y peut distinguer trois segments :

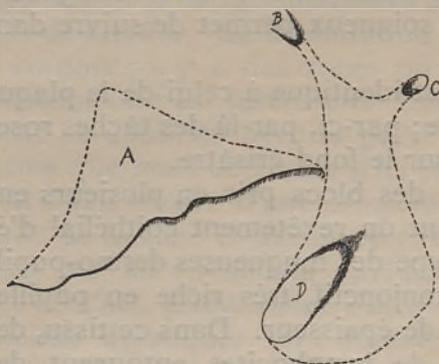


Fig. 1

a) Segment supérieur: La limite inférieure est marquée par le bord mince et à larges dentelures d'un repli, long de 31 millimètres, s'étendant sur la moitié à peu près de cette face, légèrement oblique en bas et en dedans (Fig. 1). Ce bord correspond à l'ouverture

en fente d'un sac à cavité virtuelle (A) dont la profondeur est de 13 millimètres. A ce niveau il y a une bosselure dont les limites marquent nettement l'extension du sac.

Au-dessus de l'extrémité externe du repli décrit, existent deux ouvertures (B et C, Fig. 1): La première, si obliquement orientée en rapport à la surface qu'elle se présente allongée, le bord en partie effacé, en partie en biseau; elle correspond à un tube qui se dirige en bas et en dehors. La seconde, ovulaire, à bord continu et net correspondant à un tube, plus petit que l'antérieurement décrit et orienté en bas et en dedans. Ces tubes s'ouvrent tous deux dans une cavité fortement aplatie, très voisine de la surface, se prolongeant en bas.

Ce segment ne présente de poils que dans une petite zone située à droite; ils sont fins et châtons.

b) Segment moyen: Correspond à la partie plus large de cette face de la pièce en étude, limitée en bas et à droite

par un sillon qui se perd dans la face droite de la pièce et à gauche par un autre sillon plus large et plus profond qui circonscrit une grosse bosselure de la face gauche.

En haut et à gauche de ce segment il y a une surface ovale D, (Fig. 1) bien délimitée, dont le plan est inférieur à celui de la zone environnante. Cette surface n'est que le plancher de la cavité aplatie ci-dessus décrite, dont les limites sont marquées par la ligne pointillée de la Fig. 1.

Tout près de l'extrémité du sillon gauche on voit une surface à contour elliptique (Fig. 2) dont l'axe vertical mesure 14 millimètres, plus basse à gauche, de telle façon qu'elle semble limitée par un gros bord saillant. Le revêtement de cette surface est rugueux et sur sa limite droite sont implantés quelques poils très fins et longs. Aux extrémités de son plus grand axe on voit les ouvertures de deux tubes: l'ouverture supérieure, plus petite, correspond à l'entrée d'un tube dont la profondeur est de 8 millimètres, situé immédiatement au-dessous de la peau en direction verticale; l'orifice inférieur, plus large, infundibuliforme, appartient à un tube de 9 millimètres, plus profondément orienté en dehors et en arrière.



Fig. 2

c) Segment inférieur: Surface très bombée, lisse, à revêtement abondamment pourvu de poils, surtout à gauche.

Face droite (Fig. 3, Pl. 1).

A la partie supérieure de cette face, à 1 centimètre de la limite de la surface portant les irrégularités résultantes de la section du pédicule de la pièce (E, Fig. 1, Pl. III) il y a un sillon qui naît à la face postérieure, se dirige horizontalement en avant, s'élargit énormément et se rétrécit ensuite en changeant de direction en bas et un peu en avant. Au niveau de l'élargissement naît un gros bouton ellipti-

que dont le plus grand axe mesure 23 millimètres, mamelonné, d'aspect muqueux, rosé, plus sombre que la petite surface de la face antérieure présentant la structure de la couche muqueuse du rectum. Ce bouton qui paraît naître du fond du sillon précité, présente aussi la structure de la muqueuse du rectum.

Tout autour la peau est épaisse, rugueuse, pourvue de petits poils très clairsemés.

La partie moyenne de cette face (Fig. 2, Pl. III), est occupée par le gros relief qui, naissant de la face postérieure se termine à la limite de la face antérieure. Dans sa moitié antérieure la peau forme un pont aplati, F, à bord irrégulier; au-dessous de l'extrémité antérieure de ce pont cutané existe l'ouverture du canal que nous avons décrit, partant de la paroi externe de la cavité infundibuliforme de la face antérieure.

Au-dessous de ce gros relief, nettement limité en bas par un sillon, cette face présente aussi un sillon (G, Fig. 2 Pl. III et Fig. 1, Pl. IV), profond, disposé horizontalement dans un parcours de 4 centimètres et se bifurquant alors en Y, couché. Les branches de bifurcation correspondent à un gros repli cutané dont le bord antérieur est recoupé et directement en contact avec la zone plus abondamment pourvue de poils, que nous avons décrite ci-dessus.

Face gauche (Fig. 4, Pl. I).

A la partie supérieure c'est à mentionner un sillon vertical, long de 22 millimètres, dont la profondeur est très irrégulière, atteignant 16 millimètres; ce sillon semble encercler une surface allongée dont l'extrémité supérieure touche la surface de section du pédicule. En bas et en avant le revêtement cutané possède des poils peu nombreux dans une zone qui est continuée en arrière par une autre, glabre, lisse, blanchâtre, présentant un aspect comparable à la peau cicatricielle d'une brûlure. En bas de cette zone on voit deux petites surfaces muqueuses, allongées dont le diamètre est de 4 et 5 millimètres, la plus inférieure cor-

respondant à l'ouverture d'un canal avec 1 centimètre de profondeur, orienté en bas et en avant.

Dans la partie la plus inférieure de cette face c'est à signaler l'ouverture d'un canal long de 15 millimètres, orienté en bas et en dedans, dans laquelle convergent trois sillons, le plus long étant celui qui limite en bas et à gauche la face postérieure, le plus petit se dirigeant vers l'implantation du petit doigt. Ce doigt, implanté dans la limite de la face antérieure s'étend dans la face gauche de la pièce. Par-ci par-là on voit des poils.

La peau qui constitue l'enveloppe presque totale de la pièce est d'une épaisseur très irrégulière. Dans les parties plus minces on remarque dans l'épiderme l'absence totale de pigment, la faible épaisseur de la couche spino-cellulaire; dans le chorion on voit des follicules pileux rudimentaires, des glandes sébacées peu volumineuses et de beaucoup moins nombreuses que les glandes sudoripares. C'est bien le type épidermique fœtal. En particulier toutes les cavités décrites, sous forme de fentes, placées superficiellement, et communicant avec l'extérieur au moyen d'orifices plus ou moins nombreux, sont tapissées par de l'épiderme de ce type. A la peau plus épaisse correspond l'épaisseur plus considérable de la couche spino-cellulaire; la couche granuleuse est plus colorable par l'hématéine; les papilles dermiques sont plus nombreuses et plus grandes, les poils complètement développés. C'est de la peau adulte.

Dans tous les points étudiés les glandes sudoripares sont les plus nombreuses des glandes cutanées.

La palpation de la pièce fournit quelques données à enregistrer.

Le tiers supérieur est irrégulièrement dur, des pièces à consistance osseuse pouvant être palpées; sur certains points, au niveau de la surface glabre, d'aspect cicatriciel, de la face gauche, par exemple, des parties de ces pièces sont placées immédiatement sous la peau. Aux deux tiers restants la pièce est molle, élastique, de consistance comparable à celle du lipome. En effet les radiographies

obtenues avec incidence antéro-postérieure (Pl. v) et transversale (Pl. vi) montrent un amas confus de pièces osseuses, qu'il n'est pas possible d'identifier. Dans le négatif on peut y voir les images floues de deux petites pièces squelettiques existant dans le petit doigt.

Les données obtenues à l'examen extérieur et radiographique nous ont porté à faire plus complètement l'étude de la structure de la pièce. Dans ce but, désirant conserver la conformation extérieure, nous avons évidé entièrement la peau et le contenu a été coupé en tranches transversales, épaisses de 5 à 7 millimètres. A la fin nous avons fait l'isolement des pièces osseuses.

Nous ne décrivons pas ces tranches une à une. Les schémas ci-joints (3 à 14) sont suffisamment clairs et nous ne ferons qu'une description d'ensemble.

La pièce possède un squelette ostéo-cartilagineux, qui est prolongé en tous sens — l'axe du petit doigt compris — par des cordons, des bandes d'un tissu nacré, d'aspect tendineux, se terminant à la peau. Ce tissu contient des kystes et les intervalles sont remplis de graisse et, sur quelques points, d'un tissu blanchâtre, spongieux, infiltré de liquide, transparent et limpide.

La graisse s'amasse surtout dans la moitié inférieure de la pièce.

Les kystes sont plus nombreux à la partie supérieure, où ils sont en général arrondis, parfois si proches les uns des autres qu'une mince paroi seule en fait la séparation; quelques uns sont communicants. Ils sont moins nombreux vers la partie moyenne où ils s'allongent formant des tubes fermés aux extrémités; ils n'existent plus au tiers inférieur. L'un de ces tubes s'ouvre au fond de la cavité infundibuliforme de la face antérieure, tous les autres étant entièrement indépendants du revêtement superficiel.

En rappelant les résultats de l'étude microscopique nous nous occuperons successivement de ces différentes parties:

a) *Squelette ostéo-cartilagineux:*

Ce squelette est formé de pièces osseuses, pièces carti-

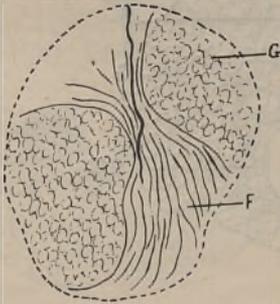


Fig. 3

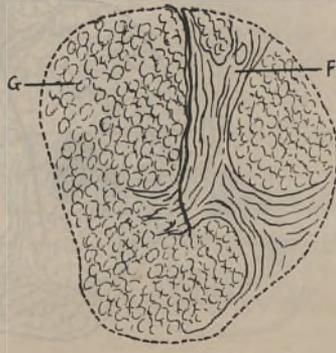


Fig. 4

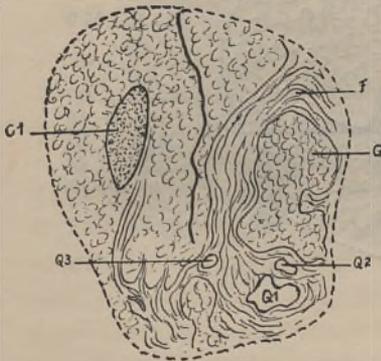


Fig. 5

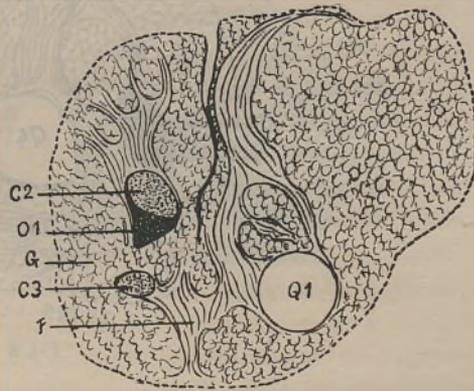


Fig. 6

Légende commune aux figs. 3 à 14:

- T — tube s'ouvrant au fond de la cavité buccale.
- F — tissu fibreux.
- G — graisse.
- C — cartilages.
- O — os.
- V — vaisseaux.
- Q — cavités kystiques.
- D — fentes.

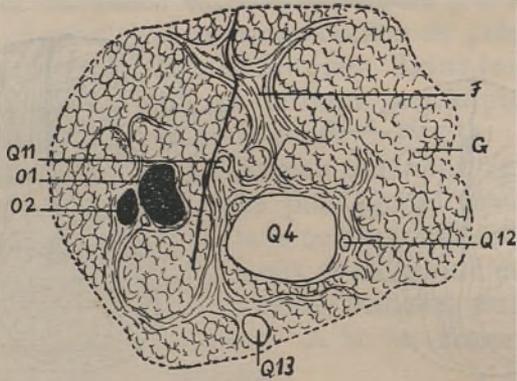


Fig. 7

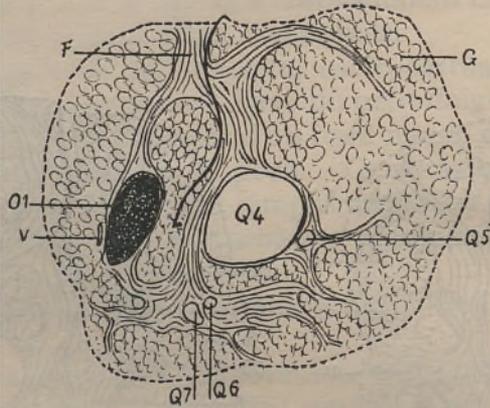


Fig. 8

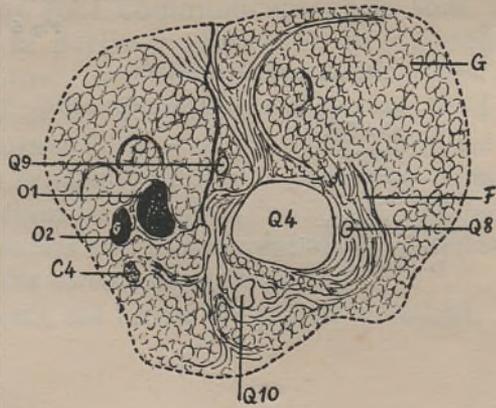


Fig. 9

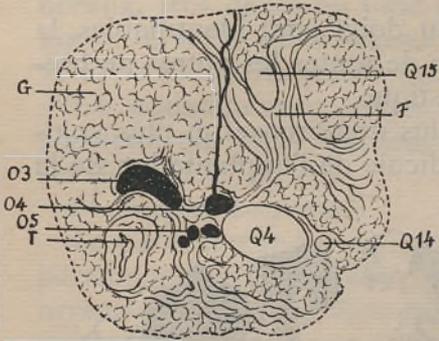


Fig. 10

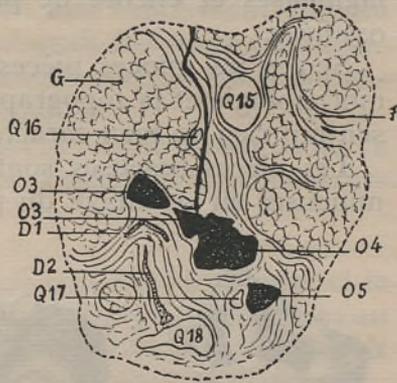


Fig. 11

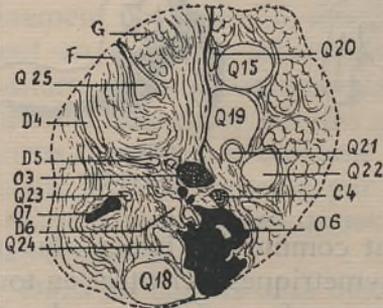


Fig. 12

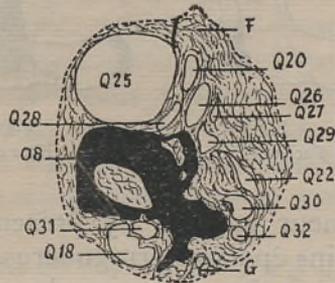


Fig. 13

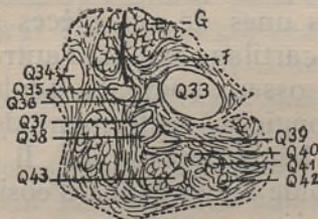


Fig. 14

lagineuses et encore de pièces cartilagineuses en partie ossifiées.

Seules les minces pièces du doigt sont identifiables, la morphologie et la topographie de toutes les autres ne présentant rien de bien caractéristique.

Les pièces osseuses sont plus nombreuses et plus volumineuses au voisinage du pédicule de l'implantation de la



Fig. 15
Face postérieure



Fig. 16
Face droite



Fig. 17
Face gauche

tumeur et elles s'y présentent comme des lames plus ou moins épaisses, irrégulières, asymétriques, orientées en tous sens et formant une charpente confuse. Chacune de ces lames est constituée par du tissu compact nettement défini au point de vue structurale. De ce massif se dirigent vers l'extrémité inférieure, sans l'atteindre d'ailleurs, des pièces allongées: quelques unes de ces pièces sont entièrement constituées par du cartilage hyalin, d'autres présentent une enveloppe de tissu osseux compact, adulte, entourant une masse de tissu spongieux, renfermant de la moelle rouge en pleine activité hématopoïétique. Il est à remarquer dans ce tissu myéloïde l'abondance d'éosinophiles.

Dans quelques pièces cartilagineuses on peut voir les phases du processus normal d'ossification enchondrale.

A faire l'union des ces pièces on ne rencontre d'articu-

lations, ni même ébauchées, mais tout simplement du tissu fibreux, très dense ou tissu conjonctif fibrillaire peu développé. C'est la continuation du tissu fibreux épais qui enveloppe toutes les pièces squelettiques.

En maintenant la coque fibreuse nous avons isolé ce squelette qui dans son ensemble prend des aspects bizarres (Figs. 15, 16, 17).

b) Support conjonctif.

Le tissu conjonctif de support continue le périoste et le périchondre et forme des colonnes, des travées, élargies au niveau des kystes; elles enveloppent de très nombreux vaisseaux, dont les tuniques sont bien reconnaissables.

Le tissu conjonctif ne présente pas un aspect uniforme, mais par endroits il est nacré, uniforme ou strié longitudinalement. Au premier aspect correspond une structure finement fibrillaire, les fibrilles extrêmement minces se croisent en tous sens et entourent des cellules, nombreuses, uniformément distribuées, étoilées ou fusiformes. L'aspect strié est déterminé par des gros faisceaux de fibres conjonctives, serrées, présentant interposés des noyaux très longs, pointus, séparés par des bandes du tissu fibrillaire précité. Des petites zones de chondrification se voient par-ci par-là.

Dans les coupes d'un bloc pris en arrière de Q 4 (Fig. 8) nous avons rencontré des dispositions intéressantes: Parmi les fibres conjonctives on y trouve entremêlées des fibres musculaires, striées, squelettiques; les unes et les autres encadrent une zone où l'affinité pour l'éosine est plus considérable, les fibres étant plus grosses et les lacunes remplies de fibrilles. Les fibrocytes y sont nombreux et variés en volume et en forme, quelques uns énormes, à noyau plurilobulaire ou à plusieurs noyaux, riches en chromatine. Les mitoses sont nombreuses. Grande infiltration lymphoïde formant par fois des amas. C'est un aspect rappelant le tissu sarcomateux.

Nous avons rencontré des fibres striées dans un autre point du stroma; ça a eu lieu dans le tissu qui remplit

une anfractuosité du massif squelettique. Ces fibres forment une masse insérée à l'os, mais ne dépassant pas l'ouverture de la petite cavité osseuse.

c) *Graisse.*

Des cellules adipeuses, à grosse vésicule, surtout au pôle inférieur de la pièce, forment des lobules très volumineux. Au voisinage de leurs vaisseaux il y a de l'infiltration de lymphocytes et des figures de division, plus fréquentes les amitoses, constituant des centres de prolifération.

d) *Cavités kystiques et tubuleuses.*

Les kystes sont en grand nombre; ils sont même beaucoup plus nombreux qu'il serait à croire d'après l'examen macroscopique.

En effet, pendant l'étude des tranches, nous avons compté 43 kystes, mais dans les fentes énumérées 1 à 6 dans les schémas, l'examen microscopique a fait reconnaître des cavités kystiques vidées de leur contenu, et d'autre part, le tissu blanchâtre spongieux, ci-dessus indiqué, n'est qu'un amas de kystes tout petits, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif fibrillaire.

Quand on exerce une certaine pression sur la moitié supérieure de la tumeur, des grumeaux épais, vitreux, incolores sortent par plusieurs points des surfaces de l'incision faite par le chirurgien au long de la face postérieure jusqu'au niveau du massif squelettique. C'est que, en effet, le contenu de la plupart des kystes présente ces caractères; mais en débitant la pièce en tranches on reconnaît que de nombreux kystes, peut-être tous les kystes plus petits, renferment un liquide limpide, clair, très légèrement filant. Seulement dans deux kystes (Q 11 et Q 25) le contenu est tout-à-fait différent, jaunâtre, caséeux, unctueux, mélangé à des poils.

Le revêtement des cavités kystiques est, soit lisse, dans les plus petites, soit vilieux, comparable à la muqueuse de l'intestin grêle; cet aspect peut être constaté même dans les kystes à contenu intact et sous pression, résultante de la fixation et rétraction concomitante.

D'après la morphologie de l'épithélium qui tapisse ces cavités, deux groupes sont à faire d'abord: kystes à épithélium pavimenteux, kystes à épithélium prismatique. Le revêtement des premiers est constamment stratifié, des seconds, simple ou stratifié. Il est encore à considérer un groupe intermédiaire: les kystes qui sont tapissés par un épithélium en partie pavimenteux et en partie prismatique, suivant les points considérés.

1 — Les cavités dont l'épithélium est pavimenteux sont les plus volumineuses.

L'épaisseur de ce revêtement épithélial est très variable selon surtout les dimensions du kyste, mais d'un kyste à l'autre et dans la paroi d'un même kyste, elle est en règle plus considérable aux points où les papilles dermiques sont plus nombreuses et plus développées.

L'absence totale de pigment dans les assises profondes est le caractère qui attire d'abord l'attention. La couche basilaire, cubique ou prismatique basse, supporte une couche d'éléments polyédriques en plusieurs assises dont les variations de nombre sont très remarquables, influant par elles seules dans l'épaisseur de l'épithélium. L'existence d'une couche granuleuse n'est pas constante; elle est limitée à des petites étendues des kystes plus volumineux. En règle les cellules de la couche spino-cellulaire plus superficielles deviennent de plus en plus claires et transparentes vers la surface en y formant des strates plus ou moins nombreux. Il n'y a point de processus de kératinisation, sauf dans les points où il existe une couche granuleuse. Cet épithélium est à tous points comparable à celui de la paroi buccale ou de l'œsophage de l'adulte.

Le chorion présente quelques variations de composition: Des faisceaux de fibres lisses et de fibres striées, entremêlées, coïncidant avec des tubes et des acini muqueux et des amas de lymphocytes, formant parfois de véritables follicules lymphatiques sous-épithéliaux, dont les éléments infiltrent l'épithélium lui-même, rappellent la structure du pharynx. Dans la paroi d'autres kystes sont les phanères

cutanés qui se trouvent nombreux. Les plus nombreuses des glandes sont les glandes sebacées, la plupart peu volumineuses, rudimentaires, isolées ou annexées à des poils rudimentaires aussi. Nous avons vérifié l'existence des glandes sudoripares. Dans l'une des cavités ces glandes présentent tous les caractères des glandes cérumineuses et dans le chorion, des petites lames de cartilage élastique complètent l'identification (Fig. 1, Pl. VIII). Des poils, rudimentaires ou complets, se trouvent dans tous les points où ces glandes existent. Le revêtement de ces kystes reproduit la structure de la peau fœtale et il se voit au complet dans les kystes dont le contenu est caséeux, jaunâtre et mélangé à des poils.

- Dans le revêtement des kystes de ce groupe il y a des aspects qu'il faut mentionner pour bien comprendre des dispositions structurales quelque peu inattendues :

Au milieu d'une surface dont le revêtement est comparable à l'épithélium de la bouche, on voit un îlot qui semble un lambeau d'épithélium de la vessie fixée à l'état de vacuité. En effet les cellules de l'assise superficielle par leur polymorphisme rappellent en tous points les cellules de la surface de la muqueuse vésicale; profondément les fibrocytes pénètrent dans la couche épithéliale, mélangeant leurs noyaux à ceux des assises profondes de l'épithélium. La limite des deux tissus n'est plus appréciable. La transition de cet îlot vers le revêtement du voisinage se fait peu à peu.

D'après cette constatation on peut comprendre l'aspect curieux qui est représenté dans la Fig. 2 de la Pl. X: A la surface de la paroi de la cavité kystique il y a un mélange de cellules polyédriques nettement épithéliales et de cellules à protoplasma indistinct, pourvues de noyaux fusiformes, très longs, rectilignes ou courvilignes, disposés obliquement et même perpendiculairement à la surface, entièrement identiques à d'autres noyaux existant dans le chorion. Ce revêtement est donc en partie épithélial et en partie fibrocytaire. Il s'agit d'un épithélium polymorphe dont les assises cellulaires superficielles se sont détachées.

en se mélangeant au contenu kystique, laissant à découvert les assises profondes, pénétrées par les éléments du tissu conjonctif du chorion.

Cette chute de l'épithélium dont les cellules plus ou moins altérées se dissocient, peut être constatée en plusieurs de nos préparations: c'est le cas de la Fig. 1, Pl. x, où les cellules à protoplasma finement vacuolaire et à noyau pycnotique sont dissociées et agglutinées par le contenu du kyste, le chorion s'éffilant sous la couche en dissociation. Un peu plus loin il n'existe plus de cellules épithéliales sur la paroi conjonctive.

L'épithélium pavimenteux stratifié se montre en d'autres points atteint d'altérations donnant origine à des aspects non moins intéressants. Des vacuoles apparaissent dans l'épaisseur du revêtement (Fig. 1, Pl. xi), séparant plus ou moins des groupes de cellules, dont les limites s'effacent. Dans une partie de ces groupes le protoplasma est vacuolaire, les noyaux rattatinés, éffrités ou transformés en sphérules compactes; dans d'autres groupes cellulaires le protoplasma se maintient uniforme, les noyaux sont tuméfiés et l'amas prend la morphologie des myeloplaxes. Si l'épithélium est infiltré de lymphocytes en conséquence de l'existence de follicules dans le chorion, ces altérations déterminent des aspects encore plus étranges, quelquefois s'imposant comme néoplasiques à un examen peu approfondi. Les figs. 2 (Pl. xi) et 1 (Pl. xii), démontrent cette affirmation, la première montrant surtout l'infiltration, la deuxième l'aspect de sarcome à myeloplaxes.

Ces faits conduisent à l'interprétation de la disposition représentée dans la Fig. 2 (Pl. xii) se rapportant à la paroi de l'un des kystes plus volumineux (Q 4). Cette paroi, pourvue de quelques poils très longs, était blanchâtre, à l'exception d'une petite surface qui était rugueuse et rose. Le contenu en contact avec cette surface était légèrement rougeâtre et plus grumeleux. Les coupes intéressant cette plaque et le contenu ont montré un tissu où on voit: des myeloplaxes, de volume très varié dont quelques uns pos-

sèdent des dizaines de noyaux; des cellules polygonales ou arrondies, de toutes dimensions, dont le protoplasma est vacuolaire ou finement granuleux; des lymphocytes, des globules rouges, plus ou moins altérés. Tous ces éléments se disposent sans aucun ordre. Pas d'épithélium dans cette zone de la cavité, pas d'annexes cutanés, le tissu fibreux, infiltré de lymphocytes, limitant directement la cavité. Seule la constatation des faits ci-dessus mentionnés nous a permis de comprendre cette disposition résultant des altérations du revêtement épithélial pavimenteux, infiltré de lymphocytes et siège d'une petite hémorragie.

La paroi de l'un des petits kystes est jaunâtre, le contenu étant d'ailleurs transparent et incolore. Son revêtement présente quelques caractères particuliers (Fig. 2, Pl. IX): Seules les assises profondes sont intactes à peu près, les cellules étant prismatiques basses; les cellules des assises moyennes sont augmentées de volume, mal délimitées, les noyaux sont hypertrophiés, quelques uns pycnotiques ou en caryorrhexis. Les cellules des assises superficielles sont plus volumineuses que les cellules sousjacentes; leurs noyaux sont très altérés et leur protoplasma est entièrement farci de pigment jaunâtre. Il y a une transition graduelle de ces assises superficielles vers les moyennes, au point de vue de la surcharge pigmentaire, mais dans quelques points les cellules pigmentées forment une bande très nettement limitée. Cet aspect rappelle celui de la retine ciliaire près de l'*ora serrata*.

2 — Les kystes à épithélium prismatique, malgré la variabilité de dimensions ne sont pas moins intéressants que ceux du premier groupe.

En effet la série comprend des kystes très simples et d'autres très complexes au point de vue de la structure de leur paroi.

La paroi la plus simple appartient à des micro-kystes remplis d'un liquide clair et fluide, malgré l'action du fixateur; elle est constituée par un épithélium à une seule

couche de cellules cubiques ou prismatiques basses, dont le protoplasma se présente très finement granuleux et le pôle apical plus ou moins bombé, quelquefois surmonté de granulations et de sphérules qui se présentent comme un produit de sécrétion (Fig. 2, Pl. VIII). Cette couche épithéliale est immédiatement en contact avec le tissu conjonctif environnant.

Les kystes à paroi complexe sont volumineux (Q 26, par exemple). Celui-ci est tapissé par un épithélium stratifié prismatique et cilié; dans le chorion se trouvent des acini muqueux (Fig. 1, Pl. IX) et un peu plus éloignées de la cavité, cinq petites lames de cartilage hyalin; l'ensemble rappelle la structure des bronches, mise à part l'absence de tissu musculaire lisse. Au voisinage de ce kyste se trouvent d'autres plus petits, dont l'épithélium est prismatique aussi mais simple, les cellules étant plus allongées et pourvues d'une bordure refringente qui supporte par places des cils vibratiles, entremêlées de cellules calciformes très nombreuses; le chorion sous-jacent est caractérisé par des infiltrations lymphoïdes qui séparent des cryptes où les éléments calciformes sont prédominants.

Au-delà de ce chorion on voit du tissu adipeux et puis d'épaisses bandes, irrégulières des fibres musculaires lisses dont les interstices sont occupés par des groupes de cellules nerveuses ganglionnaires et des nerfs à fibres de Schwann. Cette enveloppe musculaire n'est pas complète à chacun des kystes, mais elle revêt des groupes de kystes, en envoyant des prolongements parmi ceux-ci. Malgré cela on peut voir ici des détails qui rappellent la paroi de l'intestin.

Dans le chorion recouvert par l'épithélium prismatique cilié, peuvent être constatées (Q 13), de véritables cryptes de Lieberkühn, séparées par des follicules clos, si volumineux qu'ils s'étendent dans tous sens, en envahissant même l'épithélium (Fig. 2, Pl. VII).

Une variation structurale est représentée par des cavités dont le revêtement est stratifié et cilié, le chorion infiltré

aussi de lymphocytes, mais enveloppant des glandes tubulo-acineuses à prédominance muqueuse. Dans quelques unes de ces cavités on voit cet épithélium se continuer par un autre stratifié pavimenteux, par transition graduelle, disparaissant en premier lieu les cellules prismatiques superficielles, puis, apparaissant des cellules cubiques à la surface; ces cellules deviennent en suite lamineuses.

La distribution et les rapports de ces cavités sont intéressantes à considérer.

Au fond de la dépression infundibuliforme que nous avons décrite dans la face antérieure de la tumeur, aboutit le canal ci-dessus décrit où nous avons rencontré un épithélium en partie prismatique, en partie pavimenteux stratifié et des glandes du type salivaire. Toutes les cavités possédant dans le chorion des glandes tubulo-acineuses, se trouvent au-voisinage de cet infundibulum. Ces cavités à part, toutes les autres ne présentent pas de distribution ordonnée. Les plus grandes, allongées, à épithélium stratifié pavimenteux s'étendent depuis le massif osseux jusqu'à l'extrémité inférieure de la zone kystique de la tumeur, en désignant de cette façon la moitié supérieure à peu près, la moitié inférieure méritant plutôt la désignation de zone fibro-adipeuse. L'allongement des cavités se fait parallèlement au plus grand axe de la tumeur. Les kystes à épithélium stratifié prismatique s'éparpillent un peu partout dans la moitié supérieure, plus nombreux au voisinage du massif squelettique, quelques uns coupés au moment de l'excision de la pièce. C'est dans cette partie aussi qui se trouvent exclusivement les kystes Q 16 et Q 17 et quantité de microkystes à épithélium cubique simple.

*

En résumant la description que nous venons de faire, nous dirons que, dans la tumeur étudiée, nous avons rencontré: des kystes plus ou moins volumineux et des tubes,

dont le revêtement épithélial simple ou stratifié, pavimenteux ou prismatique, avec ou sans cils vibratiles, pourvu ou non de cellules caliciformes, présente des poils, des amas glandulaires (sebacés, sudoripares, salivaires, muqueux; des formations lymphoïdes; des pièces cartilagineuses, quelques unes en ossification et aussi des os; des masses musculaires lisses et striées; des formations nerveuses (ganglions et nerfs), le tout distribué apparemment sans ordre dans un support fibro-adipeux qui forme une masse relativement considérable, semée de points de chondrification, et enveloppé par de la peau, présentent comme appendice un petit doigt. C'est-à-dire, on y trouve des tissus provenant certainement de tous les feuilletts embryonnaires et hétérotypiques, vu qu'ils sont indépendants des éléments constitutifs normaux de la région où ils se sont développés. Il s'agit en vérité d'un *pot-pourri histologique*, en employant la désignation que Rindfleisch a donné en 1864 aux tumeurs mixtes de la région sacro-coccygienne.

En effet aucune de ces formations ne constitue par elle seule un organe complet, bien nettement différencié au point de vue morphologique, mais seulement des ébauches très infimes ou des parties d'organes. D'autre part, en comparant l'état de développement de ces formations, on constate une discordance évolutive remarquable. En fait, les amas glandulaires salivaires, par exemple, sont au terme de leur évolution histologique, mais dépendent de la paroi d'une cavité, largement ouverte vers l'extérieur qu'on pourra assimiler à la cavité orale primitive.

De l'étude faite on peut même tirer des arguments pour établir non seulement des ressemblances structurales mais arriver à l'identification des parties d'organes. En effet la paroi de la cavité infundibuliforme de la face antérieure de la pièce est constituée par une muqueuse à tous points comparable à la muqueuse de la bouche de l'adulte, débordant même le contour de l'ouverture de la cavité pour former en bas une plaque qui est tout-à-fait différente du

revêtement environnant. Les amas glandulaires tubulo-acineux identiques par leur structure au lobe mixte de la sous-maxillaire adulte, ne se trouvent que dans le voisinage de cette cavité; ils sont épars, ne formant jamais un amas de dimensions comparables à celles de la sous-maxillaire du nouveau-né, les plus volumineux faisant saillie à la surface de la muqueuse. Ce n'est pas une glande sous-maxillaire, pas aussi des glandes salivaires du type muqueux prédominant, mais, pour ainsi dire, des débris d'une sous-maxillaire. Au fond de cette cavité, débouche un canal tapissé aussi de muqueuse dermo-papillaire, suivie d'une autre prismatique, stratifiée et ciliée; dans la première partie se trouvent encore des glandes salivaires, mais elles disparaissent avec le changement du revêtement. Au voisinage de ce canal s'éparpillent des kystes à épithélium prismatique, cilié, qui semblent pourvus de glandes salivaires, mais on ne peut pas suivre leur canal excréteur et vérifier s'elles appartiennent à ces kystes ou à la première partie du canal ou encore à la paroi de la cavité infundibuliforme. Au point de vue macroscopique rien se trouve ici rappelant la bouche, mais ces données nous forcent bien à admettre qu'il s'agit là de l'ébauche monstrueuse d'une bouche, continuée par un court tronçon du pharynx et par le bout supérieur de l'œsophage encore au stade d'épithélium prismatique, cilié. L'existence au voisinage d'un mélange de fibres lisses et striées, vient à l'appui de cette affirmation.

Il faut encore considérer l'existence toute proche, d'une cavité rappelant en tous points une coupe du canal auditif externe. C'est le résidu de la partie postérieure de la première fente branchiale externe de l'un des côtés, qui s'est développé tout seul.

L'existence d'un kyste allongé dont la structure ébauche un bronche pourvu encore de lames cartilagineuses, rend vraisemblable que les microkystes à épithélium cubique qui s'entassent autour de lui ne soient que des ramifications dernières de l'arbre bronchique arrêtées dans leur développement.

■ Nous avons fait ressortir l'absence presque complète de pigment dans les épithéliums pavimenteux que tapissent les cavités kystiques ou forment l'enveloppe extérieure de la pièce.

○ Ce fait prête beaucoup de valeur à la constatation de zones de cet épithélium à petit nombre d'assises cellulaires dont les plus superficielles sont surchargées de pigment. C'est intuitif le rapprochement de cet épithélium des zones de la rétine plus simples. Cette constatation a été faite fréquemment dans les cas semblables à celui que nous étudions, et interprétée de la même façon.

■ Il faut aussi faire une place à part aux kystes dont le revêtement se ressemble étrangement à celui du gros intestin. Il est vraisemblable que ce soient des tronçons du tube intestinal qu'ont évolué par son propre compte, plus ou moins déviés du plan normal.

■ Toutes ces formations se trouvent parmi les pièces du massif osseux et au devant et en bas de ce massif. Ce fait suggère l'hypothèse que ce massif représente l'ensemble des pièces squelettiques de la base du crâne, l'ébauche cartilagineuse troublée dans son développement ayant donné cet amas où l'identification de pièces osseuses n'est plus possible.

■ Dans les pièces cartilagineuses en ossification et dans les os qui se dirigent en bas et en avant, vers le point d'implantation du doigt, on peut voir l'ébauche simplifiée et monstrueuse de l'un des membres supérieurs dont seulement un doigt est parfait et complet.

■ On voit donc que dans ce *pot-pourri* il n'y a pas d'organes mais des parties d'organes, des formations organoïdes, quelques-unes jouant un rôle à considérer, quoique borné ou mal défini. C'est le cas de la moelle osseuse rouge, des petites glandes salivaires complètement développées, des masses musculaires lisses et striées, des formations nerveuses.

■ Cet ensemble de formations hétérotypiques inséré à la face antérieure du sacrum, présentant des parties fœtales

nettement définies, nous force bien à admettre qu'il s'agit là de l'inclusion, remontant à un stade précoce du développement d'un embryon, troublé dans son évolution atypique, monstrueux. C'est un *fœtus inclusus*, oblastome de Albrecht, dysembryome complexe, teratoïde ou embryome de Wilms, tératome adulte de Askanazy, tératome complexe de Virchow.

Dans la classification de J. Geoffroy Saint-Hilaire cet exemplaire serait un parasite inclus (endocymien).

En considérant la prédominance des parties solides sur les parties kystiques, celles-ci étant en proportions très réduites, nous placerons ce tératome dans le groupe des tératomes solides.

Dans ce cas l'origine bigerminale, parfois si difficile d'établir, n'est pas contestable, d'autant plus qu'on y trouve « des parties fœtales nettement reconnaissables et ne pouvant être dérivées de la région caudale (Hermann et Tourneux, pp. 122, 129, Ziegler, p. 713).

*

La jeune fille opérée par M. le Dr. A. Breda portait déjà à sa naissance cette tumeur à l'intérieur du rectum. Aucun examen n'a été fait à ce moment, mais, étant la règle, on peut faire l'assertion.

La présence de lambeaux de muqueuse rectale, interrompant la continuité du revêtement cutané, et d'autre part l'adhérence de la paroi du rectum à la face antérieure du sacrum, tout autour du pédicule de la tumeur en y formant bourrelet, nous porte à croire que l'évolution intra-rectale n'a pas été établie tout au début du développement. Il est très vraisemblable que la tumeur ait été primitivement extérieure au rectum, des adhérences étendues s'étant établies entre la paroi de la portion terminale de l'intestin primitif et l'embryon inclus d'une part et l'ébauche de la colonne vertébrale au même niveau d'autre part. La paroi de l'intestin, ne pouvant pas être repoussée par l'embryon,

vu ses adhérences à la colonne, s'est rarefiée par places, laissant des lambeaux de paroi; la greffe n'a réussie et ne s'est développée par son compte, que pour ceux que nous avons mentionné dans la description faite.

Ce tératome s'est développé si lentement pendant 16 années qu'il n'a provoqué aucune gêne, mais à un certain moment l'accroissement a pris une allure plus rapide, remplissant le rectum et la gêne éprouvée à l'évidement de l'intestin a provoqué l'examen du médecin. Cet accroissement doit être en rapport avec le développement excessif, vraiment néoplasique du stroma, révélé par l'aspect sarcomateux constaté sur une petite zone, et l'aspect lipomateux de la moitié inférieure de la pièce.

Un nombre remarquable des tumeurs en rapport avec le sacrum-coccyx présentent des relations génétiques avec des malformations de la colonne vertébrale au niveau de la région sacro-coccygienne (Barbacci, p. 523). Dans ce cas l'examen radiographique récemment fait, a été négatif, confirmant l'indépendance complète du squelette de l'inclusion, fait déjà reconnu par le chirurgien au moment de l'incision et par l'étude de la pièce.

Dans l'évolution de ce tératome il y a un fait à ne pas oublier, non obstant son caractère énigmatique: la poussée néoplasique s'est affirmée après l'expulsion par l'urèthre d'une mèche de cheveux, après de violentes coliques vésicales, accompagnées d'urines troubles. Dans la paroi de la vessie y existerait-il quelque îlot épidermique pourvu de phanères? Un kyste dermoïde existerait-il là, son contenu pilo-sebacé ayant été rejeté?

Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses, l'examen endoscopique de la vessie n'ayant pas été fait. C'est une lacune que nous regrettons vivement.

*

Les opinions sur la fréquence des tératomes complexes ne sont pas concordantes. C'est ainsi que Letulle (p. 308)

les considère d'une extrême rareté, tandis que Herrmann et Jeannel commencent le rapport d'un cas de tératome sacro-coccygien en disant « Pour ne plus être des raretés et encore moins de nouveautés... » (p. 381).

Leur siège de prédilection est la région sacro-coccygienne: Himly sur 12 tératomes en mentionnait 10 à cette région. M. Répin en 1891 n'a trouvé dans la littérature médicale que 28 tératomes abdominales, 23 scroto-testiculaires et 18 ovariens (Calbet).

La fréquence des tératomes sacro-coccygiens est telle que, d'après Calbet, Fochier n'en a observé qu'un seul cas en six ans à la Maternité de Lyon, où il se fait environ 1.200 accouchements par an. Le même auteur dit qu'en additionnant les statistiques des deux maternités, du Boulevard Port-Royal et de l'hôpital Cochin, depuis 1881 (à 1894) on trouve un cas pour 34.500 accouchements.

Sa fréquence, suivant le lieu d'insertion, peut être appréciée par la statistique, déjà ancienne de Calbet, faite sur 155 observations:

Face postérieure du sacrum-coccyx.	41 fois
Pointe du coccyx.....	46 »
Face antérieure du sacrum.....	} 58 »
Face postérieure du rectum.....	
Vaisseaux de la région.....	} 7 »
Aponévroses du périnée postérieur..	
Échancrure sciatique.....	3 »

Nous croyons que Calbet a réuni les insertions concernant la face antérieure du sacrum, la face postérieure du rectum et les vaisseaux de la région, parce que beaucoup d'observations rapportées dans la littérature n'indiquent pas d'une façon bien précise ce détail, qui d'ailleurs n'est pas toujours d'une constatation si simple que dans notre cas. On voit donc que les tératomes développés dans l'espace rétro-rectal, contre la face antérieure du sacrum-coccyx sont les plus nombreux. Ils s'accompagnent souvent de l'allongement et de la dilatation du rectum; presque constamment celui-ci est repoussé en avant et accolé à la vessie.

Dans certains cas la compression s'est exercée dès la période de formation des divers organes contenus dans le bassin. C'est ainsi que se sont produits certains arrêts de développement tels que l'absence de formation d'une portion du rectum (Tourneux). Le développement peut se faire en haut, vers le bassin ou en bas, repoussant le plancher périnéal et formant tumeur plus ou moins volumineuse qui déplace l'anus et les organes sexuels externes (Barbacci).

Les tératomes développés au-dedans du rectum sont des plus rares. Nous ne pouvons que reproduire les considérations de Ribbert (p. 489), faute de données bibliographiques suffisantes.

Danzel a fait la description d'une tumeur de cette nature, poilu et pourvu d'un ébauche rudimentaire de cerveau, chez une femme âgée de 25 ans.

Tout dernièrement Hasegawa a décrit une tumeur identique dans une femme de 44 ans. Elle était constituée par des tissus ectoblastiques et mésoblastiques, (système nerveux inclus). Il suppose qu'il s'agit plutôt d'un dermoïde de provenance ignorée greffé dans le rectum et croit pouvoir appliquer son hypothèse à d'autres cas (tels ceux de Snyrs et Gelström).

Ces cas ne sont pas comparables à celui que nous étudions, celui-ci étant inséré sur le sacrum et non sur la paroi du rectum qui est interrompue au niveau du pédicule d'implantation.

Les tératomes sont plus fréquents chez les filles, comme ce cas, que chez les garçons. En compulsant les observations publiées par Taruffi jusqu'en 1868 et en y joignant celles de Calbet, on trouve 126 filles et 60 garçons sur 203 cas (Calbet).

La morphologie des tératomes sacro-coccygiens est tellement variée qu'il est très difficile de rencontrer des observations tout-à-fait identiques. Des organes rudimentaires très variés se rencontrent; aucun autre tératome présente une telle variété (Askanazy). Parmi les organes rudimen-

taires énumérés par Ewing (p. 1037) se trouvent ceux que nous avons décrit, segments de l'intestin, œsophage rudimentaire, cavité buccale avec des glandes salivaires (cas de Linser, Kleinwachter), des bronches pourvus d'arceaux cartilagineux (cas de Piper et de Linser), orteils (cas de Feldmann). Nous ne rencontrons aucune mention d'un seul doigt.

*

Dans la littérature portugaise on rencontre quelques études plus ou moins complètes, concernant des cas de tératomes sacro-coccygiens, mais aucun cas de tératome intra-rectal.

En effet en 1920, M. le Prof. J. A. Pires de Lima, a publié deux observations de tumeurs congénitales du plancher pelvien: La première, la plus intéressante, se rapporte à une tumeur périnéale, un peu plus volumineuse que le tronc du fœtus qui en était le porteur; les membres inférieurs étaient éloignés l'un de l'autre par cette formation interposée, la vulve et l'anus se trouvant sur la face antérieure. Cette tumeur contenait une autre qui a été facilement énucléée. Celle-ci ne présentait d'autres connexions nerveuses et vasculaires que celles que l'unissaient à la face antérieure du sacrum. L'A., a constaté dans cette tumeur de nombreuses cavités kystiques tapissées par un épithélium « dans bien de points parfaitement analogue à l'épithélium de la surface de la muqueuse intestinale ». D'autres cavités possédaient un épithélium pavimenteux « dont les cellules subissent une telle évolution qu'elle permet de le considérer du type épidermique fœtal. L'A. y décrit encore des formations acineuses et des « nids de petites cellules épithéliales cubiques ou polygonales à protoplasma dense ».

Dans le second cas, il s'agit d'une pièce ancienne du musée d'Anatomie Pathologique de Pôrto. Son étude est incomplète et les rapports de la tumeur avec le sacrum ne sont pas nettement élucidés.

En 1921, M. le Prof. A. d'Almeida Garret a publié un autre cas sous le titre de tumeur congénitale de la pelvis, dans un petit enfant âgé de 4 mois. Le tumeur s'étendait depuis la région sacro-coccygienne jusqu'à l'anūs, formant un gros relief entre les fesses; il laissait libre la face postérieure du sacrum et s'élevait dans l'espace pelvi-rectal supérieur, des fortes adhérences le relliant au coccyx qui est repoussé en arrière, tandis que l'anūs est déplacé en avant. D'autres adhérences à l'intestin ont été constatées pendant l'intervention opératoire. Dans un support conjonctif, décrit comme embryonnaire ou fibreux, d'aspect sarcomateux en quelques points, présentant des nodules cartilagineux, existaient de nombreux kystes tapissés, soit de cellules pluristratifiées, pavimenteuses, soit de cellules cylindriques, parfois mélangées à des cellules caliciformes, soit encore les unes et les autres suivant les points considérés d'une même cavité. Le tissu glandulaire était représenté par des acini dont la nature n'est pas indiquée.

En 1929 M. le Dr. Fonseca e Castro publie deux autres cas de tératome siégeant à la fesse chez des enfants, l'un âgé d'un an et l'autre de 4 ans. Dans la description du premier cas, très incomplète d'ailleurs, on voit que la tumeur profondait dans le petit bassin, unie par des adhérences au sacrum et au rectum. Le point de départ ou siège primitif n'a pas été reconnu à l'autopsie. Le second cas se rapporte à une grosse tubérosité, pendante de la fesse gauche d'un petit enfant ♀, contenant une cavité dont la partie supérieure de la paroi est constituée par une masse blanchâtre qui enveloppe un noyau osseux qui rappelle un coccyx. La cavité contenait un liquide jaunâtre qui coulait vers l'extérieur par un canal sinueux qui s'ouvrait au fond d'une petite ulcération cutanée. L'étude histologique n'est pas rapportée avec de détails suffisantes à bien juger la structure. On y rencontre décrits: un épithélium stratifié, polymorphe, avec interposition de magmas syncytiaux polynucléés; un autre épithélium cylindrique cilié à élaboration muqueuse; d'autres syncytiums,

polynucléés éparpillés dans le tissu conjonctif; un épithélium stratifié malpighien sans couche granuleuse et sans kératinisation, tapissant un tissu conjonctif laxo, très vasculaire, entremêlé de tissu vasculaire embryonnaire; des nodules angiomateux; des coupes de poils, glandes sebacées et sudoripares; innervation profuse.

A M. le Dr. Júlio da Fonseca se doit la description trop sommaire d'un cas de tumeur à siège sacro-coccygien aussi.

(Recherches faits avec l'aide de la «Junta d'Education Nationale»).

LITTÉRATURE

- Barbacci (Ottone):** *Tumori*. «Trat. Ital. di Chir.», Vol. 1, Part. IV, Vallardi, Milano, 1915.
- Borst:** *Tumori propriamente detti (blastomi)*, in Luigi Aschoff, «Anatomia Patologica», 2.^o edit. ital. sulla 7.^a allem. de Aldo Fabris, Torino, 1930.
- Brault (A.):** *Les tumeurs* in Cornil et Rauvier. «Manuel d'Histologie pathologique», 3.^o edit, T. 1, Paris, 1901.
- Calbet (B.):** *Les affections congénitales de la région sacro-coccygienne*. «Arch. générales de Médecine», 1894, Vol. 1, p. 462, 568.
- Duplay (Simon):** *Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne*. «Arch. générales de Médecine», 1868, Vol. II, p. 723.
- Ewing (James):** *Neoplastic Diseases*, 3.^o edit. Philadelphia and London, 1928.
- Fonseca e Castro:** *Um caso de teratoma sacro-coccygeo*. «Portugal Médico», 1929, Vol. XIII, p. 69.
- Fonseca (Júlio da):** *Descrição dos exemplares de teratologia existentes no Museu de Anatomia Patológica e de Patologia Geral*. «Arquivos do Instituto de Anatomia Patológica e de Patologia Geral». Vol. 8.^o (1919-1920), Coimbra, 1922, p. 30.
- Geoffroy Saint-Hilaire (J.):** *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*. T. III, Paris, 1836.
- Garrett (A. de Almeida):** *Sobre um caso de tumor congénito da pelve*. «Arquivos de Pediatria e Ortopedia», (Lisboa). V. 1, Novembro 1921, p. 201-211.
- Herrmann et Jeannel:** *Tumeur sacro-coccygienne congénitale*. «Journ. de l'Anat. et de la Physiol.», T. LXI, 1905, p. 381.
- Herrman et Tourneux:** *Sur l'origine des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne*. «Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie», 1905, 41.^o année, p. 113.
- Letulle (M.):** *Anatomie pathologique*, Paris, Masson & C.^o, 1931.
- Lima (J. A. Pires de):** *Deux observations de tumeurs congénitales du plancher pelvien ayant provoqué de monstruosités*. «Bull. de la Soc. Port. des Sc. naturelles», T. VIII, 1920, p. 105.
- Lunghetti (B.):** *Tumori in generale*, in Pio Foà. «Trattato di Anatomia patologica», 1923, Torino, p. 137.
- Ribbert (Hugo):** *Geschwulstlehre*. Bonn, 1914, 2.^o edit.
- Ziegler:** *Traité d'Anatomie pathologique*, 2.^o edit. française, traduite sur la 11.^o edit. allemande, par Augier (G.) et Augier (D.), T. 1, Soc. belge d'éditions, p. 658.



Fig. 1



Fig. 2

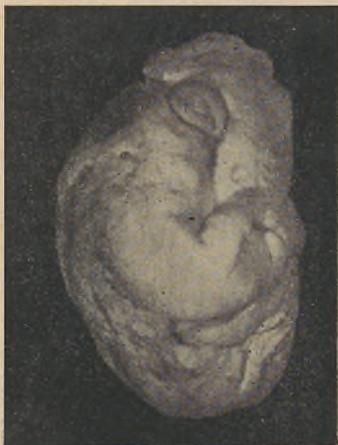


Fig. 3



Fig. 4

(Cl. de G. Brites).



Fig. 1



Fig. 2

(Cl. de G. Brites).



Fig. 1

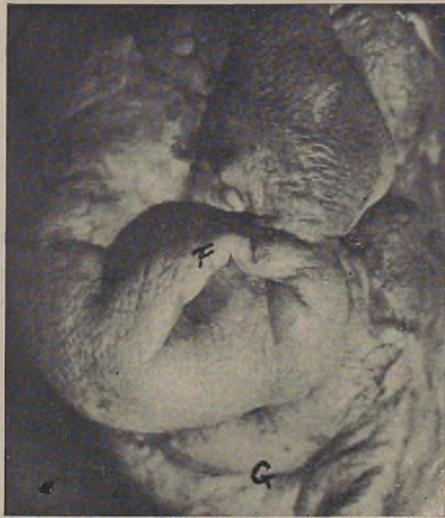


Fig. 2

(Cl. de G. Brites).



Fig. 1

(Cl. de G. Brites)•





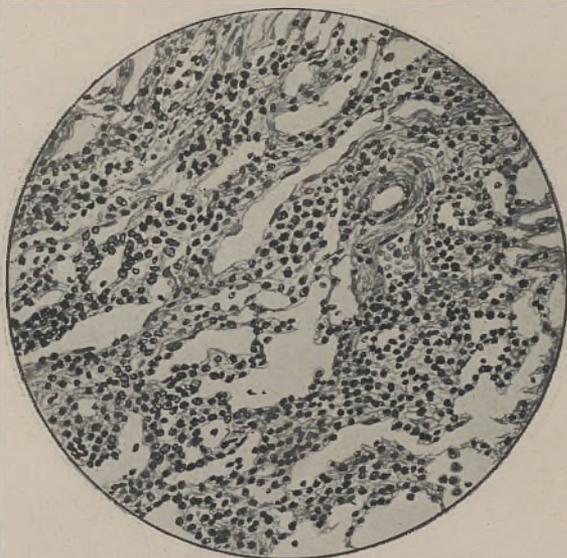


Fig. 1 270 X



Fig. 2 59 X

(G. Brites, *del.*)

N 15

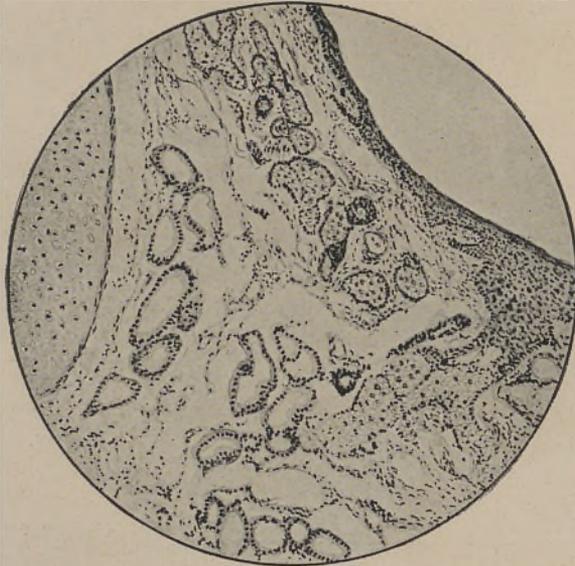


Fig. 1 59 X

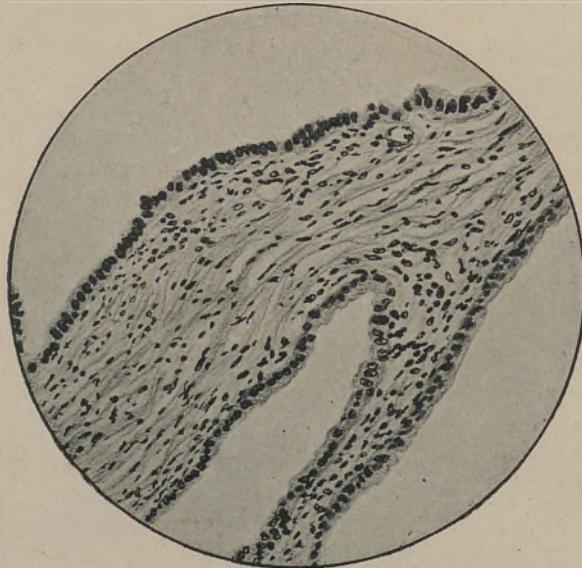


Fig. 2 198 X

(G. Brites, *del.*)



Fig. 1 198 X

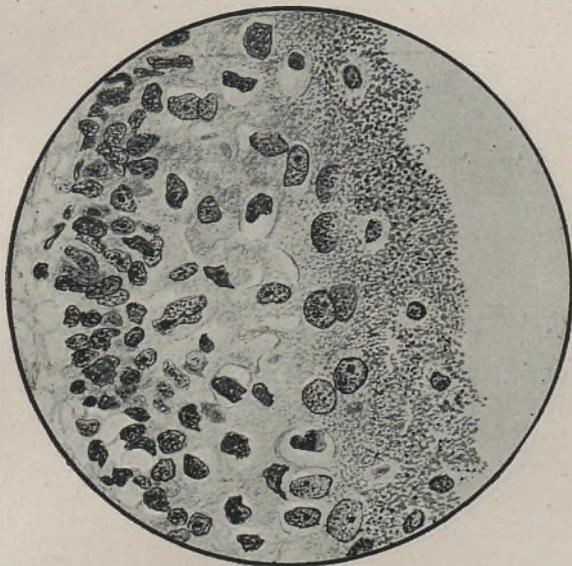


Fig. 2 510 X

(G. Brites, del.)

N 15

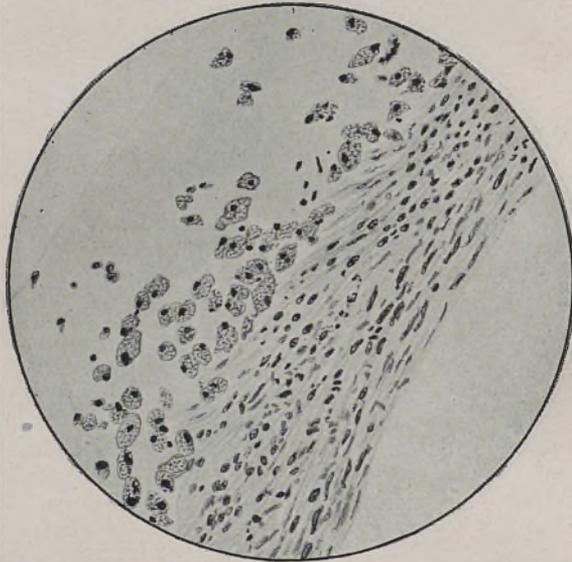


Fig. 1 198 X



Fig. 2 512 X

(G Brites, del.)

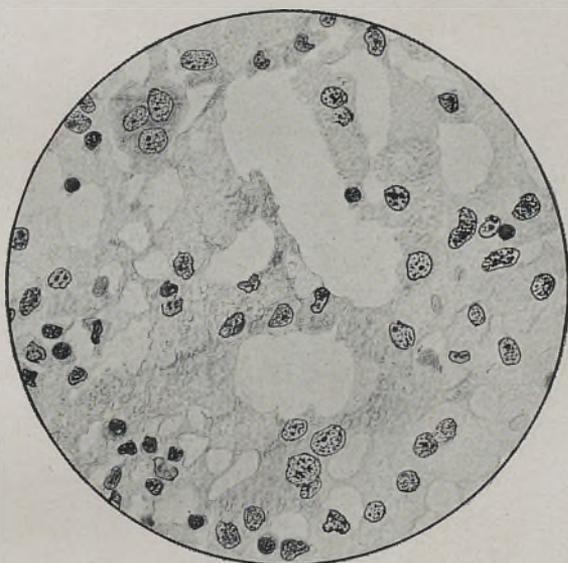


Fig. 1 520 X

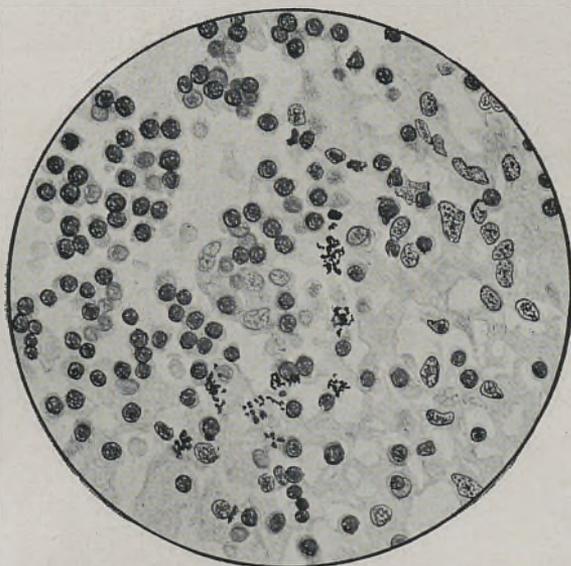


Fig. 2 520 X



Fig. 1 520 X



Fig. 2 270 X

(G. Brites, *del.*)

