

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

Hommage
de la Rédaction

VOL. VII



NN 11-13

TYPIS ACADEMICIS

MCMXXXII

I N D E X

| | |
|---|----------|
| GERALDINO BRITES : <i>Lymphangio-fibrome de la paroi gastrique</i> | NN 11 |
| A. L. SALAZAR : <i>Procédé rapide de dessin microscopique.</i> | 12 |
| GERALDINO BRITES : <i>La Morphologie en Portugal. Notes sur les études publiées en 1931</i> | 13 |

F O L I A A N A T O M I C A U N I V E R S I T A T I S C O N I M B R I G E N S I S

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

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

ÉDITEUR : 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. VII

N 13

LYMPHANGIO — FIBROME DE LA PAROI GASTRIQUE,

PAR

GERALDINO BRITES

(reçu par la rédaction le 1 Juillet 1932)

Les constatations histologiques faites par Roussy dans la tumeur pédiculée exogastrique, présentée par Paul Picquet à la Société de Chirurgie, en Mai 1922; celles de Leroux, sur une autre tumeur juxta-pilorique, opérée par Cunéo et présentée en Février 1923 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris; l'étude de la tumeur exogastrique de la petite courbure, opérée par Gosset et présentée par lui-même à la Société de Chirurgie (4 Juillet 1923); un quatrième cas rapporté par Gosset à la même société, le 20 Février 1924 et enfin l'étude d'ensemble de A. Gosset, Ivan Bertrand et Lœwy, ont fait voir sous un jour nouveau le groupe des tumeurs non épithéliales de l'estomac. Ce fut la suite des études faites en France par Desmaret, Lhermitte et Leroux, Ivan Bertrand et Charier et en Belgique par Morau et L. van Boggaert, sur les aspects histologiques des gliomes ou schwannomes des nerfs périphériques.

En effet l'appareil neuro-musculaire des parois gastriques peut être le point de départ de tumeurs dont l'origine schwannique est incontestable. En conséquence le groupe



des tumeurs bénignes de l'estomac s'est accru aux dépens des tumeurs dites «sarcomes», non obstant leur bénignité clinique habituelle.

D'autre part, ces études ont fait voir qu'il faudrait faire, à la lumière des faits nouveaux, une révision des tumeurs non épithéliales de l'estomac, remaniant la statistique des tumeurs gastriques de ce groupe. En effet les schwannomes des nerfs périphériques sont doués d'un polymorphisme remarquable et dans l'estomac l'écartement du type schématique est encore plus considérable. Le diagnostic histologique est parfois très difficile à faire: des tumeurs dites fibromes, myomes, myxomes, lymphomes, à un examen superficiel, ne sont que des schwannomes.

En conséquence de ce fait et en considérant la fréquence de ces tumeurs, en présence d'une tumeur non épithéliale des parois gastriques *l'origine schwannique doit toujours être suspectée et recherchée minutieusement dans les différentes zones du néoplasme* (Gosset, Bertrand et Lœwy, p. 584).

Les schwannomes sont les moins rares des tumeurs bénignes non épithéliales des parois gastriques, habituellement pédiculés, quelquefois sessiles, développés au début, soit dans la sous-muqueuse, soit dans la sous-péritoneale (Oettinger, Duval et Moutier), soit encore entre les deux couches musculaires. Dans le premier cas la tumeur est endogastrique, ce qui est plus rare (cas de Leroux, de Bécart, de Rastouil de Gaeglinger, etc.), les tumeurs exogastriques étant les plus fréquentes (cas de Picquet, Gosset, João d'Almeida, etc.).

Les myomes, fibro-myomes et fibromes sont des tumeurs moins fréquentes que les schwannomes. D'après Filger, la fréquence des fibromes est moindre que celle des myomes et Kauffmann dit que les fibromes sont très rares, moins rares en vérité que les lipomes; ils sont endo ou exogastriques et leur volume est très variable. Des fibromes très volumineux ont été décrits, et le cas de Bircher (f. sous-séreux de 380 gr.), de Spencer (f. sous-muqueux, 200 gr.), de Wild (f. sous-séreux présentant le volume d'un œuf de

poule) sont les plus remarquables; en général les tumeurs décrites sont très petites, entièrement muettes au point de vue clinique, souvent trouvées d'autopsie ou de laparotomies par une autre cause. Parfois, nonobstant leur petitesse, elles présentent une symptomatologie bruyante, l'allure d'une tumeur maligne, (cas de Legac, Bécart et Hirschberg) et provoquent l'intervention du chirurgien.

Il y a des cas de fibromes multiples, coïncidant ou non avec des fibromes cutanés; tous ces cas sont à considérer comme des neuro-fibromes (Askanazy, vid. Borrmann).

Les lymphangiomes du tube digestif sont très rares et plus encore si les kystes par rétention chyleuse sont éliminés du groupe. D'après Borrmann, dans la littérature, il y a un seul cas de tumeur de la paroi gastrique, celui de Engel-Reimers, dont la nature lymphangiomateuse puisse être acceptée sans réserves: il s'agissait d'une tumeur de la paroi antérieure, située en bas d'une zone épaissie par cicatrisation d'ulcère de la petite courbure, dont la surface de section montrait l'aspect spongieux et laissait couler du liquide laiteux.

Ces considérations montrent l'intérêt de l'observation que nous allons rapporter, concernant une tumeur gastrique, trouvée d'autopsie, remarquable par ses dimensions et par sa structure.

*

João Ch., âgé de 40 ans, autopsié par nous le 11 Juin 1919, à l'Institut de Médecine légale de Lisbonne.

Cet examen cadavérique appartient au groupe de ceux que parfois on fait dans les services thanatologiques, énigmatiques au point de vue des lésions déterminantes de la mort, aucune ne se présentant d'une façon suffisamment convaincante et des recherches complémentaires devant être faites pour arriver à un résultat précis.

À la fin de l'autopsie, l'examen des viscères a été minutieusement refait, et pendant le réexamen de l'estomac excisé, ouvert tout au long de la grande courbure et étalé sur la table, nous avons rencontré sur la paroi antérieure une petite

tumeur sessile, grosse comme une noisette, dure, sur laquelle la muqueuse était moins mobile; coupée perpendiculairement à la surface, du liquide trouble s'écoule et le volume de la tumeur se réduit d'un tiers, à peu près. Ensuite, la curiosité aiguillée dans ce sens, la recherche d'autres tumeurs a été faite tout au long du tube digestif et de même la surface cutanée a été examinée avec soin. Pas d'autres tumeurs.

Dans la paroi du rectum des petits diverticules ont été rencontrés, faisant une toute petite saillie à l'extérieure.

L'inclusion dans la paraffine a réduit encore le volume de la petite tumeur gastrique et dans les coupes elle a 3,5 mm. de diamètre.

L'étude microscopique montre que la tumeur siège dans la sous-muqueuse. De la muqueuse il ne reste dans les préparations que la partie plus profonde du chorion, quelques fonds de glandes et la *muscularis mucosae* hypertrophiée.

Dans la partie centrale de la tumeur (fig. 1) on voit de gros faisceaux connectifs, serrés les uns contre les autres et limitant des espaces très irréguliers en forme et en dimensions. Les faisceaux ne sont pas orientés dans le même sens: la plupart ont été intéressés par la coupe longitudinalement ou obliquement, moins fréquemment dans le sens transversal. Les fibroblastes sont peut nombreux, sauf au voisinage de la *muscularis*. Les espaces sont entièrement vides et limités par des cellules endothéliales. On trouve épars des vaisseaux sanguins.

A la périphérie (fig. 2) des espaces irréguliers doublés de cellules endothéliales se trouvent aussi contre la couche musculaire, quoique moins nombreux qu'à la partie centrale de la tumeur. Dans la zone plus interne de la sous-muqueuse, le tissu est très dense et des amas de lymphocytes dissocient ce tissu connectif et encore la *muscularis*, s'étendant vers le chorion de la muqueuse. Les fibroblastes sont ici plus nombreux.

La tumeur se présente, donc, comme un peloton com-

plexe de vaisseaux lymphatiques, dont le calibre qui devait être considérable pendant la vie, est réduit par leur évidement et ensuite par la technique employée. Ces vaisseaux dissociaient un amas de tissu fibreux, encadré par une série d'infiltrations lymphoïdes.

*

En suivant l'avis de Gosset, Bertrand et Lœwy, ci-dessus indiqué, l'origine schwannique de cette tumeur a été suspectée et nous avons recherché des caractères, permettant d'établir ce diagnostic histologique. Nous n'avons par vu les nodules à cellules palissadiques pathognomoniques du schwannome, ni la dégénération micro-polykystique; de même aucune disposition rappelait les tourbillons pseudo-conjonctifs, ni les aspects cylindromateux. Les boules homogènes de Nageotte n'existaient pas. Nous croyons que le diagnostic de schwannome peut être rejeté délibérément.

Il y a une hypothèse qui ne peut pas être rejetée, d'après les données mentionnées. S'agira-t-il d'une malformation congénitale des vaisseaux lymphatiques, ayant provoqué l'inflammation chronique du tissu environnant, comparable aux chylomes de l'intestin?

Nous ne pouvons que laisser la question en suspens.

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

LITTÉRATURE

- Almeida (João)**: *Tumeur bénigne pédiculée de l'estomac (neurinome)*. Serviço de Cirurgia (Prof. A. Teixeira Bastos), II, 1926-1927, p. 47.
- Bécart et Gaeglinger**: *Tumeur bénigne de l'estomac*. Soc. de Méd. de Paris, séance du 12 Avril 1929, in-«La Presse Médicale» n.° 33, 24 Avril 1929, p. 537.
- Gosset (A) Bertrand (J.)**: *Fibroglome gastrique au stade de début*. «La Presse Médicale», 3 Juin 1925, p. 475.
- Gosset (A) Bertrand (J.)**: *Tumeurs pédiculées de l'estomac, dites sarcomes*, «Journal de Chirurgie», t. XXIII, 1924, p. 577.
- Kaufmann (G.)**: *Lehrbuch des speziellen pathologischen Anatomie*, I, Berlin u. Leipzig, 1931.

- Legac, Bécart et Hirschberg:** *À propos d'une tumeur bénigne de l'estomac à allure de tumeur maligne.* «Société de Médecine de Paris», séance du 8 Mai 1931, «La Presse Médicale» n.° 42, du 27 Mai 1931, p. 785.
- Oettinger, Duval (Pierre) et Montier (François):** *Schwannome gastrique*, «Soc. de gastro-entérologie de Paris», séance de 8 Juin 1925, in-«Arch. des mal. app. digestif.», t. xxv, 1925,
- Rastouil:** *Gastro-pyloréctomie pour schwannome endogastrique.* «Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest», 26 Février, 1931, in-«Gazette Hebdomadaire de Sciences Médicales de Bordeaux», 1931, n.° 21, p. 326.



Fig. 1. — Gros. 63 ×

Aspect du milieu de la tumeur



Fig. 2. — Gros. 63 ×

Aspect de la périphérie de la tumeur

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. VII

N 12

PROCÉDÉ RAPIDE DE DESSIN MICROSCOPIQUE,

PAR

A. L. SALAZAR

(Reçu par la rédaction le 8 Juillet 1932)

Au point de vue de la pratique, la technique du dessin microscopique doit obéir à certaines conditions importantes; elle doit être rapide et commode et épargner autant que possible les énergies. Tous ceux qui travaillent dans un laboratoire et se trouvent emportés par la fièvre parfois un peu malade de l'investigation, ne savent que trop combien sont énervantes les procédés techniques trop longs et trop compliqués, et combien il est à désirer qu'ils soient autant que possible simplifiés. Pour ceux-là surtout qui opèrent dans les laboratoires modestes, et qui ne peuvent pas se donner le luxe de photographes, qui ne peuvent pas en somme, s'entourer d'un « staff » d'aides nombreux, la dépense de temps et d'énergie causée par la besogne assoupissante de la technique est déjà trop grande pour qu'il ne soit pas à souhaiter qu'elle ne vienne encore à être accrue par la complication des procédés techniques de reproduction. D'ailleurs, un croquis très précis, sobre et rapide, substitue avantageusement une longue annotation, rend plus bref et plus facile le travail de documentation, et aide toujours à fixer l'attention sur des détails, qui, sans

N 12

cela ne seraient peut-être pas aperçus. Parmi les différents procédés de reproduction connus et employés aujourd'hui, celui qui a jusqu'ici mérité la préférence des chercheurs, est, sans contredit, le dessin au lavis.

Cette préférence se justifie par la délicatesse du procédé, par ses ressources très nombreuses et par la remarquable beauté des résultats atteints par des mains suffisamment habiles; de nombreux chercheurs sont passés maîtres dans ce genre, et à ce propos, il nous suffit de citer les admirables dessins de M. Duval qui sont de véritables chefs-d'œuvre de l'iconographie histologique.

Ce procédé a cependant un inconvénient; il est trop lent et parfois énervant, car il oblige à attendre que l'eau sèche pour que l'on puisse mettre dans le dessin les différentes valeurs, et, dans la réalité, il nous force à exécuter autant de dessins superposés qu'il y a de gradations à obtenir. Si cet inconvénient n'a pas une très grande importance pour ce qui a trait aux dessins de dimensions réduites ou à ceux qui, nonobstant leurs dimensions considérables, n'ont pas une grande variété de nuances, il devient énervant, quand il s'agit de dessins possédant une très grande variété de tons. A côté de cet inconvénient principal, il y a de petits détails qui, n'ayant pas en apparence une grande valeur, présentent parfois de sérieux ennuis: difficulté de réussir certaines transitions de tons; encombrement de godets et de cristallisoirs sur la table, tout à côté du microscope, etc. En résumé, le procédé au lavis à l'encre de Chine, parfait comme réalisation et fécond dans ses résultats, est par trop lent et requiert beaucoup de patience pour qu'on en puisse obtenir de bons résultats.

Si donc il convient aux tempéraments très calmes et patients, il embarrasse ceux que la nervosité caractérise: et les procédés sont bons ou mauvais non seulement par les qualités qui leur sont inhérentes, mais aussi par celles qui ont rapport aux personnes qui les emploient.

On peut obtenir des résultats sensiblement égaux à ceux obtenus avec le lavis à l'encre de Chine, parfois même

supérieurs, sans aucun des inconvénients présentés par celui-ci, en employant simplement la technique du dessin au crayon. Ce procédé, rapide et commode, n'a pas besoin d'un matériel compliqué, et n'exige pas de temps considérable; on peut, s'il est employé convenablement, en obtenir toutes les délicatesses et les nuances requises par la reproduction microscopique. Le dessin au crayon n'est pas évidemment une nouveauté; il a déjà été appliqué par les chercheurs; il a figuré dans les journaux et revues scientifiques. Cependant l'usage ne s'en est pas généralisé, car, il faut bien en convenir, il n'a pas toujours été heureux; il n'a jamais été employé, que nous le sachions, pour des travaux délicats, de cytologie fine, par exemple.

Pourtant c'est par le crayon du lithographe que l'on a reproduit beaucoup des plus délicats dessins exécutés au lavis: et cela, même après que l'usage de la photogravure est devenu banal. On trouve dans les revues d'histologie de nombreuses planches exécutées par le crayon du lithographe, qui prouvent ce que nous avançons, et point n'est besoin de mettre en relief la délicatesse, la beauté et l'exactitude rigoureuse de ce procédé. Or, ce que le lithographe obtient sur la pierre, le microscopiste peut aussi l'obtenir sur le papier: pour cela, il lui suffit de savoir bien choisir le matériel convenable, et d'avoir acquis l'expérience indispensable.

Une collection de crayons «Koh-I-Noor» (Made by L & C. Hardtmuth, in Austria), de toutes nuances; une bonne gomme élastique molle, quelques gommes élastiques fines, d'autres dures pour être taillées en pointe, quelques estompes en peau, les unes grosses, les autres très fines; un bon papier consistant, lisse, un peu gros, sans être par trop brillant: voilà tout le matériel à se procurer. Ce matériel, il faut le choisir soigneusement, car c'est de ce choix que dépend la réussite de la technique.

L'emploi de crayons veloutés à mine de plomb très fine, permettant d'obtenir toutes les nuances et gradations, depuis la plus pâle jusqu'au noir le plus intense, est une

condition indispensable; la marque « Koh-I-Noor » doit être préférée; cependant, si l'on n'a pas cette marque à sa portée, on peut la remplacer par la marque « Orloff » ou « Vénus ».

L'emploi de crayons d'un graphite moins fin et moins velouté rend le dessin âpre et désagréable; les nuances délicates, les noirs intenses, veloutés, si faciles à obtenir avec le crayon « Koh-I-Noor », deviennent impossibles.

Le choix d'un papier convenable a une importance aussi grande que le choix des crayons. Le papier doit être cartonné et lisse, mais il faut éviter les papiers trop brillants et vitreux, car le crayon n'y mord pas régulièrement, glisse, on n'obtient aucun résultat. Il faut exécuter une série d'expériences avec les différents types de papier; la pratique mettra en relief les qualités ou les défauts du papier essayé.

Avec un papier bien choisi, et en employant les crayons « Koh-I-Noor » on peut obtenir très facilement un dessin qui, par la délicatesse des nuances et le ton mat du crayon ressemble à une phototypie.

Il est tout à fait impossible de décrire dans tous ses détails la technique à employer; chaque préparation à reproduire nécessite, selon ses caractères, une technique spéciale et cette spécialisation de la technique, seule la pratique pourra l'apprendre. Nous nous bornerons donc aux processus fondamentaux, c'est-à-dire, à ceux qui sont communs à tous les dessins. La première difficulté à vaincre est d'obtenir une tache de fond parfaitement homogène. Cette tache, on peut l'a produire de façons très variées, soit avec le crayon, soit avec le crayon et l'estompe à la fois. Dans le premier cas, on choisit le crayon de la tonalité désirée; on doit prendre un « Koh-I-Noor » très dur, quand on veut obtenir une tache de fond peu intense.

Pour obtenir cette tache uniquement avec le crayon on commence par frotter la pointe pour l'émousser; on doit chercher à obtenir une surface longue, convexe, qui doit commencer à la pointe et aller jusqu'à la partie en bois.

Ensuite, on prend le crayon de la main droite, comme pour saisir un grattoir, et on frotte la partie émoussée du crayon sur le papier sans hésitation, tout en exerçant sur celui-ci une certaine pression. On doit frotter par des mouvements parallèles, en déplaçant graduellement le crayon depuis la région la plus éloignée jusqu'à la région la plus proche, soit perpendiculairement au dessinateur, soit en diagonale, ce qui est préférable. Si par hasard il reste quelque irrégularité dans la tache, on exécute les mêmes mouvements perpendiculairement aux précédents, ensuite diagonalement, etc. Avec un peu d'habitude on peut obtenir par ce procédé au point de vue de la valeur du ton, et de la régularité, une tache parfaitement identique à celle qu'on obtient à l'aide du lavis à l'encre de Chine. On arrive aux mêmes résultats en employant l'estompe. Nous recommandons l'emploi de l'estompe parce qu'il est plus facile au débutant d'obtenir avec elle une tache très homogène tandis qu'il faut de l'habitude pour réussir avec le crayon. Pour employer l'estompe, on doit commencer par faire dans un coin du papier une tache très noire avec le « Koh-I-Noor » mou et velouté (le 3-B, ou 4-B, ou encore le 6-B : ensuite on frotte l'estompe sur cette tache jusqu'à ce qu'elle se trouve bien imbibée. Cela fait, on doit l'essayer en la frottant énergiquement sur peu de papier, jusqu'à ce qu'elle produise une tache bien homogène. Des qu'elle se trouve dans les conditions requises, elle est prête à employer et on peut tracer la tache en la frottant très énergiquement, avec force, sur le papier, tout en exerçant une certaine pression sur celui-ci. Il faut toujours essayer l'estompe sur un morceau de papier, avant de tracer la tache définitive, car si on l'emploie tout de suite sans l'avoir essayée et régularisée convenablement, il est très difficile de réussir la tache, qui restera inégale et très sale : les premières taches qu'on obtient avec l'estompe après l'avoir frottée sur la tache noire obtenue avec le 3-B ou 6-B, sont toujours très noires et sans régularité. On peut combiner ces deux procédés, en traçant la tache d'abord avec le crayon et en la régularisant

ensuite avec l'estompe : on peut encore tracer d'abord la tache avec l'estompe, l'intensifier et la régulariser ensuite à l'aide du crayon. Une fois la tache du fond réussie, soit par les procédés que nous venons de recommander, soit par un procédé quelconque à imaginer par le dessinateur, la principale difficulté de la technique du dessin au crayon est vaincue : en effet, tout le reste n'offre pas la moindre difficulté. Si, par exemple, on veut obtenir une tache de fond avec parties claires, on doit commencer par tracer une tache homogène : ensuite on prend une gomme élastique dure qu'on trouve sur le marché (marque ALWAYS HANDY, par exemple) on la taille en pointe comme un crayon, et on ouvre avec elle, en les dessinant, les taches claires que l'on désire ; puis on complète le dessin en y introduisant les détails à l'aide des crayons de différentes nuances.

Par exemple, supposons qu'il s'agit de tracer un réseau pâle, avec des noyaux par-ci, par là : on forme la tache de fond par le procédé décrit plus haut, on y dessine les contours au crayon et ensuite, avec la gomme élastique bien taillée en pointe, on ouvre les clairs du réseau, comme le ferait un graveur avec son burin : l'effet désiré est obtenu très rapidement. Cela fait, on dessine les noyaux, et, si besoin, les autres nuances que l'on désire. En résumé, il s'agit d'un procédé de dessin régressif, où l'on part de la tache générale homogène pour finir par le détail. Pour tracer les noirs très intenses, bien définis dans leur ligne extérieure, il suffit de les dessiner avec le «Koh-I-Noor» mou et velouté, le 3-B, 4-B, et 6-B, selon l'intensité désirée ; si l'on veut obtenir un noir nuancé, c'est-à-dire, si l'on désire dessiner des nuances sur une tache déjà très noire, on doit tracer celle-ci avec un crayon d'intensité moyenne, et travailler la tache obtenue avec le 4-B, ou le 6-B, (par exemple s'il faut donner l'impression d'un bloc sidérophile, qui ne se trouve pas à une mise au point parfaite, ou dont les bords apparaissent avec peu de netteté aux forts grossissements), on dessine la tache avec le 8-H, préparé et émoussé. On peut obtenir ainsi toutes les gradations pos-

sibles, depuis le noir intense et velouté du 6-B, jusqu'à la tache pâle du 8-H.

Nous recommandons de toujours maintenir très propre le 8-H, surtout après qu'il a servi à adoucir une tache obtenue avec le 6-B ou 3-B, car si l'on n'a pas le soin de l'essuyer, on obtient des taches irrégulières. On peut encore obtenir les mêmes effets en employant l'estompe, avec une technique analogue, c'est-à-dire, que l'on peut encore adoucir les contours, des taches noires du 3-B, et obtenir les transitions et gradations, en employant l'estompe de la même façon que l'on emploie le crayon 8-H. La partie fondamentale du dessin une fois obtenue, c'est-à-dire, une fois réussi ce que l'on peut appeler son squelette, tout ce qui reste n'est qu'une question de détail et de retouche, que l'on peut obtenir à l'aide des différents crayons ou encore avec l'estompe.

Le dessin une fois fini, il faut le fixer. Pour cela, on l'asperge d'un fixatif quelconque, que l'on vend dans le commerce, à l'aide d'un vaporisateur spécial que l'on y trouve également; il y a beaucoup de fixatifs que l'on y vend tout prêts à servir, mais il vaut mieux le préparer au laboratoire ce qui est très facile. Pour cela, on fait une macération alcoolique de Gomme Dammar; on filtre, et le fixatif est prêt à être utilisé. Quand on retire du flacon une quantité quelconque de fixatif, on remplace par de l'alcool à 90° la portion retirée, et on laisse de nouveau la gomme à macérer jusqu'à ce qu'on en ait besoin pour un nouvel usage. Nous ferons remarquer qu'il est utile de ne pas trop inonder le dessin de fixatif; il faut l'arroser de loin, très finement, en répétant l'opération plusieurs fois de suite plutôt que de l'inonder en une seule fois avec beaucoup de liquide.

Le dessin une fois fixé, on peut le retoucher encore, soit au crayon, soit à l'estompe, soit même à l'aquarelle.

Car on peut combiner ce procédé avec le dessin au lavis à l'encre de Chine; et cette combinaison donne en certains cas de très bons résultats, puisqu'elle réunit les avantages de l'un et de l'autre: les fervents de l'aquarelle

pourront, en effet, obtenir grâce à ce procédé combiné les mêmes résultats qu'avec le dessin à l'eau, en épargnant énormément de temps. Le dessin ainsi obtenu, tout en présentant les qualités de l'aquarelle, possède à la fois plus de force et plus de douceur; il acquiert un ton mat très agréable, avec des demi-tons très nuancés, des noirs très beaux et veloutés, des contours très adoucis, et une très grande précision dans le détail.

Une des avantages du procédé au crayon exécuté d'après les indications que nous venons de donner, c'est qu'il permet de rendre définitifs les croquis que l'on exécute d'habitude afin de servir ultérieurement pour les dessins définitifs.

On sait que le dessin à l'eau doit être précédé d'une ébauche préalable et que cette ébauche est parfois exécutée d'après un ou plusieurs croquis que l'on a tracés pendant le travail, pour les utiliser plus tard pour élaborer la rédaction définitive. Or, rien de plus facile que de rendre définitifs ces croquis, en les exécutant de la façon que nous venons d'exposer; en effet, en traçant le croquis avec l'estompe et les crayons « Koh-I-Noor » on a tout de suite, non pas une simple ébauche, mais un dessin presque complet; au lieu d'exécuter ensuite un nouveau dessin à l'eau, en copiant d'après le croquis il suffit d'achever le dessin exécuté avec les « Koh-I-Noor » et l'estompe, en le complétant par quelques retouches à l'aquarelle.

Ce procédé a cet avantage important, à savoir que l'on peut compléter tout de suite le dessin d'après la vision directe de la préparation; car, on ne le sait que trop, le temps qui s'écoule entre l'exécution d'un croquis et l'exécution définitive du dessin à l'aquarelle, fait souvent pâlir l'impression primitive; et l'on ne réussit pas alors beaucoup de détails parce que la mémoire n'est déjà plus si nette qu'elle l'était quand on venait d'observer la préparation; et s'il est parfois possible de revoir la préparation pour l'exécution du dessin définitif, souvent on ne peut plus le faire: on éprouve alors des hésitations, car on est tout surpris de n'avoir plus la vision nette de l'image,

malgré les indications toujours sommaires que nous fournissent les croquis, tels qu'on les exécute d'habitude : on n'a plus alors la conscience tranquille.

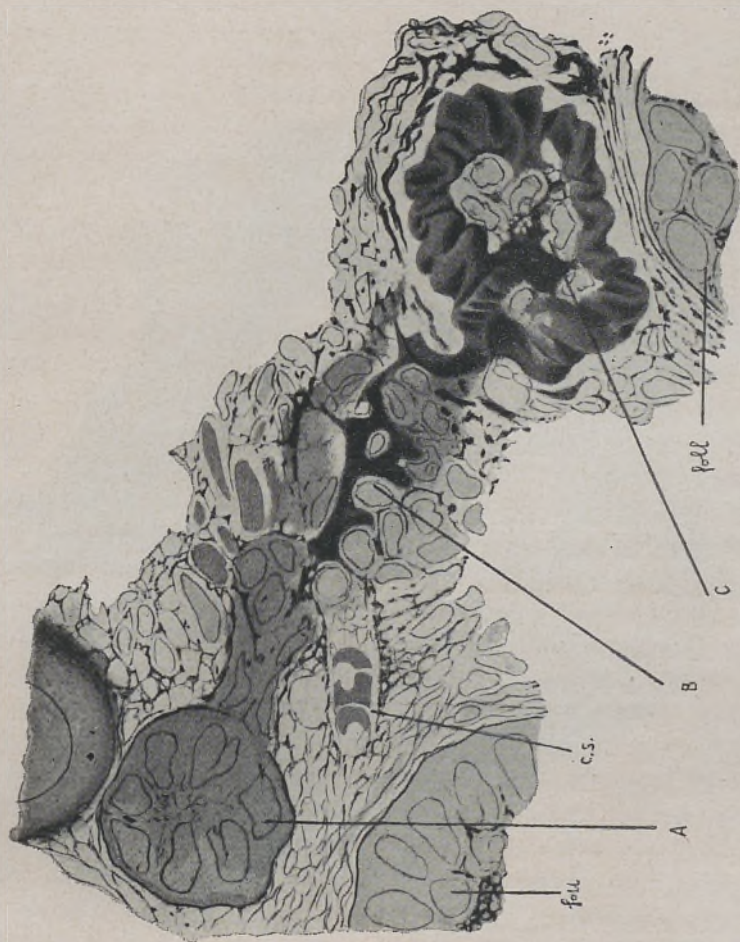
Cet ennui, on peut l'éviter très facilement en suivant le procédé que nous venons d'exposer.

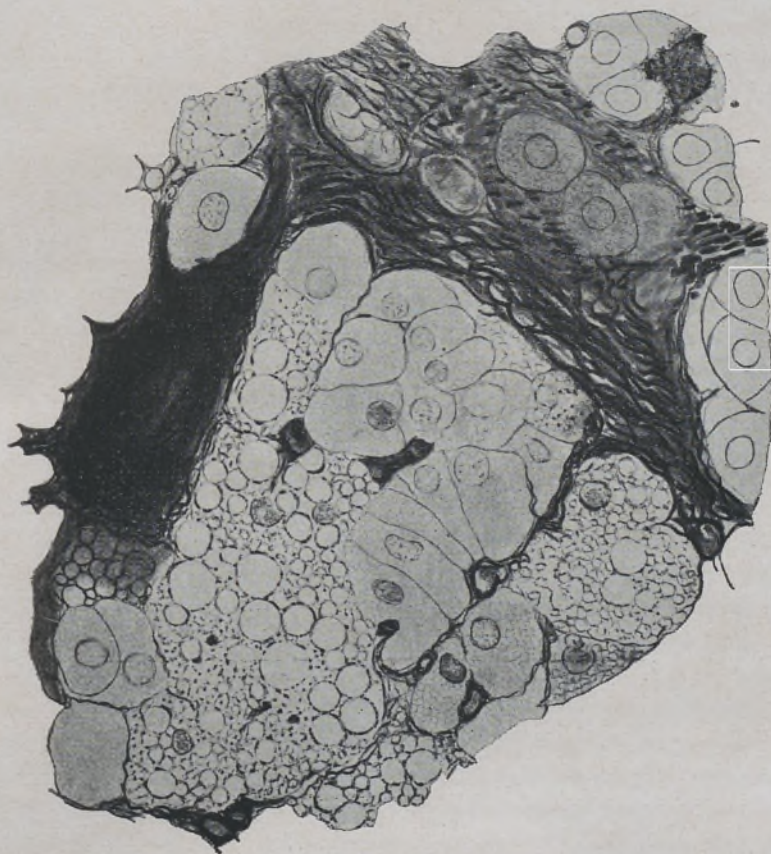
En résumé, que le croquis soit exécuté au crayon simplement, ou retouché à l'aquarelle, l'avantage de cette méthode c'est l'épargne de temps qu'elle permet : et ce n'est pas là un avantage à dédaigner.

Les dessins exécutés au crayon présentent souvent, dans les parties très noires surtout, c'est-à-dire, dans celles qui ont été dessinées avec 3-B, le 4-B ou 6-B, un certain brillant quand la lumière tombe sur elles un peu obliquement ; ce fait pourrait faire croire à quelque difficulté dans la reproduction de ces dessins. C'est là, en effet, une objection possible des graveurs, nous le savons déjà par expérience. Il n'y a cependant aucune raison pour cette objection ; la réponse à faire au graveur est tout simplement qu'il lui faut étudier les qualités du dessin, pour en obtenir la reproduction ; car il suffit de lui faire remarquer que l'on a reproduit par la gravure des dessins de maîtres exécutés au crayon qui sont des merveilles de l'art, et dont la délicatesse et l'intensité des noirs ne peuvent pas être surpassées. Toutes les gammes s'y trouvent représentés et cela n'a pas empêché les graveurs habiles d'en obtenir d'excellentes reproductions. C'est donc une question d'étude de la part du graveur, et la reproduction parfaite est toujours possible. Le procédé de choix pour la reproduction est la phototypie ; elle n'a que le défaut d'être trop chère ; mais on peut obtenir des résultats très satisfaisants avec la photogravure.

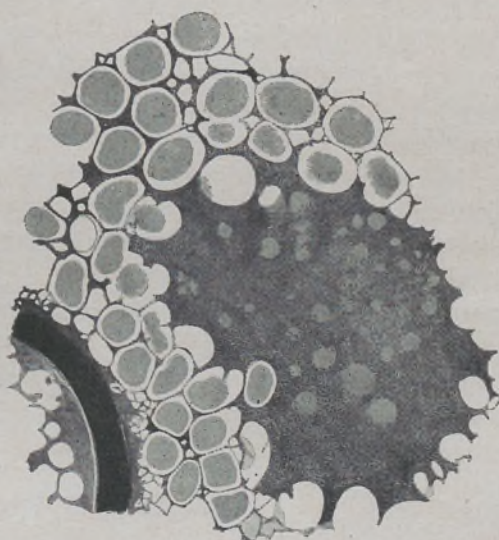
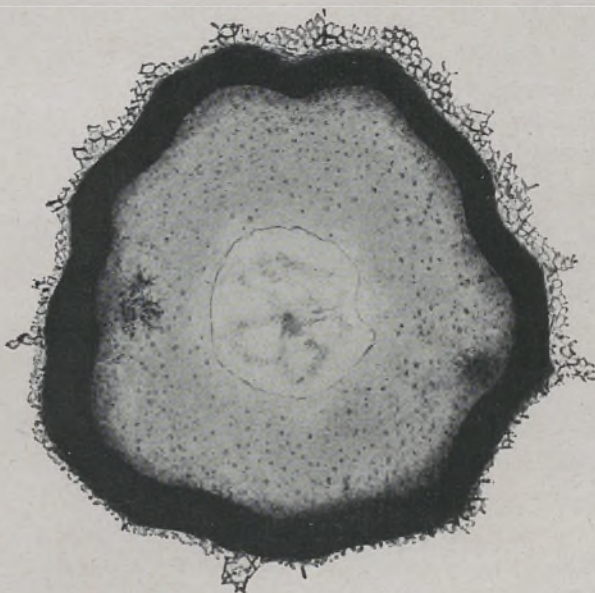
Nous faisons accompagner cette note de quelques dessins exécutés au crayon d'après la technique qui vient d'être décrite.

(Institut d'Histologie et Embryologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Porto.)









FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. VII

N 13

LA MORPHOLOGIE EN PORTUGAL.
NOTES SUR LES ÉTUDES PUBLIÉES EN 1931.

PAR

GERALDINO BRITES

(reçu par la rédaction le 10 Août 1932)

I

ENSEIGNEMENT. HISTOIRE

Relatórios das viagens de estudo dos bolseiros Luís de Pina, Álvaro Rodrigues e Sousa Pereira. Junta de Educação Nacional, Pôrto, 1931.

La « Junte d'Éducation Nationale » a donné des bourses d'étude à l'étranger, aux Drs. Luís de Pina, Álvaro Rodrigues et Sousa Pereira, et, pour satisfaire une détermination réglementaire, ils ont présenté des rapports, qui ont été publiés, réunis dans un seul volume. Ces rapports sont très intéressants par les nombreux détails, impressions et documents apportés, concernant les organisations et l'enseignement de l'Anatomie et de l'Anthropologie.

Luis de Pina, à propos de la justification de son voyage, nous donne un aperçu de l'organisation de la section d'Anthropologie de l'Institut d'Anatomie de Pôrto: des considérations sont présentées sur le matériel d'étude, les recherches faites jusqu'aujourd'hui, l'importance des études anthropologiques. Comme chef de service au Bureau d'An-

thropologie Criminale et d'identification de Porto, L. de Pina fait l'histoire de ce bureau et décrit son organisation.

Après cette introduction, l'A. de ce rapport décrit son passage par Toulouse et surtout par le laboratoire du Prof. Vallois. Quelques pages sont réservées aux laboratoires parisiens, L. de l'École d'Anthropologie, L. de Morphologie de l'École des Hautes Études (Prof. Papillaut), L. d'Anatomie Comparée (Prof. Anthony).

La partie la plus remarquable de ce rapport concerne la Pologne. Les efforts faits à ce pays pour l'organisation de son enseignement sont décrits avec détail et enthousiasme. Les descriptions des instituts d'Anatomie de Poznan et Varsovie nous donnent l'idée précise de leur belle organisation et de leur activité scientifique.

Alvaro Rodrigues et Sousa Pereira, compagnons de voyage et d'études, ont étudié à Strasbourg, dans le Service du Prof. Leriche et sous la direction de ce professeur et de son Chef de Clinique, le Dr. René Fontaine, la technique physiologique indispensable pour les recherches de Chirurgie expérimentale et ont vu l'orientation suivie dans ces travaux. Dans le laboratoire du Prof. Rouvière, Rodrigues et Pereira ont commencé des recherches sur les lymphatiques, en y travaillant avec une assiduité et un soin remarquables. Les installations, les méthodes d'enseignement, l'orientation de la recherche dans le domaine de l'Anatomie et de la Médecine opératoire, ont été étudiées et rapportées par ces boursiers.

Les établissements de Paris, Strasbourg, Nancy, Bruxelles, Amsterdam ont été des sources de notes qu'on lit sans ennui et qui documentent l'activité et la curiosité minutieuse de ceux qui les ont prises.

II

TECHNIQUE

Carvalho (Lopo de): *A visibilidade dos vasos pulmonares. Primeiros ensaios de ângio-pneumografia.* « Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa », séance du 27 Février 1931, in « A Medicina Contemporânea » 1931, p. 95.

Le Prof. Lopo de Carvalho dans sa communication, reproduit celle qui a été présentée par le Prof. Egas Moniz à l'Académie des Sciences de Lisbonne, sur les recherches de ces professeurs et du Dr. Almeida Lima, concernant leurs essais pour obtenir la visibilité des vaisseaux pulmonaires. Quelques détails techniques sont à fixer, complétant le résumé que nous aurons à faire.

L'introduction de la sonde opaque aux rayons X dans l'une des veines du bras est entièrement inoffensive et se fait avec relative facilité, surtout à gauche en conséquence de la disposition spéciale du tronc brachio-céphalique de ce côté. Le malade étant assis, la sonde est introduite, sous l'écran radioscopique, à travers un petit trocart mis dans médiane céphalique ou dans la médiane basilique. Si le vaisseau n'est pas suffisamment gros, il faut recourir à la phlébotomie, sous anesthésie locale. La sonde doit être introduite lentement, en même temps que, au moyen d'elle même, on fait couler du sérum physiologique, ce qui favorise sa progression et empêche l'entrée de boules d'air.

Aussitôt atteinte l'oreillette, l'écran est substitué par la plaque radiographique, et on injecte avec violence le liquide opaque; la radiographie est faite un peu en avant la fin de l'injection, le malade étant immobile autant que possible.

Le malade n'accuse qu'un gout métallique à la bouche et parfois une petite et fugace envie de tousser. Tout de suite est retirée la sonde, ayant encore le soin d'injecter

quelques centimètres de sérum physiologique pendant son déplacement en dehors.

Carvalho (Roberto de), Rodrigues (Álvaro) et Pereira (Sousa): *La mise en évidence par la radiographie du système lymphatique chez le vivant.* «Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm.», VII, 1931, p. 193.

Petite note pour établir des droits de priorité, présentant 4 radiographies obtenues sur des chiens vivants, après l'injection des ganglions inguinaux et du cou.

Carvalho (Roberto de), Rodrigues (Álvaro) et Pereira (Sousa): *Sur une nouvelle méthode de mise en évidence des lymphatiques chez le vivant.* «Association des Anatomistes» 26^e réunion, Varsovie, 3-7 Août, 1931.

Les A. A. ont réussi à rendre visibles les lymphatiques dans le cliché radiographique, en employant l'Abrodyl en solution concentrée et le Thordiol. Le premier remplit rapidement le système lymphatique, de sorte que l'injection doit être faite sous l'ampoule radiographique; les images obtenus sont assez faibles. Le Thordiol pénètre très lentement; de grandes quantités de liquide sont indispensables; les images sont vigoureuses; dès qu'il est fixé au parois des vaisseaux des images peuvent être obtenues quelques jours, quelques semaines et même quelques mois après l'injection. La quantité moyenne de Thordiol qu'il faudra employer pour rendre visibles chez un chien de 12^k, les lymphatiques fémoraux et iliaques jusqu'à l'origine du canal thoracique, est de 5^{cmc}, pour une injection faite dans le ganglion poplité. Des essais sur l'homme ont été déjà faits par les A. A.

Moniz (Egas): *Visibilidade aos raios X dos vasos pulmonares, obtida por injeção de liquido opaco na auricula direita.* Communication à l'Académie des Sciences de Lisbonne, séance du 19 Février 1931, in «A Medicina Contemporânea» 1931, p. 87.

Dans cette communication le Prof. E. Moniz, rapporte

des recherches faites avec la collaboration du Prof. Lopo de Carvalho et Dr. Almeida Lima, dans le but de rendre visibles aux rayons X les vaisseaux pulmonaires. Des expériences faites sur des chiens, lapins et singes ont montré que chez ces animaux les injections opaques de iodure de sodium rendent visibles les artères et les veines pulmonaires. Après cela, des recherches ont commencé à être faites sur l'homme. Des liquides opaques ont été introduits dans les veines du bras (céphalique et basilique) d'un seul côté et ensuite des deux côtés en même temps. On peut suivre les solutions opaques dans les radiographies jusqu'à la veine sous-clavière, mais tout de suite la visibilité disparaît.

Il faudrait en conséquence se rapprocher le plus possible de la région pulmonaire et dans ce but les jugulaires externe et antérieure ont été utilisées; par cette voie on réussirait peut-être à faire arriver plus facilement au cœur le liquide opaque.

Deux faits remarquables ont été constatés au cours de ces expériences: Le premier se rapporte à la sensibilité des veines: les veines du cou sont indolores aux injections de solutions très concentrées d'iodure de sodium. L'injection dans les veines du bras de solutions dont la concentration dépasse 30⁰/₀, sont très douloureuses, tandis que les veines du cou supportent sans douleur des solutions à 60⁰/₀. Les gros troncs veineux présentent la même tolérance, bien vérifiée dans la suite.

Le deuxième fait concerne le mécanisme de la circulation veineuse du cou: en injectant des solutions très concentrées de iodure de sodium dans la jugulaire externe et même dans la sous-clavière, le liquide ne suivait pas directement vers le cœur; en refluant, il suivait dans le sens contraire, fait qui démontre que les jugulaires externe et antérieure ont un rôle qu'il faut prendre en considération dans le mécanisme de la circulation veineuse du cou et de l'encéphale. L'A. insiste sur la valeur de cette intervention et conclue que les deux systèmes de jugulaires pro-

fondes et superficielles, que chez l'homme seul sont nettement séparées, interviennent activement pour faciliter la dérivation du sang cérébral.

Le sondage des veines superficielles du cou a été essayé pour atteindre l'oreillette droite, mais il n'a pas réussi en conséquence de la divergence d'implantation des jugulaires externes sur les sous-clavières.

À ce moment E. Moniz et ses collaborateurs ont pris connaissance des recherches de Forsmann, dans lesquelles il a réussi à faire arriver à l'oreillette droite une sonde introduite dans une veine du bras, et ont essayé ce *modus faciendi*, en employant les sondes opaques aux rayons X, utilisées dans le cathétérisme des uretères. Il faudrait chercher auparavant le pourcentage d'iodure de sodium à introduire directement dans l'oreillette droite sans danger pour le malade.

Au moyen d'expériences faites sur l'opacité de l'iodure de sodium l'A. a vérifié que seuls les pourcentages de 2-3 % sont nettement opaques. En considérant que les vaisseaux pulmonaires sont ébauchés habituellement dans les radiographies thoraciques, on pourrait supposer que des pourcentages inférieurs puissent renforcer la visibilité, en assurant la réussite des angiopneumographies.

La possibilité d'injecter sans danger des solutions à 60 % d'iodure de sodium dans les veines du cou, était déjà acquise. Pour faire arriver au cœur des solutions très concentrées d'iodure de sodium il faudrait faire préalablement une expérience, dont le but serait de vérifier si des solutions concentrées de ce sel, mises au contact du sang, s'y dissoudraient rapidement. Dans des verres remplis de sang, les A.A. ont jeté quelques centimètres cubes de solution très concentrée d'iodure; les radiographies instantanées prises au moment convenable, démontrèrent que la dissolution se faisait tout de suite. Des radiographies ont été présentées à l'appui.

Confirmatifs des résultats de Forsmann des essais ont été faits sur des animaux.

Assurés ces résultats, les A.A. ont injecté dans l'oreillette droite de l'homme, des solutions iodurées, de plus en plus concentrées, jusqu'à obtenir la visibilité des vaisseaux pulmonaires.

Des radiographies normales et d'autres obtenues après l'épreuve angiopneumographique, les unes et les autres obtenues dans les mêmes conditions, présentent une différence considérable. Les gros vaisseaux qui ne sont qu'ébauchés dans les radiographies habituelles, deviennent remarquablement nets: on peut suivre leurs rameaux jusqu'aux plus minces branches.

Dans sa communication l'A. fait des prévisions sur le valeur clinique de l'angiopneumographie et fait ressortir l'importance au point de vue physiologique, des recherches faites sur le sondage intracardiaque et de la veine cave inférieure, qui pourra être atteinte par la même voie.

Moniz (Egas), Carvalho (Lopo) et Lima (Almeida): *Angiopneumographie.* « La Presse Médicale » n.º 53, 4 Juillet 1931, pp. 996-999.

Moniz (Egas) e Lima (Almeida): *A encefalografia arterial por injeções livres na carótida primitiva.* « Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa » séance du 12 Juin 1931, in « A Medicina Contemporânea » 1931, p. 216.

Les A.A. présentent une série de encéphalo-artériographies faites au moyen d'une nouvelle technique et employant par comparaison avec l'iodure de sodium, la substance opaque aux rayons X, l'Abrodyl. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes: L'injection dans la carotide interne libre est plus simple, mais parfois inconstante. L'abrodyl à 50 % donne des images semblables à celles de l'iodure de sodium à 23 % mais la réaction des malades est plus remarquable.

Moniz (Egas) e Lima (Almeida): *A prova encefalográfica por injeções livres na carótida interna e na carótida primitiva.* « A Medicina Contemporânea » 1931, pp. 229-234.

L'épreuve de l'encéphalographie artérielle peut se faire par deux techniques différentes: avec la circulation fermée ou avec la circulation ouverte. C'est la méthode de la circulation fermée qui, la première, nous a donné la visibilité des artères cérébrales. Elle peut se faire de deux façons: 1) Injection du liquide opaque dans la carotide interne, en obtenant d'abord l'hémostase avec une pince de Martins appliquée à l'artère, au dessous de la piqûre. On évite ainsi l'arrivée du sang du cœur. 2) Injection du liquide opaque dans la carotide primitive: pincement préalable de la carotide externe pour éviter le passage du sang par cette artère; pincement également de la carotide primitive au dessous du point d'introduction de l'aiguille pour ne pas laisser monter le sang artériel, au moment de l'injection.

Par ces deux procédés les A.A. ont obtenu d'excellentes radio-artériographies; ils exigent cependant une petite opération préliminaire. Ce n'est que plus tard, après avoir donné les injections plus vite, que les A.A. ont réalisé la méthode de la circulation ouverte.

De bons résultats peuvent être obtenus en faisant l'injection, soit dans la carotide interne, soit même dans la carotide primitive. Dans le premier cas il faut mettre à nu la carotide interne, ce qui exige quelques soins. Au contraire, la technique de l'injection dans la carotide primitive, sans pincement, est tout-à-fait simple. On peut faire l'injection à couvert, mais nous ne le conseillons pas; l'aiguille pourrait sortir de l'artère et le liquide s'extravaser, ce qui amènerait certains troubles chez le malade.

Il vaut mieux faire une petite incision à la hauteur du tubercule de Chassaignac (vi^e cervicale), suffisante pour palper l'artère. On la pique ensuite avec une aiguille légèrement courbe, de 1^{mm} de diamètre et on peut injecter ensuite en toute confiance. Si l'aiguille saute de l'artère on recommencera l'opération. L'injection doit être poussée rapidement. Le déclic de l'ampoule doit se faire un peu avant la fin de l'injection, tandis qu'on introduit encore le liquide opaque.

Substances à injecter: Les A.A. rapportent leurs essais avec les solutions d'abrodyl: Jusqu'à 40⁰/₀ elles sont bien tolérées, mais à 47,5⁰/₀ et à 50⁰/₀ les réactions sont assez fortes, même chez les malades préparés par le luminal la veille et le matin de l'injection. Les A.A. ont observé des accès épileptiques, obnubilations mentales passagères, troubles du langage, hémiplegies passagères. Les solutions d'iodure de sodium à 23⁰/₀ produisent des réactions moins vives. La visibilité des artères cérébrales obtenue par l'abrodyl à 50⁰/₀ ou par l'iodure de sodium à 23⁰/₀, ne présente pas de grandes différences.

Quantités: D'après les A.A. on ne doit pas injecter plus de 6 à 8^{cmc} des solutions d'iodure de sodium à 23⁰/₀ ou d'abrodyl à 40 ou 45⁰/₀ chez les adultes. Les radio-artériographies obtenues avec ces quantités sont assez bonnes et grâce à elles on peut faire les diagnostics de localisation de tumeurs, but de l'épreuve encéphalographique.

Vitesse: Les injections doivent être poussées avec la vitesse moyenne de 2^{cm} par seconde. Les vitesses excessives nous semblent un peu dangereuses et inutiles.

L'instantané radiographique est indispensable. Nous le pratiquons à $\frac{1}{3}$ et $\frac{1}{20}$ de seconde.

Méthode à préférer: Les A.A. ne se croient pas encore autorisés à se prononcer d'une manière définitive sur ce sujet. La méthode de la carotide primitive avec circulation ouverte paraît s'imposer à cause de sa simplicité. En injectant cette artère nous craignons de gêner la visibilité des réseaux artériels de la carotide interne par la visibilité des artères de la carotide externe. On voit souvent la linguale, la faciale, l'occipitale, la temporale superficielle. La maxillaire interne est parfois visible, mais on ne voit pas les artères méningées. La technique de la carotide primitive libre montre bien, dans plusieurs cas, le réseau de la carotide interne. Mais il y en a d'autres, plus rares, dans lesquelles on ne voit que la carotide externe et ses branches.

• La méthode de la carotide primitive ouverte est beau-

coup plus facile et le concours du chirurgien n'est pas indispensable.

Moniz (Egas), Pinto (Amândio) e Lima (Almeida): *Resultados do emprêgo do «thorotrast» na prova da encefalografia arterial.* «A Medicina Contemporânea» 1931, pp. 399-402.

Les A.A. préconisent le thorotrast comme la substance qu'on doit préférer dans l'épreuve de l'encéphalographie artérielle. Les réactions, qu'on avait constatées avec la solution d'iodure de sodium à 25 0/0, sont nulles avec cette substance. Les malades ne sentent pas les injections et regagnent d'eux-mêmes l'infermerie après l'épreuve.

Technique recommandée: Injection, donnée avec assez de force, de 10^{cc} de thorotrast dans la carotide primitive libre.

On préfère une seringue Record à ailettes. Aiguille en platine, courbe ou en bayonnette de 1^{mm}. L'injection est plus facile du côté droit. Le déclic de l'ampoule doit être commandé par un aide, au moment où l'opérateur atteint le 7^e ou 9^e cc. de substance injectée. L'instantané radiographique ($\frac{1}{10}$ ou $\frac{1}{30}$ de second) doit être fait à la fin de l'injection, mais encore pendant qu'on injecte.

Le thorotrast (solutions de Th. à 25 0/0) est venu apporter à l'épreuve encéphalographique un progrès définitif. Elle est devenue entièrement inoffensive; il n'y a plus de réactions de la part des malades et les films gagnent en netteté sur ceux obtenus par l'iodure de sodium.

Santos (Reynaldo dos): *Aortografia nos tumores dos membros.* «Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa», séance du 29 Mai 1931, in «A Medicina Contemporânea» 1931, p. 208.

Le Prof. R. Santos, en son nom et de ses collaborateurs Cunha Lamas et José Caldas, insiste sur l'importance de l'artériographie dans l'étude des tumeurs des membres, soit des os, soit des parties molles. Les fondements et des détails de la technique actuelle sont présentés. Les

A.A. préfèrent l'abrodyl, comme solution de contraste; il est moins toxique, moins irritant et moins douloureux que l'iode de sodium. Pendant l'injection il faut faire attention surtout au débit, l'opacité du sang dépendant de la concentration. Pour régler le débit les A.A. employent un appareil, nouveau modèle construit par Gentile (de Paris). Un autre point à considérer c'est le temps de découlement de l'injection avant la pose: en moyenne, il faut attendre six à sept secondes pour rendre visibles les plus fines branches, sans rendre visibles les veines. La ponction est faite dans la fémoral et dans la poplitée pour le membre inférieur, dans la sousclavière ou dans la humérale à la flexure pour le membre supérieur. Habituellement ils ne découvrent pas l'artère; pour atteindre la sousclavière, une petite boutonnière est suffisante pour y faire pénétrer l'aiguille. Les A.A. préfèrent l'anesthésie générale pour procéder sur le membre supérieur; la rachianesthésie ou la narcose locale pour le membre inférieur.

Santos (Reynaldo dos) e Caldas (José): *Um novo composto não iodado e indolor para a arteriografia.* « Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa », séance du 12 Juin 1931, in « A Medicina Contemporânea » 1931, p. 216.

Les A.A. rapportent les résultats obtenus dans l'artériographie faite avec un dérivé de l'oxyde de thorium, qui présente sur les composés de l'iode l'avantage d'être moins toxique, nullement irritant et tout à fait indolor. De ce fait la simplicité de l'artériographie est considérable, vu qu'on peut mettre de part l'anesthésie. Elle reste sans danger dans le cas de gangrène ou anévrisme.

L'opacité est aussi belle que celle de l'abrodyl ou de l'iode.

Santos (Reynaldo dos) et Caldas (José): *Les dérivés du Thorium dans l'artériographie des membres.* « A Medicina Contemporânea » 1931, pp. 234-236

D'après l'avis des A.A., même avec l'emploi de l'urosé-

lectan et l'abrodyl, le problème pratique de l'artériographie des membres n'était pas encore résolu. L'emploi de ces deux substances a amélioré la technique au point de vue de la toxicité générale et de l'action irritative musculaire, mais le problème restait debout, l'anesthésie générale ou rachidienne étant indispensable. Il est résolu, de l'avis des A.A. par l'emploi du *Thorotrast et 1073a* de la maison Heyden (de Dresde). Le Thorotrast, fourni en des ampoules stérilisées de 15^{cmc} est aussi opaque que l'iodure de sodium à 30^{0/0} ou l'abrodyl à 50^{0/0}. Il n'est pas toxique. Les A.A. n'ont pas vu la moindre action irritative des vaisseaux ou le moindre signe d'aggravation des gangrènes dans les cas où ils l'ont employé. L'injection intra-artérielle de Thorotrast dans la fémorale, comme dans la sous-clavière, est tout à fait indolore et on peut faire l'artériographie des membres sans la moindre anesthésie.

La ponction de la fémorale à l'aîne, comme celle de l'humérale au coude, se fait à travers la peau, sans découvrir l'artère. Pour ponctionner la sous-clavière il faut faire une boutonnière longue de 3^{cm} (sous l'anesthésie locale), au-dessus du milieu de la clavicule, intéressant la peau et l'aponévrose. L'injection doit être réglée de telle façon que le débit soit de 2^{cmc} par seconde. Ne faire la radiographie qu'au bout de 7 secondes.

L'aortographie avec le Thorotrast n'est pas encore réussie. Dans ce but le composé préférable serait le nouveau uroselectan B (Schering) meilleur que l'abrodyl au point de vue de l'opacité, mais non moins douloureux que l'abrodyl; au point de vue de la toxicité il est de beaucoup préférable à l'abrodil et à l'iodure de sodium.

Santos (Reynaldo dos), Lamas (C.) et Caldas (P.): *Les récents progrès dans la technique de l'artériographie de l'aorte abdominale.* « La Presse Médicale » N.º 31, 18 Avril 1931, pp. 574-577.

Les A.A. ont déjà démontré l'importance de l'artério-

graphie de l'aorte pour l'étude anatomo-pathologique de la circulation artérielle du foie, de la rate, des reins, de l'intestin et des organes pelviens, ainsi que des tumeurs abdominales en général. Les observations recueillies laissent entrevoir l'aide précieuse que cette méthode prêtera à la séméiologie et à la thérapeutique. Des recherches ont été poursuivies pour rendre l'artériographie plus simple comme technique et plus bénigne encore comme méthode. Les A.A. ont réussi dans leurs essais en employant l'abrodyl et l'anesthésie des splanchniques.

L'abrodyl en solution saturée (environ 90⁰/₀) donne une image suffisante des vaisseaux abdominaux; il est moins toxique que l'iode, son élimination plus rapide et moindre son action irritative sur les vaisseaux. Après l'injection intra-aortique de l'abrodyl, on peut obtenir des images pyelographiques. En conséquence cette injection permet « une double exploration radiologique du rein; d'abord pendant l'injection, celle de sa circulation artérielle, puis, quelques minutes plus tard, celle de l'appareil excréteur. Et étant donné que la circulation du rein est une base et un reflet essentiel de sa fonction, on peut obtenir d'un seul coup les deux aspects sécrétoire et excrétoire du rein, sans parler des renseignements de la marche de l'élimination ».

La douleur très violente, quoique peu durable, dans tout le territoire irrigué par les branches injectées et qui survient à la fin de l'injection a porté à l'emploi de l'anesthésie générale ou à la rachianesthésie. Les A.A. ont simplifiée la méthode en faisant l'anesthésie des splanchniques et l'injection du côté gauche est suffisante. Alors, sans retirer l'aiguille et en une seule ponction ils injectent d'abord 30^{cc} de novocaïne (0,5⁰/₀) dans la région périaortique et, 5 minutes écoulés, l'aiguille poussée plus profondément, pénètre dans l'aorte.

L'aortographie a aussi bénéficié de l'emploi de la stéréoradiographie dont la différenciation des plans facilite et rend plus sûre l'identification des vaisseaux.

L'opacité de l'abrodyl peut être renforcée en le mélan-

geant à l'iodure de sodium (20^{cc} d'abrodyl saturé et 8 à 10^{cc} d'iodure à 100-150 ‰).

III

ANATOMIE NORMALE. TÉRATOLOGIE

Almeida (Fernando de): *Note sur les collatérales de l'artère communicante cérébrale antérieure.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIII, N.º 4, pp. 551-552.

L'A. n'a rencontré les collatérales de l'artère communicante cérébrale antérieure que sur 10 de 32 cerveaux étudiés. Il classe ces collatérales, au point de vue de leur diamètre, en grosses, moyennes et fines et au point de vue de leur direction, en antérieures, supérieures et postérieures. Au groupe des c. grosses appartient l'artère moyenne du corps calleux, qui n'existe que lorsqu'une des cérébrales antérieures ne fournit qu'une ou deux artères frontales. Celles de calibre moyen sont distinctes par leur distribution: prenant naissance dans la communicante antérieure elles forment un bouquet où sont distribuées sur la partie plus proche des circonvolutions frontales internes, ou percent le cerveau et se terminent à la partie antérieure de la tête du noyau caudé. Parfois elles irriguent la commissure blanche antérieure, le genou du corps calleux et le septum lucidum. Les collatérales fines se dirigent toujours vers la partie supérieure et antérieure du chiasma optique.

Les collatérales grosses naissent de la face antérieure de la communicante antérieure, les col. moyennes de la communicante supérieure et les col. fines de la postérieure.

Almeida (Fernando de): *Notes de Anatomie descriptive.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIV, pp. 81-89.

L'A. décrit 7 variations musculaires: I. Tendon terminal surnuméraire du m. bicipite brachial, se fusionnant avec le

tendon du Brachial antérieur. II. Brachial antérieur présentant cinq faisceaux d'origine qui se réunissent en bas, formant une masse unique qui s'insère sur la base de l'apophyse coronoïdienne. III. Courte portion du biceps s'insérant sur l'apophyse coracoïdienne et sur le tendon du Grand pectoral. IV. Tendon du Cubital antérieur donnant naissance à une expansion aponévrotique qui termine par ses fibres profondes dans le Ligament annulaire antérieur du carpe, les superficielles se dispersant sur les muscles de l'éminence thénar et contribuant à la formation de l'Aponévrose palmaire moyenne. V. Insertion du grand fessier sur la Tubérosité ischiatique. VI. Lame aponévrotique interposée aux muscles de la couche profonde de la jambe. VII. Petit palmaire à ventre charnu intermédiaire et accessoire du Petit palmaire.

Athayde (Alfredo): *Um índice da região glabellar.* « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.^o, pp. 131-132.

Pour traduire le développement de la glabelle, si important au point de vue des différences sexuelles du crâne, l'A. propose un indice glabellaire, déterminé de la façon suivante: sur le nasion on place l'une des pointes du cyclomètre de Mollison et on fait la première lecture; ensuite on place la même pointe sur le point glabellaire et la deuxième est faite; on ajoute 40 à chacune des lectures faites, pour éloigner les valeurs négatives et enfin on divise la première lecture par la deuxième.

Sur 59 crânes de l'Institut d'Anthropologie de Pôrto, l'A. a obtenu les valeurs suivantes: ♂ 217,5 max, 112,5 min; ♀ 157,5 max, 82,5 min.

Les moyennes sont respectivement $151,5 \pm 3,2$ et $127,5 \pm 2,3$.

Brites (Geraldino): *Les rein de Ovis aries, L.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 5.

Caldas (José): *Diverticulos do duodeno e lóbulo da veia azygos.* Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, séance du 29 Mai 1931, in « A Medicina Contemporânea » 1931, p. 208.

Sur 1582 observations radiographiques de l'estomac et du duodénum, l'A. a rencontré un seul diverticule duodénale, situé à la première portion. Parmi 3582 radiographies du thorax, trois démontraient l'existence d'un lobule azygos, type 2.

Des radiographies ont été présentées à l'appui.

Caldas (J. Pereira): *Diverticulo da primeira porção duodenal.* « A Medicina Contemporânea » 1931, 323-324.

Caldas (J. Pereira): *Lóbulo de Wrisberg ou lóbulo da veia azygos.* « A Medicina Contemporânea » 1931, 365-366.

Caldas (J. Pereira): *Anomalia da implantação das artérias renais.* « A Medicina Contemporânea » 1931, 425.

♀ 57 ans. Aortographie. Anesthésie des splanchniques, injection de I Na à 100⁰/₀: 25 cc. Stérioradiographie en 0,5 de seconde, en y comprenant les instantanés, changements de plaques et décalage. Les artères rénales émergent à des niveaux différents, l'artère gauche beaucoup plus au-dessous de l'artère droite. L'autopsie a confirmée cette disposition.

Carvalho (Roberto de): *Mucocelo frontal,* in « Portugal Médico », xv, 1931, p. 59.

♀ 55 ans. Mucocèle frontale depuis 12 ans. Les clichés radiographiques ont montré: Déformation de la cavité orbitaire gauche dont la paroi supéro-interne est orientée vers en bas et en dehors; devenue plane, cette paroi, dans sa moitié interne, couvre la grande aile du sphénoïde, déterminant l'exophtalmus et la déviation du globe oculaire en bas et en dehors. Les sinus frontaux sont énormément élargis et à contour mal défini. Les parois supérieures

des cellules éthmoïdales ont disparu. Le canal naso-frontal gauche est fermé. La zone médiane des sinus frontaux, très arrondie et extrêmement transparente, est très saillante du côté de la cavité crânienne (aspect d'os soufflé); elle est très mince et à la partie inférieure elle n'existe plus. La cloison médiane intersinusienne est disparue.

L'intervention chirurgicale est venue en confirmation de l'examen radiographique, démontrant l'absence de la paroi postérieure du sinus, la dure-mère pouvant être palpée au fond de l'ouverture, fait d'une grande rareté.

Carvalho (Roberto de): *Um caso de diverticulo do duodeno.* « Arquivo de Patologia ». Vol. III, 1931, pp. 63-69.

Cas de diverticule volumineux de la troisième portion du duodénum, trouvaille de l'examen radiologique. Pas de symptomatologie clinique.

Correia (A. C. G. Silva): *Les enfants et les adolescents luso-descendants de l'Inde Portugaise.* « Arquivos da Escola Médico-Cirurgica de Nova Goa ». Série A, Fasc. 7.º, 1931, pp. 1115-1292.

L'A. présente les conclusions suivantes de son long mémoire :

I. — L'évolution de l'agrandissement de la *taille* chez les enfants et les adolescents d'origine lusitanienne est, malgré la légère précocité pubertaire, pareille à celle qui a été établie par le dr. Alves dos Santos chez les écoliers portugais de l'Europe. L'accroissement de la stature est un peu plus précoce et saccadé chez ces adolescents, que chez leurs frères européens. Quant aux tailles des âges extrêmes, les séries de comparaison du groupe portugais et du groupe des luso-descendants de l'Inde sont presque identiques.

II. — Le *poids* des écoliers de la souche luso-européenne, nés dans cette colonie, ne diffère pas beaucoup de celui qu'on observe chez les jeunes gens de même âge, appartenant aux sous-races ibérique et méditerranéenne.

Je n'ai pas observé chez mes sujets une grande infériorité pondérale, attribuée par quelques anthropologistes aux adultes et jeunes gens, de n'importe quelle race, nés dans les contrées tropicales.

III. — Les chiffres moyens du rapport du poids au centimètre de la taille, révèlent que ce rapport est à peu près normal chez les enfants et les adolescents que j'ai observés.

IV. — De même que pour la taille, l'augmentation par âges de la *grande envergure* ne suit pas un rythme régulier, présentant deux fortes poussées: l'une entre 13 et 15 ans, l'autre, moins intense, entre 17 et 18 ans.

Comme caractéristique enregistrable, on doit remarquer que l'augmentation de la grande envergure, chez mes sujets entre 20 et 21 ans, est plus accentuée que l'agrandissement de la taille entre ces mêmes âges.

V. — L'accroissement du *buste ou de la taille, assis*, analogiquement à ceux de la stature et de la grande envergure, se fait en poussées avec deux étapes de ralentissement, qui se produisent en même temps que les périodes de la croissance générale.

VI. — En ce qui concerne l'*indice crucial*, ou mieux le rapport de la taille à la grande envergure, son augmentation ne se fait pas toujours d'une façon absolument régulière, mais tout de même manifestation croissante.

VII. — L'*indice squelettique ou crural*, c'est-à-dire le rapport entre la taille assis et la taille debout, ne suit pas chez les adolescents d'origine ethnique luso-européenne une ligne descendante parfaitement régulière, car les jeunes hommes âgés de 19 et 20 ans présentent des indices un peu supérieurs à tous les autres sujets, exceptés ceux de 10 ans. A mesure qu'ils s'éloignent de l'enfance, les chiffres moyens de cet indice s'accumulent graduellement dans les cases 51 et 52, en devenant de plus en plus nombreux dans les cases placées au dessous de 51.

VIII. — L'*indice pondéral*, ou plutôt le rapport entre le poids en kilogrammes et la taille en centimètres, de mes

sujets, nous montre, que leurs moyennes annuelles diminuent graduellement jusqu'à 14 ans et croissent à partir de la 15.^{me} année.

Mes recherches ne me montrèrent pas l'abaissement pondéral, qu'on observe chez la plupart des races autochtones des régions à climat chaud.

Les indices pondéraux chez les luso-descendants de l'Inde Portugaise ne sont pas inférieurs à ceux qu'on trouve chez les sujets du même âge, connus par les dénominations de ibérique, alpin et méditerranéen.

IX. — Quant à l'*indice céphalique horizontal*, la plupart des écoliers luso-descendants, nés ici, se groupent dans les catégories sous-dolichocéphale et dolichocéphale proprement dite, et presque le quart de tous mes sujets appartient au premier groupe. A mesure qu'ils s'éloignent de l'enfance, leurs indices se tassent de plus en plus dans les cases situées au-dessus de la dolichocéphalie.

Comparant les chiffres moyens de mes sujets avec ceux des écoliers portugais du même âge, nés en Europe, on verra que les derniers possèdent des têtes un peu plus longues que les garçons luso-descendants d'ici, et que la série portugaise est moins régulière que celle de nos écoliers.

X. — Le *module de Schmidt* est très régulier dans son évolution, selon les âges chez les enfants et les adolescents, qui constituent les sujets de cette recherche. Son chiffre global indique, que les têtes des luso-descendants de l'Inde Portugaise, soit chez les adultes, soit chez les adolescents de plus de 18 ans, sont un peu plus grandes que celles des types céphaliques vulgaires, c'est-à-dire un peu plus supérieures à la moyenne.

XI. — Quant à l'*hauteur totale du visage*, son accroissement se fait en trois sauts, placés respectivement entre 11 et 12 ans, entre 13 et 14 ans et entre 14 et 15 ans.

XII. — L'*indice physiionomique*, ou le rapport entre la hauteur totale du visage et la largeur bi-zygomatique, croît légèrement avec l'âge et s'approche de très près de la

moyenne des adultes, ayant les chiffres moyens de 72, 74 et 75.

XIII. — L'évolution par âges de l'*indice facial total* n'est pas absolument régulière, n'ayant pas encore atteint les adolescents âgés de 21 ans le type facial définitif qui caractérise les adultes.

XIV. — D'après l'*indice nasal*, dont l'importance est peu à considérer en anthropologie pédagogique, les garçons luso-descendants de cette colonie, jusqu'à 16 ans, sont habituellement hyperleptorrhiniens et deviennent leptorrhiniens à partir de 17 ans.

XV. — De même que le nasal, l'*indice otologique ou auriculaire* montre dans sa marche évolutive suivant les âges, une tendance nette vers l'abaissement des moyennes annuelles à mesure que l'état adulte s'approche.

XVI. — Des indications fournies par la marche de l'*indice fronto-pariétal* suivant les âges, on voit que le front s'élargit plus que le diamètre céphalique transversal, à mesure que les garçons deviennent plus âgés.

XVII. — L'accroissement graduel de l'*indice cranio-facial n.º 1*, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'enfance, montre que la croissance céphalique en longueur dépasse de beaucoup celle en sens vertical.

XVIII. — L'évolution de l'*indice cranio-facial n.º 2* ou *pariéto-zygomatique* montre que les chiffres moyens, selon les âges, vont graduellement croissant à partir de 10 ans jusqu'à l'âge adulte. Cette majoration est plus avancée entre 11 et 15 ans et se rallentit un peu après la 16.^{me} année.

XIX. — Dans l'agrandissement de la *hauteur de la fourchette sternale* on trouve trois sauts, placés entre 10 et 11 ans, entre 12 et 13 ans et entre cette année et la suivante.

XX. — De même que la dimension précédante, la *hauteur de l'acromion droit* suit une marche ascensionnelle correspondante à l'évolution de la croissance générale du corps, de façon que la plupart des écoliers qui font l'objet de cette étude, doivent être considérés comme possédant des *épaules moyennes*.

XXI. — En ce qui concerne l'*indice taille-cou*, on observe qu'à partir de 10 ans jusqu'à l'âge de la puberté, de 13 à 14 ans, il diminue successivement à tel point qu'il descend au dessous de la dixième à la 13.^{me} année, en reprennant dès cet âge la marche ascendante jusqu'à 21 ans.

XXII. — Le rythme de croissance du diamètre antéro-postérieur du thorax n'est ni égal, ni même semblable à celui qui est observé dans les grandes dimensions verticales du corps.

XXIII. — En ce qui concerne la *circonférence thoracique moyenne*, ce périmètre subit habituellement un brusque accroissement vers la 15.^{me} année, comme tous les chercheurs l'ont déjà remarqué. Et, sauf la petite différence négative qu'on observe entre les âges de 19 et 20 ans, l'augmentation se fait d'une façon relativement régulière.

Les augmentations plus ou moins grandes sont celles, qui se trouvent entre les âges de 11 à 12 et de 14 à 15 ans, dont la différence est supérieure à 40 millimètres.

La moyenne de 889^{mm}, chez les adultes luso-descendants, dépasse de 10^{mm} celles des adolescents âgés de 21 ans.

La différence entre les chiffres des sujets portugais et de leurs descendants nés aux Indes n'est pas très prononcée, ne dépassant pas en règle 3^{cm}; même pendant l'enfance elle est inférieure à 2^{cm}.

XXIV. — Quant aux dimensions thoraciques, le *diamètre antéro-postérieur* maximum présente un rythme de majoration pas très régulier, et cesse son agrandissement vers l'âge de 19 ans chez mes sujets, que jusqu'à 14 ans présentent des dimensions plus grandes que les garçons portugais du même âge, mais ces derniers gagnent le dessus sur mes sujets à partir de 15 ans.

XXV. — A propos du *diamètre transversal du thorax*, l'évolution de cette dimension de la poitrine peut être considérée comme régulière. Le seuls sauts, qu'on observe pendant son élévation, sont ceux qui se trouvent chez les groupes d'adolescents âgés respectivement, de 13 à 14, de 14 à 15 et de 16 à 17 ans.

Ce diamètre thoracique, chez les adolescents luso-descendants âgés de 21 ans, est égal à celui qu'on trouve chez les adultes du même groupement ethnique.

XXVI. — Le *diamètre bi-acromial* suit un rythme relativement régulier, présentant des sauts aux époques de la croissance où il est naturel que tels sauts se manifestent. En comparant la moyenne du dernier groupe d'adolescents de ma série avec celle des adultes luso-descendants, on voit qu'ils présentent presque le même chiffre moyen.

XXVII. — Quant au *diamètre bi-deltoidien*, l'augmentation de ses chiffres moyens d'après les âges, se fait d'une manière relativement régulière et sans sauts sensibles, dont le plus grand se trouve entre 14 et 15 ans, et elle se ralentit considérablement à partir de la 18^{ème} année.

XXVIII. — En ce qui concerne l'évolution de la dynamométrie manuelle, elle suit un rythme ascendant à peu près régulier, suivant les âges. La force moyenne des deux mains suit une marche, qui présente trois poussées d'accroissement entre 13 et 14, 14 et 15 et 18 et 19 ans, et dont la plus forte est celle qui se fait entre la 14^{ème} et la 15^{ème} années. Avant l'âge de 13 ans l'accroissement se fait peu à peu, sans que l'augmentation de la dite force musculaire atteigne la différence de 2 kilogrammes dynamométriques.

Quant aux pourcentages des droitiers, gauchers et ambidextres de tous les âges, il est évident qu'à mesure que l'on avance en âge le pourcentage des droitiers et des ambidextres augmente visiblement, et passe de 75 % et de 9 % respectivement pendant l'enfance, à 80 % et à 11 % entre 18 à 21 ans.

XXIX. — Enfin, pour la *spirométrie* on observe que l'augmentation de la capacité pulmonaire, (évaluée à l'aide du spiromètre de Verdin) se fait d'une façon relativement régulière, montrant des différences inter-annuelles supérieures à un demi-litre.

Le développement spirométrique se montre un peu plus précocé que la croissance des os et des muscles, c'est-à-dire

qu'au lieu de se manifester entre 14 et 15 ans, il se montre entre 13 et 14 ans.

Il me semble qu'il n'y a pas de différence sensible entre les moyennes spirométriques calculées chez les jeunes gens portugais vivant en Europe et celles que j'ai rencontrées chez mes écoliers.

Correia (Francisco): *Recueil de quelques faits anatomiques et tératologiques concernant les habitants de l'Inde portugaise.* « Arquivos da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa ». Série A, Fasc. 7.^o, 1931, pp. 1293-1347.

Dans ce mémoire sont décrites des observations faites sur le cadavre et d'autres recueillies sur le vivant. Nous ne pouvons que faire une énumération des cas, renvoyant les intéressés au mémoire originel, fort intéressant à plusieurs titres. Dans la première partie l'A. s'occupe des anomalies rencontrées au cours des dissections :

Anomalies musculaires: *Muscles frontal et occipital:* absence, plusieurs fois constatée, de ces muscles ou leur transformation en une lame fibro-aponévrotique. *Temporal:* deux cas de dédoublement en deux lames musculaires superposées. *Buccinateur:* dédoublement en deux faisceaux (1 cas). *Mylo-hyoïdien:* dédoublement de l'insertion musculaire de ce muscle en deux faisceaux. *Digastrique:* des variations, représentées par des fibres aponévrotico-tendineuses remplissant l'espace triangulaire limité d'un côté par l'os hyoïdien et de l'autre par les tendons intermédiaires et les portions initiales des ventres antérieures; des fibres charnues entre le tendon du muscle gauche et le ventre antérieur du muscle droit; quelques cas de fibres tendineuses orientées obliquement en bas, lesquelles en passant au-delà de la ligne moyenne, allaient s'insérer sur la moitié opposée du corps de l'os hyoïdien, ou s'entrecroisaient avec leurs homonymes un peu au-dessous du tendon intermédiaire du muscle opposé. *Sterno-cleido-mastoïdien:* I. Muscle gauche à deux faisceaux, le sterno-claviculaire conoïde et le claviculaire laminiforme;

muscle droit à deux faisceaux aussi, sternal et claviculaire, tous les deux conoïdes. II. A droite deux faisceaux, l'interne sterno-claviculaire à tendon conoïde et l'externe, laminiforme, claviculaire. A gauche, deux faisceaux aussi, sterno-claviculaires tous les deux. III. A droite trois faisceaux distincts dont deux sternaux et un claviculaire; à gauche deux faisceaux. IV. Quatre faisceaux à droite, deux à gauche. V. Variété bilatérale du muscle à trois faisceaux. VI. Variété unilatérale de muscle à quatre chefs. VII. Variété bilatérale dyssimétrique de muscle à trois faisceaux. VIII. Variété présentant quatre faisceaux à droite et cinq à gauche, l'un de ces derniers prenant des attaches sous-cutanées. *Grand pectoral*: Chez huit cadavres l'A. a vu 5 muscles à deux faisceaux et 2 à trois faisceaux. Sur l'un d'eux, à gauche la lame musculaire unique donne naissance, au niveau de la 6^{ème} côte, à une lame fibreuse qui se dirige en bas et vers la droite, dépassant la ligne médiane pour aller renforcer les insertions supérieures du grand droit du côté opposé; l'insertion humérale se faisait au moyen de deux feuilletts aponévrotiques, en dehors de la gouttière bicipitale. A droite l'insertion costale se faisait plus en bas, jusqu'à la 7^{ème} côte.

Petit pectoral: Les variations observées se réduisent au dédoublement du muscle en faisceaux (deux ou trois). *Biceps brachial*: Muscle à trois faisceaux, la longue portion se présentant dédoublée. Un autre cas de dédoublement du tendon de la longue portion. *Triceps brachial*: Observations d'un ensemble de fibres tendineuses entre la longue portion du triceps et le grand dorsal. *Carré pronateur*: Variété caractérisée par l'existence de deux faisceaux de fibres bien nettes. *Fléchisseur commun superficiel*: Variété où des filets tendineux établissent des anastomoses entre les trois premiers tendons. *Muscle surnuméraire de l'avant bras*: Chef charnu, long de 14^{cm}, fusiforme, un peu plus gros en haut, où il s'attachait à la face profonde de l'aponévrose anti-brachiale, à la partie externe de la face antérieure de l'avant bras; il se jetait sur un tendon grêle qui, en traversant

la face antérieure du poignet, se plaçait sur son côté extérieur, puis sous le ligament antérieur du carpe. Alors, il traversait les insertions du court fléchisseur à leur partie supérieure et, couvert par ce muscle, il suivait vers en bas, jusqu'au niveau de l'articulation inter-phalangienne du pouce où il se fusionnait avec le tendon du fléchisseur propre du pouce.

Anomalies vasculaires: Artère épigastrique: Anastomose tardive de l'artère épigastrique droite avec la mammaire interne.

Artère cubitale: Division tardive de l'humérale qui se faisait au-dessous de l'interligne huméro-ante-brachiale et sous la face profonde du fléchisseur commun superficiel des doigts; la cubitale à son origine était plus grosse encore que l'humérale.

Anomalies nerveuses: Grand nerf sciatique: Après un trajet extra-pelvien de 4^{cm}, le nerf se bifurquait; les deux branches descendaient l'une à côté de l'autre, l'interne étant un peu plus grosse que l'externe; cette disposition était bilatérale.

Vices de conformation: Hexadactylie de la main gauche (3 cas). Hexadactylie à toutes les extrémités (2 cas). Prépollex à la main gauche. Hexadactylie pédiculée bilatérale (2 cas). Bifidité du pouce droit. Bifidité du 5^{ème} orteil droit. Prépollex à la main droite. Ectrodactylie de la main droite (3 cas). Ectrodactylie avec microdactylie de la main gauche. Brachydactylie des 4^{èmes} orteils des deux pieds. Brachydactylie du 4^{ème} orteil droit. Brachydactylie des 3^{ème} et 4^{ème} orteils de chaque pied et mégalodactylie des deuxièmes. Microdactylie et hypophalangie aux pieds. Syndactylie des 2^{ème} et 3^{ème} orteils de chaque pied. Syndactylie des deux derniers orteils du pied gauche. Hallux valgus familial. Éctromélie longitudinale intercalaire hémisegmentaire (2 cas). Pieds bots (3 cas). Hémimélie du membre supérieur (2 cas). « Genu recurvatum ». Agénésie des pectoraux avec des malformations multiples. Imperforation de l'hymen.

Costa (Alberto) et Correia (Maximino): *Un cas d'hémimélie du membre supérieur droit.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 4.

Fontes (Victor): *O hemimélico « Pintor sem mãos ».* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIII, N.º 4, pp. 523-550.

Il s'agit d'un hémiméle qui, malgré ses profondes perturbations morphologiques, présente une acoutumance, dire même, une suppléance fonctionnelle remarquable.

Au point de vue morphologique, il est surtout à retenir, comme conclusion d'ordre générale, que la peau, malgré l'absence des mains (totale à droite et partielle à gauche), présente une conformation extérieure des extrémités tout à fait semblable à celle de la peau de cette région, dans les conditions dites normales. Elle a des crêtes papillaires et des plis de flexion (les lignes de la main), malgré l'absence de ce mouvement. Aussi il est à remarquer la formation des deux reliefs correspondants aux éminences thénar et hypothénar, malgré la non-existence du squelette respectif. Au point de vue psycho-sensoriel les possibilités fonctionnelles sont extraordinaires. En causant, cet individu fait des gestes avec ses moignons et ces gestes sont si parfaits que la signification est très facilement comprise, nonobstant l'absence des mains et toutefois elles sont normalement les organes du geste. Avec ses moignons cet individu accomplit des actes très difficiles: il prend une monnaie ou une épingle placées sur la table ou sur le sol; il se boutonne, allume des cigarettes, se débarbouille avec du savon, mange avec une cuiller et il peint des tableaux et dessine avec une certaine intuition artistique et surtout avec une agilité et une facilité surprenantes.

Levy (Fortunato): *Um caso de epispádias total.* « A Medicina Contemporânea », 1931, pp. 215-216.

3, 11 ans. Dans la région pubienne on voit une fossette profonde de 3^{cm}; la muqueuse vésicale n'est pas visible;

absence complète de l'urèthre pénienne, le pénis se présentant étalé, petit, avec un sillon net au long de la face supérieure; prépuce en éventail. Un explorateur urétral pénètre facilement dans la vessie, laissant l'impression de l'existence de 1 ou 2^{cm} de urèthre. Au moyen de la radiographie on s'aperçoit que le développement de la symphyse pubienne est en retard, vu l'existence d'un grand éloignement des branches. Une cistographie avec le tordiol montre la vessie normale, avec un développement parfait de la paroi antérieure.

Lima (Fernando de C. Pires de): *O índice do buraco occipital dos portugueses.* «Trabalhos da Sociedade portuguesa de Antropologia e Etnologia». Vol. v, Fasc. II, 1931, pp. 145-149.

L'A. a mesuré le trou occipital sur 100 crânes masculins et 100 crânes féminins, provenant des cimetières de Pôrto et appartenant au Musée d'Anatomie de la même ville. Tous ces crânes appartenaient à des individus âgés de plus de 25 ans. Les longueurs maxima et minima sont respectivement 41 et 30 ♂ et 41 et 29 ♀; les largeurs sont 39 et 27 ♂, 35 et 25 ♀. Les moyennes des diamètres antéro-postérieur et transverse varient entre 103 et 73 pour les hommes et entre 100 et 75 pour les femmes. Des différences sexuelles des mesures du trou occipital ne sont pas appréciables. Pour les indices du trou occipital l'A. est arrivé aux nombres, 86,60 ♂ et 84,83 ♀ et il conclue que la série masculine est mégasème, tandis que la série féminine est mésosème.

Lima (J. A. Pires de): *Morfogénese et Teratogénese.* «Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto». Vol. 1, Fasc. 3.º, 1931, pp. 191-196.

L'A. d'après la longue série tératologique qu'il a étudié, mentionne l'opinion que la syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme jouent un rôle, qui ne peut pas être mis en doute,

dans la formation des monstruosités chez l'Homme, tout au moins dans la productions des anomalies des membres.

Lima (J. A. Pires de): *Deux veaux monstrueux*. « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 11.

Lima (J. A. Pires de): *Nævi pigmentaires géants*. « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. » VIII, 1931, p. 1187.

Fillette qui présente un très vaste nævus pigmentaire pileux qui occupe une grande partie de la surface du tronc. La peau est très foncée, rugueuse et recouverte de poils. Elle a l'aspect du cuir de bœuf. Il y a encore des nævi pigmentaires à dimensions variables, répandus par les membres inférieurs.

Lima (J. A. Pires de): *Novas observações de anomalias dos membros*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIV, 1931, pp. 303-316, 16 planches.

L'A. fait la description, plus ou moins détaillée, d'observations inédites d'anomalies des membres, comprenant: 2 cas de mouvements anormaux des doigts, 2 de polydactylie transitoire, 11 de prépollex, 3 de préhallux, 6 de post minimum, 4 d'hyperdactylie de toutes les extrémités et 1 de chacune des anomalies suivantes: agénésie du pouce, hyposyndactylie, brachydactylie, syndactylie, microdactylie, hypodactylie-syndactylie, agénésie de l'un des métacarpiens et syndactylie.

Lima (J. A. Pires de) e Pina (Luiz de): *A distância bi-caruncular e a sua importância antropológica e teratológica*. « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.º, 1931, pp. 133-142.

Sur 330 portugais et sur 151 crânes de portugais aussi, les uns et les autres considérés normaux, les A.A. ont mesuré la distance bi-carunculaire (33,07 ♂, et 30,65 ♀,

24,23 ♂ et 23,20 ♀). A ces séries de mensurations ils ont ajouté d'autres, obtenues sur des acrocéphaliens (25), métopiques (39) et criminels vivants (319), tous portugais à l'exception des acrocéphaliens (24,80 ♀, 26,52, 32,6 ♂ et 30,7 ♀). 37 crânes d'aliénés italiens et 61 crânes de criminels, italiens aussi, ont été encore étudiés (25,4, 25,9).

Sur des crânes d'indigènes des colonies portugaises les valeurs obtenues sont comprises entre 27,5 et 23,1.

Les mensurations obtenues chez le vivant et celles faites sur le crâne diffèrent entre elles de 8,8^{mm} ♂ et 7,4^{mm} ♀. Chez les races inférieures ou dégénérées le diamètre bi-orbitaire interne est un peu plus bas. Il n'y a pas de différences à remarquer entre les mensurations faites sur les individus délinquants et les non-délinquants. Les données obtenues par les A.A. viennent à l'appui des assertions de Welcker concernant le diamètre bi-carunculaire élevé et le métopisme. Aucun cas de diamètre égal ou supérieur à 5^{mm} a été constaté.

Lima (J. A. Pires de) e Mascarenhas (Constâncio): *Contribuição para o estudo antropológico da Guiné portuguesa*. xv Congrès international d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique, 21-30 Septembre 1930 (Portugal).

Note préliminaire de l'étude de 29 crânes d'indigènes de la Guinée portugaise, appartenant au Musée d'Anatomie de Pôrto.

Les indices céphalique, nasal et aussi l'angle naso-alvéolo-basilaire de ces exemplaires, appartenant à des tribus variées, démontrent que des races variées, comme les Negritos et les Arabo-berbères, ont participé à la constitution anthropologique du peuple de Guinée.

Lima (J. A. Pires de) e (Mascarenhas Constâncio): *Populações indígenas da Guiné portuguesa*. «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIII, pp. 595-618.

Il s'agit de l'étude craniométrique très complète de 14 crânes provenant de la Guinée portugaise.

Lopes (Carlos): *As impressões digitais nos portugueses (subsídios para o seu estudo)*. « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.^o, pp. 73-84.

L'observation de 10.000 dessins papillaires des doigts, dont les types ont été classés d'après le système de Vucetich, a permis d'obtenir les pourcentages suivants pour les Portugais: boucles 66,51. tourbillons 27,07, arcs 6, 42.

Lopes (Carlos): *O diâmetro ântero-posterior máximo do crânio é o triplo do diâmetro longitudinal auricular?* « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.^o, pp. 111-116.

L'A., en étudiant 200 individus criminels et 200 non criminels, tous portugais, 100 de chaque sexe, dans le but de chercher si le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne est ou non le triple de la longueur de l'oreille, conclue que seulement sur 6 % des individus non délinquants et sur 25 % des criminels, ce rapport existe; chez la plupart des individus le triple de la longueur de l'oreille est inférieur a ce diamètre.

Mascarenhas (Constâncio): *Contribuição para o estudo antropológico de Goa*. « Arquivos da Escola Médico-Cirurgica de Nova Goa ». Série A, 1931, Fasc.^o 7, 1348-1362.

Martins (Antônio): *Nota sobre uma variação da veia jugular interna*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIII, pp. 581-583.

Dans le cadavre d'une femme adulte, l'A. a vérifié l'existence à gauche d'une jugulaire interne, dont le diamètre était $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$ du diamètre habituel. La jugulaire externe ne présentait pas des dimensions et ne recevait pas non plus des collatérales permettant de supposer une suppléance de fonctions.

Melo (Froilano de) et Vernencar (Roguvira Sridora Poi): *Sur la valeur des diverses méthodes de mensurations spléniques pour le dressage de cartes malariennes.* 2^e Congrès international du Paludisme, Alger, 1931. « C. rendus », Tome 1, pp. 527-548.

Les A.A. passent en revue les méthodes de mensuration splénique et en font la critique, insistant sur ce point: « dans des régions fortement palustres, le malariologue ne peut pas se contenter de dresser une carte fondée seulement sur la totalité des rates enfantines hypertrophiées. Il faut que, dans chaque localité, on constate en même temps les divers degrés d'hypertrophie splénique comme le meilleur moyen de se rendre compte de l'intensité malarienne qui est d'autant plus importante que ces hypertrophies sont plus prononcées ». De cette critique les A.A. deduisent la nécessité d'une méthode plus précise et présentent une méthode personnelle pour la délimitation de la rate, dont les points de repère sont des points fixes du squelette. Voici en résumé la technique des A.A.: A). La limite de la rate hypertrophiée est dessinée sur la paroi abdominale, le malade étant couché sur le dos. B). Sur une feuille de papier suffisamment large pour comporter les dimensions du tronc et de l'abdomen, on fait un croquis, en marquant les points fixes suivants, les distances respectives étant mesurées avec le compas anthropométrique: 1 — Base de l'appendice xyphoïde. 2 — Symphyse pubienne. 3 — Épines iliaques antéro-supérieures et ligne bi-iliaque. 4 — Dessin du rebord costal gauche et dans ce but: a) marquer le milieu de la concavité supérieure de la fourche du sternum; b) dessiner sur l'hémitrunc gauche une ligne perpendiculaire à la ligne médiane passant par ce point sternal; c) le bras gauche étant appuyé contre le tronc, de l'extrémité externe de la clavicule on fait descendre une ligne parallèle à la ligne médiane au moyen d'une règle maintenue en position par un aide et cette ligne est transférée au croquis après mensuration de sa distance à la ligne médiane; d) Entre cette ligne médiane et la ligne

externe marquée par la règle, on trace sur le sujet des lignes parallèles à ces deux lignes, à distances de 2^{cm} et sur le papier on représente ces lignes par d'autres lignes parallèles aussi et aux mêmes distances, s'étendant en bas, et dans le croquis, marquées en chiffres romains, la ligne médiane étant 0, les lignes à gauche I, II, III, etc., les lignes à droite -I, -II, -III, etc.; e) sur ces lignes parallèles, sur le sujet, et ensuite sur le croquis, on mesure à partir de l'horizontal du milieu de la fourche le point de son intersection avec le rebord costal; f) en unissant les points obtenus, on a le tracé du rebord costal, limite supérieure de l'espace abdominal. 5 — Limite inférieure de l'espace abdominale, en traçant la ligne pubo-iliaque gauche. C). Parallèlement à cette ligne pubo-iliaque gauche on trace des lignes à distances de 2^{cm} les unes des autres, marquées par des chiffres ordinaires, la ligne pubo-iliaque étant 1 est les suivantes 2, 3, 4, etc. Les lignes I, II, III, etc., avec les lignes 1, 2, 3, etc, forment dans l'espace abdominale un quadrillé, sur lequel on marque la limite de la rate hypertrophiée.

Pour la définition de ces limites les A.A. adoptent la formule suivante: des fractions dont le numérateur se rapporte aux lignes longitudinales (chiffres romains), le dénominateur aux lignes obliques (chiffres ordinaires), en utilisant la méthode décimale. Exemples: $\frac{III}{9,5} \cdot \frac{II,6}{9} \cdot \frac{II,7}{9,2}$

Menezes (Manuel): *Ausência completa e bilateral dos músculos grandes peitorais.* « A Medicina Contemporânea » 1931, 401.

Cas d'absence complète et bilatérale du grand pectoral, observé sur un ♂ âgé de 20 ans, au moment de l'inspection pour le service militaire.

Moniz (Egas), Carvalho (Lopo de) et Lima (Almeida): *La circulation veineuse du cou et la décharge veineuse de l'encéphale.* « C. R. Soc. Biol. », T. CVII, 1931, p. 84.

Chez l'Homme, les jugulaires internes, de fort calibre,

sont les veines les plus importantes et assurent l'évacuation de la plus grande partie du sang cérébral; mais, de l'avis des A.A., les jugulaires externes et antérieures jouent un rôle très appréciable dans la circulation veineuse du cou. Des anastomoses unissent les deux systèmes de veines jugulaires profondes et superficielles.

Les jugulaires externes recueillent à la tête le sang de la paroi crânienne. Elles sont, en général, plus importantes que les jugulaires antérieures; mais la relation de volume de ces différentes veines est inversement proportionnelle.

Monteiro (Hernâni) e Carvalho (Roberto): *Dentes no seio frontal (diagnóstico radiológico)*. « Portugal Médico », xv, 1931, pp. 317-327.

Il s'agit d'un cas de tératome inclus dans les sinus frontaux, trouvaille de l'examen radiologique du crâne. En effet la radiographie stéréoscopique a montré l'opacité presque complète du sinus droit et de la moitié inféro-interne du sinus gauche. Dans ce dernier sinus on remarquait une masse, reproduisant nettement la forme d'une molaire, verticalement placée, la racine en bas, dont l'apex atteignait le pôle supérieur des cellules éthmoïdales. Au-dessus de cette dent et tout-à-fait séparée, on voit une autre dent, ressemblant à une canine, placée horizontalement, dont la racine est implantée sur une masse de densité osseuse, occupant presque complètement le sinus frontal droit.

Les A.A. démontrent l'importance des rayons X dans l'étude des anomalies dentaires chez le vivant.

Monteiro (Hernâni) und Rodrigues (Álvaro): *Durch nervöse Inveige durchbohrte Venen*. « Anat. Anz. » Bd 72, 1931, pp. 228-232.

Les A.A. décrivent deux cas de veine traversée par une branche nerveuse, correspondant à des pièces appartenant au Musée d'Anatomie de Porto et montrent la rareté de cette disposition. A propos mentionnent un cas de veine traversée par un rameau artériel.

Monteiro (Hernâni) et Rodrigues (Álvaro): *Sur les variations du nerf vertébral.* Association des Anatomistes, 26^e réunion, Varsovie, 3-7 Août, 1931.

Les A.A. décrivent deux cas d'origine et de trajet spécial du nerf vertébral, trouvés de chaque côté du même cadavre et dont l'un coïncidait avec une disposition anormale du système artériel et veineux correspondant: à gauche le nerf vertébral naissait par trois racines qui s'anastomosaient à l'intérieur du canal transversaire; les deux racines inférieures, outre les filets qu'elles fournissaient à l'artère vertébrale, donnaient des communicants pour CVIII et CVI; la racine supérieure fournissait, en plus les rameaux précités pour l'artère, des communicants pour CV et CVI.

A droite il y avait deux artères vertébrales, chacune d'elles étant accompagnée d'un nerf qui pénétrait avec elles dans le trou transversaire de la vertèbre respective; ces nerfs naissaient, l'inférieur du ganglion étoilé et le supérieur du ganglion intermédiaire. En outre de ces deux rameaux, qui donnaient des communicants pour C^{VII} et C^{VI} et C^{VI} et C^V, un autre rameau détaché du ganglion cervical moyen, qui termine en fournissant des communicants à C^V et C^{VI}, prend part encore dans la constitution du nerf vertébral.

Tous les communicants fournis par le sympathique cervical soit au plexus cervical, soit au plexus brachial, sont décrits et de même une disposition spéciale que, chez le même cadavre présentait le ganglion cervical supérieur droit.

Monteiro (Hernâni), Rodrigues (Alvaro) et Pereira (Sousa): *A propos des rapports entre le vague et le sympathique.* Association des Anatomistes, 26^e réunion, Varsovie 3-7, Août 1931.

Pour savoir si dans le tronc du vague, compris entre le ganglion plexiforme et le point de fusion de ce nerf avec le sympathique, on trouverait des fibrils de nature sympathique, les A.A. ont fait sur 12 chiens la neurotomie du

vague a ce niveau-là, observant les phénomènes qui sont apparus au niveau des paupières et du globe oculaire du côté opéré. Ils ont aussi étudié les modifications leucocytaires survenues. Sans présenter une conclusion nette de toutes ces expériences, les A.A. croient pouvoir affirmer que dans le tronc du vague cervical du Chien, au moins dans quelques cas, on trouve des fibres sympathiques oculopupillaires.

Monteiro (Hernâni), Rodrigues (Álvaro) et Pereira (Sousa): *L'anthropologie des nerfs périphériques*. xv^e Congrès international d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique, 21-30 Septembre 1930 (Portugal).

Les A.A. présentent les conclusions suivantes de leur communication :

I. D'après leurs recherches sur *les splanchniques* et le *descendens cervicalis* (de l'*ansa hypoglossi*), les éléments morphologiques qui lui semblent avoir le plus de valeur, au point de vue anthropologique, sont l'origine et le nombre des racines qui forment ces nerfs. II. Comme quelques A.A. l'ont déjà vérifié pour d'autres nerfs, quand on s'élève des Mammifères inférieurs à l'Homme, on observe, pour les splanchniques et pour le *descendens cervicalis*, une complexité de plus en plus grande et une migration qui se faisait dans le sens cranial pour le premier de ces nerfs et dans le sens caudal pour le second.

Monteiro (Hernâni), Rodrigues (Álvaro) e Pereira (Souza): *Os nervos esplâncnicos, frénico e descendente interno nos portugueses (Considerações sôbre a antropologia dos nervos periféricos)*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. XIII, pp. 555-580.

De cette étude, très documentée, les A.A. mentionnent les conclusions suivantes: I. Suivant leurs recherches sur les nerfs splanchniques et *descendens cervicalis* (de l'*ansa hypoglossi*), les éléments morphologiques qui semblent présenter une plus grande valeur, au point de vue anthropo-

logique, sont l'origine et le nombre de racines qui forment ces nerfs. II. Depuis les Mammifères inférieurs jusqu'à l'Homme les splanchniques et le *descendens cervicalis* présentent une complexité de plus en plus grande, se manifestant par l'augmentation du nombre des racines et le déplacement de l'origine de celles-ci, qui se fait dans le sens cranial pour les nerfs splanchniques et dans le sens caudal pour le *descendens cervicalis*.

Monteiro (Hernâni), Tavares (Amândio) e Ribeiro (Óscar): *Um caso de teratoma cístico do ovário. Diagnóstico radiológico.* « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 457-467.

Pour faire ressortir l'importance de l'examen radiologique dans le diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire, les A.A. ont présenté dans les « Journées Médicales galiciennes » un cas de tumeur de cette nature et avec ce siège, dont le diagnostic a été fait au moyen des rayons X.

L'observée, femme âgée de 42 ans, a remarqué, il y a 12 ans, l'existence dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur dure, grosse comme une petite orange, parfois douloureuse spontanément. Au moment de l'examen, la palpation révélait dans la fosse iliaque gauche une tumeur, volumineuse comme la tête d'un fœtus à terme, régulière, dure, indolore et très mobile; elle occupait les culs-de-sac vaginaux antérieur et latéral gauche. Dans les déplacements provoqués, la tumeur ne traîne pas l'utérus.

L'examen radiologique fait après injection dans la cavité utérine de 25^{cc} de tordiol, à la pression de 250^{mm} de mercure a montré que l'utérus et les trompes se remplissaient facilement. Sur un plan antérieur à l'utérus et un peu au-dessus et à gauche, des taches sont à remarquer, traduisant l'existence de os et de dents. Hystérectomie sous-totale et salpyngo-ooforectomie bilatérale. Kyste dermoïde de l'ovaire droit, placé en avant et un peu à gauche de l'utérus; à l'intérieur du kyste on rencontre des poils, de la substance sebacée et dans la paroi 12 dents, réunies en trois groupes et implantées sur trois pièces osseuses. D'au-

tres formations sont révélées par l'étude histologique : revêtement épidermique bien net, des masses volumineuses de glandes sebacées, des glandes sudoripares, moins nombreuses mais grosses et en dilatation kystique; nombreuses faisceaux de fibres lisses, quelques uns en rapport avec des follicules pileux; des formations lymphoïdes, glandes du type salivaire, tissu thyroïdien, nerfs et une cavité dont la paroi très épaisse forme plis ou villosités et présente des diverticules glanduliformes; le revêtement de cette cavité est un épithélium simple, cylindrique sur quelques points, stratifié, cylindrique, contenant quelques cellules caliciformes en d'autres zones; trois couches de fibres lisses, circulaires les externes et internes, longitudinales la médiane (canal respiratoire rudimentaire?).

À gauche il y avait aussi un petit kyste contenant matière sebacée et des poils.

Pegado (Francisco Xavier): *Anthropological Researches of not Bony Parts, on the living, of 175 natives of Portuguese India.* « Arquivos da Escola Médico-Cirurgica de Nova Goa », 1931, Fasc. 7.^o, pp. 1363-1365.

Pereira (Simões): *Um caso de duplicidade pielo-ureteral, diagnosticado pela coincidência de refluxo vesico-renal.*

A propos d'un cas de rétention, avec reflux vésico-urétérique, l'A. mentionne le résultat de l'examen radiologique qui a dénoncé à droite le rein avec deux bassinets et deux uretères. Ces uretères se réunissent à leur tiers inférieur; l'examen cystoscopique a montré un seul ostium de chaque côté.

Pina (Luiz de): *A estatura da população portuguesa.* « Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia », séance du 6 mars 1931.

L'A. présente le résultat de ses recherches sur la taille de l'habitant de Pôrto, né à cette ville, et faisant la comparaison avec les données obtenus par les mensurations faites

sur les naturels d'autres provinces portugaises, conclue que la taille moyenne des individus nés à Pôrto est supérieure à celle des portugais en général, ce qui n'est pas d'accord avec les recherches d'autres auteurs.

Pina (Luiz): *A acentuada dolicocefalia dos naturais da Cidade do Pôrto.* « Arquivos da Repartição de Antropologia Criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. II, 1931, pp. 143-145.

Sur 350 individus nés à la ville de Pôrto, agés de plus de 25 ans (200 ♂ et 15 ♀) l'indice céphalique est 74,83 et 75,79. 76 % de ces individus sont dolichocephales. Chez les Portugais, dans son ensemble, l'indice est de 73,82. L'A. conclue que les individus nés à Pôrto sont ethniquement très purs parmi les Portugais.

Pina (Luiz de): *Observações sôbre a implantação do pavilhão da orelha nos criminosos.* « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.º, pp. 85-92.

L'A. a étudié l'implantation du pavillon de l'oreille chez 944 individus, dont 744 criminels, et il arrive à la conclusion suivante: la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille des criminels présente une certaine tendance vers l'obliquité, mais si peu accentuée qu'il faut ne lui attribuer aucune valeur dans la morphologie du criminel.

Pina (Luiz de): *A propósito de raras disposições das cristas papilares digitais.* « Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.º, pp. 107-110.

L'A. en étudiant 4.000 fiches dactyloscopiques, a trouvé 4 fois trois boucles sur le même doigt, celui-ci étant dans tous les cas l'indicateur.

Pina (Luiz de): *Subsidios para o estudo antropológico do Português açoriano.* « xv^e Congrès international d'Anthro-

pologie et d'Archéologie préhistorique » 21-30 Septembre 1930, (Portugal).

Dans cette comunication l'A. étudie, sous un nouveau point de vue, les crânes des Portugais açoréens qui appartiennent au Musée de l'École d'Anthropologie de Paris. Il est arrivé à d'intéressants résultats, en étudiant les angles de la base du crâne; ces résultats sont identiques à ceux qu'on obtient au moyen des mensurations générales du crâne et de la face. Cette étude démontre que les Açoréens, bien qu'influenciés dans leur type par des peuples du Nord de l'Europe (Français, Flammands) qui sont venus coloniser les îles, ont conservé le type portugais, spécialement du Portugais du Nord du pays.

Pina (Luiz de): *A pata de ganso no homem e nos primatas.* « xv^e Congrès international d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique », 21-30, Septembre 1930, Portugal.

Après avoir mentionné les variations qu'on trouve quelquefois chez l'homme, concernant les tendons des muscles Couturier, Droit interne et Semi-tendineux (fusion, insertions éloignées les unes des autres, raccourcissement des tendons, inversion des rapports, etc.), l'A. rapproche ces variations de celles qu'il a vues dans une série de 37 Singes (Lemuridæ, Hapalidæ, Cebidæ, Cercopithecidæ, Simidiæ); il a trouvé dans ces animaux des variations semblables à celles de l'Homme, mais il en a aussi trouvé dans ce dernier quelques-unes qu'on ne voit pas chez les Singes. Il lui semble que chez l'Homme ces variations démontrent un certain degré de primitivisme.

Pina (Luiz de): *Observações sôbre a morphologia da orelha nos portugueses.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv, pp. 91-106.

L'A. a étudié la morphologie du pavillon de l'oreille sur 900 portugais (480 ♂, 420 ♀) non criminels.

La longueur varie entre 3,5 et 80^{mm} et la largueur entre 27 et 51.

D'après les schémas de Schwalbe, la forme plus fréquente de la partie sous-lobulaire du pavillon est la forme 6 (53,3%), les moins fréquentes étant les formes 4 (7,7%), 3 (4%), 1 (2,4%) et 3_{1,1} des hommes et 3_{2,3} des femmes présentent le tubercule de Darwin. Le lobule adhérent apparaît sur 28,8% des individus, celui de dimensions moyennes sur 26,6% et le grand lobule sur 44,5%. Pour mesurer l'angle de la ligne d'insertion du pavillon sur l'horizontal de Frankfurt, l'A. emploie un procédé qui lui appartient. La mensuration est faite au moyen d'un instrument obtenu en appliquant le goniomètre de Mollisson à la tige du compas à coulisse. On procède de la façon suivante: La tête de l'individu est placée de telle façon que la ligne passant par les points sous-orbitaire et porion soit horizontale (horizontal de Frankfurt); elle est ensuite fixée.

On place tout d'abord la branche du compas dans la verticale du point inférieur de l'insertion du pavillon ou lobule (*otobasion inferius*) et pour obtenir cette verticale il suffit de baisser ou élever la tige du compas jusqu'à la position où le goniomètre marque 90 degrés. Après cela, on cherche le point d'insertion supérieur du pavillon (*otobasion superius*) avec la même branche du compas, de telle façon que le bord de la branche passe par les deux points d'insertion indiqués; à ce moment le goniomètre marque dans son échelle un nombre de degrés plus ou moins éloigné de 90%; ce chiffre traduit l'éloignement de la verticale de l'insertion du pavillon.

D'après les mensurations faites sur 200 individus, l'angle varie entre + 19° et - 7° chez l'homme, + 16° et - 10° chez la femme.

Pina (Luiz de): *Distribuição do índice cefálico nos criminosos portugueses segundo as curvas binomiais estandardizadas de Frassetto.* « Arquivo da Repartição de Antropologia Criminal, Psicologia experimental e identificação Civil do Pôrto ». Vol. 1, Fasc. 2.º, 1931, pp. 117-130.

Pina (Luiz de): *Materiais para a antropologia de Moçambique*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv, pp. 113-125.

L'A. a étudié 13 crânes d'indigènes de Moçambique existant à l'École d'Anthropologie de Paris; il décrit avec détail les résultats acquis et fait sa comparaison avec les données obtenues par l'étude d'une autre série de 14 crânes appartenant à l'Institut d'Anatomie de Porto. L'étude des angles de la base des crânes des deux séries a été soigneusement faite et est l'objet de considérations très intéressantes. L'A. termine son étude en disant que nonobstant le fait de cette série être la plus complète de celles connues au Portugal, elle ne permet d'arriver à des conclusions sûres, en considérant que la population de Moçambique est très hétérogène, ce qui oblige à l'étude de plus longues séries de crânes.

Pina (Luiz de): *A propos d'un nouveau cas de Musculus sternalis chez un monstre exencéphalien*. « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. », vii, 1931, p. 190.

Description détaillée d'un cas de présternal double trouvé chez un monstre exencéphale provenant de la Guinée Portugaise, fils d'indigènes du Cap Vert.

Pina (Luiz de): *Sur un cas de tendon musculaire traversé par un nerf*. « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. ». Vol. viii, 1931, p. 420.

♀, 67 ans. Le rameau profond du nerf radial croisait le muscle court supinateur, s'introduisant dans la masse charnue du deuxième radial externe; la branche antérieure descendait presque verticalement, parallèle au bord antérieur du muscle long supinateur, et, arrivé au tiers inférieur de l'avant-bras, au niveau du changement de sa direction vers la région postérieure anti-brachiale, le rameau superficiel, en rencontrant la face antéro-interne du tendon du muscle long supinateur, le traversait au moyen d'une petite boutonnière ovale, de 3^{mm} de longueur pour 2^{mm} de largeur.

Pina (Luiz de): *Contribution à l'étude des os sésamoïdes.* « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. ». Vol. VIII, 1931, p. 421.

L'A. rapporte une observation de 24 petits os, qui étaient placés sur la partie moyenne du ligament postérieur de l'articulation du genou, qui s'étale dans les espaces intercondylien et interglénoïdien, en rapport avec la capsule. Tous ces osselets étaient couverts par une couche de cartilage.

Pina (Luiz de) e Gomes (J. Rodrigues): *Observações antropométricas sobre a bacia na mulher portuguesa.* « Portugal Médico ». Vol. XV, 1931, 467-471.

Les A.A. présentent les résultats obtenus par les mensurations faites sur 155 bassins féminins. Les moyennes exprimées en centimètres sont: Diamètre de Baudelocque 19,1. D. biépineux 22,6. D. biiliaque 26,7. D. bitrochantérien 31,1. D. bischiatique 10,7. Ces résultats sont comparés avec ceux de Fabre sur la femme française et ceux de C. Leal obtenus par l'étude de 50 femmes portugaises.

Rodrigues (Lino) et Adrião (Melo): *Anomalie des voies biliaires.* « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. ». Vol. VII, 1931, p. 188.

Embryon humain, ♂, 5 mois. Absence complète du cholédoque, les deux canaux hépatiques droit et gauche s'ouvrant dans le duodénum par deux orifices indépendants, séparés de 1,5^{mm}. L'abouchement du canal cystique se faisait sur le canal droit, disposition normale chez le Chien.

Rodrigues (Lino) et Adrião (Melo): *Variation de la veine jugulaire interne. Absence de jugulaire externe. Rameau nerveux traversant une veine.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 8.

Rodrigues (Lino) et Adrião (Melo): *Sur quelques variations*

congénitales du foie. «Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm.». Vol. VIII, 1931, 423.

Observation du foie d'un nouveau né présentant une variation de position de la vésicule biliaire, déplacée de son sillon habituel. Les sillons de la vésicule et de la veine ombilicale se fusionnaient, le lobe carré faisant défaut. Sur la face inférieure du lobe droit s'ébauchait un lobe surnuméraire. La branche droite de l'artère hépatique (située à gauche et un peu en avant du cholédoque), s'insinuant entre les canaux cystique et hépatique, se dirige au lobe droit et en croisant le cystique y abandonne deux artères cystiques.

Les A.A. ont présenté aussi quatre exemplaires de foie d'embryon et de nouveau-né, dont la face inférieure du lobe droit présentait trois fissures.

Rodrigues (Alvaro) e Pereira (Sousa): *Disposições morfológicas dos colectores linfáticos da base do pescoço.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIV, 1931, pp. 185-210.

Ce mémoire rapporte les résultats acquis par la dissection de 16 fœtus, faite au laboratoire d'Anatomie de Paris (Prof. Rouvière), pour l'étude des collecteurs lymphatiques de la base du cou. Ces résultats sont décrits très minutieusement et de leur comparaison entre eux et avec les descriptions des auteurs classiques résultent des considérations, qui ne peuvent pas être résumées; de même les faits recueillis ne sont pas susceptibles d'un résumé. Il faut lire le mémoire tout entier.

Rodrigues (Álvaro) e Pereira (A. de Sousa): *Novas orientações no estudo do sistema linfático.* «Arquivo de Patologia». Vol. III, n.º 2, 1931.

Des expériences faites sur le chien les A.A. concluent que les lymphatiques liés ou sectionnés, tendent à se reconstituer, cette reconstitution étant plus rapide dans les cas où les vaisseaux lymphatiques ont été tout simplement

liés. La sympathicectomie concourt pour développement de la circulation dérivative et rend de quelque façon le processus de reconstitution plus rapide.

Saavedra (Alberto): *Um caso do polegar bifido.* in « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, p. 20.

♀. Le pouce de la main gauche est bifurqué à son extrémité inférieure. La radiographie montre deux phalanges et une phalange bifurquée, la bifurcation n'atteignant que le tiers terminal.

Le gros orteil gauche du père de cette femme était bifide.

Santos (Eduardo dos): *Sur les relations du nerf phrénique avec le plexus solaire.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. vi, 1931, N 2.

Santos (Eduardo dos): *L'innervation gastrique et la terminaison abdominale des pneumogastriques. Quelques données d'anatomie clinique.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. vi, 1931, N 3.

Santos (Eduardo dos): *Deux anomalies de la veine cave inférieure chez l'homme. Leur importance au point de vue embryologique et chirurgicale.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. vi, 1931, N 7.

Santos Júnior (J. Rodrigues): *Um caso de preplex campto-dactilo esquerdo.* « Anais da Faculdade de Ciências do Porto ». Fasc. xvii, 1931.

Description d'une hexadactylie par préplex gauche avec clyno-campto-dactylie, observée sur un homme âgé de 56 ans.

Sueiro (M. A. Barbosa): *Sur la transmission héréditaire de l'épicanthus lateralis.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiii, pp. 583-586.

L'A. nomme « *epicanthus lateralis* » au repli cutané de

l'angle externe de l'ouverture palpébrale, en opposition au « *epicanthus medialis* » qui occupe l'angle interne. L'arbre généalogique d'une famille de Lisbonne est présentée, dans laquelle l'*epicanthus lateralis* est transmis par hérédité, plus fréquemment sur les membres féminins.

Sueiro (M. B. Barbosa): *Note sur la basalité du sacrum chez les Portugais.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiii, pp. 586-589.

En étudiant 390 sacrans portugais du Musée Bocage de la Faculté des Sciences de Lisbonne (73 ♂ et 66 ♀) et du Musée Anatomique de la Faculté de Médecine (127 ♂ et 124 ♀), l'A. est arrivé aux conclusions suivantes: Chez l'Homme l'homobasalité est plus fréquente (115/200 — 57,50 %) que l'hypobasalité (40/200 — 20,00 %) et que l'hyperbasalité (45/200 — 22,50 %). Chez la femme l'hyperbasalité est plus fréquente (85/190 — 44,74 %) que l'homobasalité (69/190 — 36,31 %) et que l'hypobasalité (36/190 — 18,95 %).

Sueiro (M. B. Barbosa): *Sôbre a úvula bifida.* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiii, p. 589-594.

L'A. décrit un cas de bifidité partielle de la luette d'un homme âgé de 27 ans; il croit que les chiffres de 1,8 à 4,7 % présentés par Leopold sont trop élevés et il mentionne que Xavier da Silva l'aurait vue dans la proportion d'un cas sur 1.500 à 2.000 individus.

L'A. admet que la disposition ait son origine en des troubles du développement embryonnaire et il mentionne l'opinion de Xavier da Silva; d'après cet auteur les porteurs de cette disposition seraient des hérédosyphilitiques. L'individu observé est peut-être un syphilitique, bien que la réaction Bordet-Wassermann soit négative et l'absence d'autres stigmates d'une syphilide héritée ou acquise.

Sueiro (M. B. Barbosa): *Note sur la basalité des sacrans*

humains préhistoriques. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv, pp. 13-15).

L'A. fait le rapport de ses études sur les sacrum préhistoriques du Musée des *Serviços Geologicos de Portugal* (5 sacrum d'adultes des *kjoekkenmoeddinger*, 66 sacrum néolithiques d'adultes, d'adolescents et d'enfants). En comparant les résultats obtenus chez les Portugais actuels et ceux provenant de l'étude des os préhistoriques, l'A. conclue que l'hyperbasalité se présente avec des fréquences voisines l'une de l'autre (32,05 % et 32,0 % respectivement). L'homobasalité est plus fréquente (47,18 %) que l'hypobasalité (20,77 %) sur les sacrum actuels; au contraire l'hypobasalité est plus fréquente (38,0 %) que l'homobasalité (30,0 %) sur les sacrum préhistoriques.

Sueiro (M. B. Barbosa): *Note sur les cas de perforation olécraniennne, d'apophyse sus-épitrochléenne et de canal huméral observés à la station néolithique de Melides*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. iv, pp. 27-46.

L'A. a étudié 101 humérus humains rencontrés dans la station néolithique de Melides (85 d'adultes, 7 d'adolescents et 9 d'enfants). L'apophyse sous-épitrochléenne s'est présentée 1 fois parmi 85 humérus néolithiques adultes, soit 1,17 %, pourcentage qui est un peu plus fort que celui de 0,25, rapporté à des humérus néolithiques d'autres stations portugaises, étudiés par l'A. Par rapport aux 101 humérus d'adultes, d'adolescents et d'enfants la proportion est $\frac{1}{101}$ soit 0,99 %.

La perforation olécraniennne a été rencontrée sur 30 des 85 humérus d'adultes, soit 35,29 %. Parmi les humérus d'adolescents et d'enfants, l'A. a vu 5 humérus perforés sur 16. Parmi les cas observés il y a 2 cas de perforation double, 1 de perforation triple et 1 cas de perforation en tamis (5 petits trous).

Sueiro (M. B. Barbosa): *Sobre algumas variações do atlas humano*. « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiv, pp. 127-152.

L'A. a étudié 400 atlas d'adultes (200 ♂, 200 ♀), et 12 atlas d'enfants et adolescents (9 ♂, 3 ♀) portugais, de l'époque actuelle; 71 atlas néolithiques (67 d'adultes, 4 d'enfants et d'adolescents) rencontrés dans plusieurs stations portugaises. L'A. considère les variations morphologiques des arcs antérieur et postérieur de l'atlas dépendant surtout de la quantité de substance osseuse dont ils sont formés. L'absence des tubercules des arcs de l'atlas signifie une réduction peu accusée de substance osseuse; une réduction plus considérable donne naissance aux dépressions, trous, fissures, les déhiscences, qu'on peut voir dans les arcs de l'atlas.

Les cas de fissures et déhiscences des arcs de l'atlas sont à classer parmi les cas de *spina-bifida* occulte. L'absence du tubercule antérieur de l'atlas a été constatée 4 fois sur 400 atlas d'adultes de l'époque actuelle (1 $\frac{0}{0}$); chez la femme aucun cas d'absence. Sur les 12 atlas d'enfants et adolescents de l'époque actuelle, l'A. a rencontré 1 atlas sans tubercule antérieur chez un garçon âgé de 11 ans; il n'a rencontré aucun cas sur les atlas néolithiques. L'absence partielle ou totale de l'arc antérieur de l'atlas n'a pas été rencontré; de même l'A. n'a vu aucun cas d'absence totale de l'arc postérieur de l'atlas. Il a rencontré parmi 400 atlas l'absence partielle une fois à droite, une fois à gauche, 12 fois sur la partie médiane de l'arc.

En étudiant la morphologie de l'arc postérieur, l'A. réduit les variations à trois types: 1.^o Il n'y a pas de réduction de la substance osseuse; 2.^o Il y a une réduction peu accusée; 3.^o Il y a une réduction bien nette. Chez des adultes de l'époque actuelle il a rencontré le premier type 327 fois (81,75 $\frac{0}{0}$), le deuxième, 58 fois (14,5 $\frac{0}{0}$), le troisième 15 fois (3,75 $\frac{0}{0}$). Sur les 67 atlas néolithiques les nombres sont respectivement 56 (83,58 $\frac{0}{0}$), 9 (13,43 $\frac{0}{0}$), 0.

Dans sa série l'A. a vu 5 cas d'atlas occipitalisé avec arc postérieur déhiscent. 4 atlas masculins, sur les 12 d'enfants et d'adolescents étaient formés par trois pièces. L'A. considère l'absence de soudure de l'arc antérieur de l'atlas

aux masses latérales une disposition normale chez les enfants jusqu'à six ans et exceptionnelle chez l'adulte. L'absence du tubercule antérieur de l'atlas est un défaut dans l'ossification de l'arc antérieur, peut être une trouble de l'évolution des points complémentaires, destinés à l'arc antérieur. Les multiples variations de l'arc postérieur de l'atlas démontrent l'irrégularité de l'évolution des points principaux d'ossification de l'atlas; Cette irrégularité se traduit fréquemment par une réduction de la substance osseuse au niveau de la soudure des demi-arcs postérieurs.

Sueiro (M. B. Barbosa): *Breve contribuição sôbre a lingua escrotal.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. xiv. pp. 152-169.

L'A. décrit deux cas de langue scrotale qu'il a observé dans une femme de 44 ans et l'une de ses filles âgées de 15 ans. Il décrit deux types morphologiques, le type arborescent (dans lequel il inclue la langue scrotale foliacée et la transversale de quelques auteurs) et le type cérébriforme. La diagnostic différentiel entre la langue scrotale, les sillons physiologiques et les lésions pathologiques (cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques et de certaines fièvres éruptives) est établi. D'après les observations faites (14) sur les consultants de l'Institut Clinique de la *Junta Geral do Distrito de Lisboa* la langue scrotale est plus fréquente chez la femme (9 fois sur 613 individus, 1,46 %) que chez l'homme (3 sur 88,7, 0,33 %). L'A. n'admet pas que la langue scrotale soit une macroglossie, une langue papillaire, l'exagération des sillons normaux. Il n'a pas vérifié que la langue scrotale soit plus large que la langue normale, ni une plus grande largeur du maxillaire inférieur chez les porteurs de cette disposition, ni l'état de bonne conservation générale des dents. L'hypertrophie des glandes salivaires avec sialorrhée, il l'a vue seulement chez deux femmes (toutes les deux avec le type cérébriforme de leur langue scrotale). Il admet l'hérédité de la disposition et son caractère congénitale, mais croit qu'il n'est pas à

admettre qu'elle soit un signe d'hérédo-syphilis, d'hypothyroïdisme, d'arthritisme, de rachitisme, d'épilepsie, d'hérédité névropathique, de dégénérescence.

Tavares (Amândio): *Deux cas de pariétal bipartite.* xv^e Congrès international d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique, 21-30 Septembre 1930 (Portugal).

Sur 669 crânes et 83 pariétaux isolés, l'A. a trouvé 2 cas de pariétaux complètement divisés: sur l'un il y avait une suture presque verticale qui isole complètement l'angle ptérique du reste de l'os; sur l'autre le pariétal droit était complètement divisé, par une suture antéro-postérieure, en deux parties à peu près égales.

Tavares (Amândio): *Sur la fréquence des formations interpariétales du crâne humain.* xv^e Congrès international d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique, 21-30 Septembre 1930 (Portugal).

Sous le nom de formations interpariétales l'A. comprend: 1.^o L'os *interpariétal*, homologue de l'os du même nom chez les animaux; 2.^o le *préinterpariétal*, correspondant à l'*épactal* de certains auteurs; 3.^o le *préinterpariétal accessoire* ou *os wormien fontanelleire lambdatique*; 4.^o l'*appendice linguiforme du lambda*. En étudiant 670 occipitaux d'adultes, l'A. a rencontré 8 cas d'interpariétal (1,19^o/_o). Des traces de suture biastérique, sous forme de fissures astériques incomplètes, étaient particulièrement développées sur 58 crânes. Un préinterpariétal bien développé a été trouvé 7 fois sur 628 crânes (1,11^o/_o). Sur 628 crânes, 58 (9,23^o/_o) présentaient le préinterpariétal accessoire. L'appendice linguiforme du lambda, bien développé, atteignant presque l'obéliion par son extrémité antérieure pointue, n'existait que dans 3 cas (0,47^o/_o).

L'association des formations interpariétales et de la suture métopique n'a été que très rarement constatée.

Valadares (Manuel): *Impressões digitais. Estatística.* « Ar-

quivo da Repartição de Antropologia Criminal, Psicologia experimental e identificação civil do Pôrto». Vol. 1, Fasc. 2.º 1931, pp. 69-72.

Dans cette note, ayant pour but présenter une statistique des différents types de dessins papillaires des doigts, l'A. mentionne l'observation d'un dessin absolument exceptionnel: trois boucles dans le même doigt (l'annulaire droit d'une femme âgée de 24 ans).

Viegas (Santos): *O exemplar 564: suposta duplicidade rolandica; desdobramento da circunvolução parietal ascendente do hemisfério cerebral esquerdo.* « Arquivo do Instituto de Anatomia Patológica e do de Patologia geral ». Vol. xvii, (1928-1929), 1931, pp. 65-71.

Dans le Musée d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Coïmbra existe un cerveau, étudié par A. A. da Costa Ferreira, en 1902, et classé dans le Catalogue comme exemplaire de « duplicité rolandique ».

L'A. conteste cette classification et de l'examen de la pièce conclue que la deuxième scissure de Rolando, de Costa Ferreira n'est qu'un sillon accessoire ou sillon de dédoublement de la circonvolution pariétale ascendante.

Vilhena (Henrique de): *Observações anatómicas. VIII* « Arquivo de Anatomia e Antropologia ». Vol. xiii, pp. 619-646.

L'A. fait la description des variations de plusieurs muscles, dont l'énumération est la suivante: *A: M. biceps brachii*: I. Deux faisceaux d'origine, supplémentaires, l'un huméral, l'autre naissant de la terminaison du *M. coracobrachialis*, au moyen d'une bande tendineuse. II. Bande tendineuse supplémentaire d'insertion inférieure qui atteint le *M. extensor carpi radialis brevis*, et expansion aponévrotique formant une arcade où naît la plus grande partie du *M. pronator teres*. III. Petit tendon supplémentaire d'insertion qui s'étend jusqu'au *M. brachio-radialis*, et expansion aponévrotique qui donne naissance à des fibres superficielles de *M. pronator teres*, à une partie de *M. pal-*

maris longus et des fibres superficielles du *M. palmaris brevis*, au *M. flexor digitorum sublimis*. IV. *M. biceps brachii* qui donne naissance à une portion tendino-charnue d'origine du *M. pronator teres*.

B: M. pronator teres: I. M. présentant à son origine une portion diaphyso-humérale, le faisceau coronoïdien étant absent. II. Deux faisceaux supplémentaires à l'origine, l'un diaphyso-huméral, l'autre provenant du tendon du *M. biceps brachii*. III. Portion d'origine diaphyso-humérale continuant vers le haut le plan de l'origine épitrochléaire.

C: M. palmaris longus: I. Une partie du muscle naissant de l'arcade fibreuse formée par l'expansion aponévrotique du *M. biceps brachii*. II. Trois faisceaux d'origine quelque peu individualisés: épitrochléaire, aponévrotique bicipital et aponévrotique septal. III. Petit tendon naissant du tendon du muscle qui est continué par l'aponévrose palmaire moyenne, et absence du *M. palmaris brevis*. IV. Conformation particulière du muscle et origine très étendue sur la lame aponévrotique qui en fait la séparation du *M. pronator teres*, coïncidant avec un muscle épitrochléaire supplémentaire, accessoire du *M. flexor carpi ulnaris*.

D: M. palmaris brevis et faisceaux et muscles accessoires du « M. flexor carpi ulnaris ». I. Ventre charnu intermédiaire à des portions tendineuses. II. Ventre charnu intermédiaire à des portions tendineuses, l'inférieure en continuité avec l'aponévrose palmaire moyenne et unie au ligament annulaire antérieur du carpe, au plan ligamenteux radio-carpien et au tendon du *M. flexor carpi ulnaris*. III. Ventre charnu intermédiaire à des portions tendineuses, l'inférieure se continuant exclusivement avec le ligament antérieur du carpe et unie en dedans au Pisiforme et au Cubitus et en dehors au ligament annulaire dorsal du carpe au niveau du M. long abducteur du pouce et du M. court extenseur du pouce, et l'apophyse styloïdienne du Radius. IV. *M. palmaris brevis* rudimentaire, naissant de l'expansion aponévrotique du *M. biceps brachii*, présentant un ventre charnu intermédiaire. V. Portion charnue très

longue, en bande, intermédiaire aux portions tendineuses, et continuation inférieure du muscle avec le ligament annulaire antérieur du carpe et l'aponévrose palmaire moyenne. VI. Portion charnue jusqu'au poignet, aplatie, continuée par deux parties tendineuses avec l'aponévrose palmaire moyenne et le ligament annulaire antérieur du carpe, celle-ci donnant naissance au *M. flexor digitis quinti brevis*. VII. *M. palmaris brevis* en bande, charnue en toute son étendue, et donnant naissance en bas à une petite partie des fibres de l'aponévrose palmaire moyenne et, par continuité des fibres charnues, à un petit faisceau antebrachio-hypothénaire; une expansion tendineuse inférieure se continue avec le ligament annulaire antérieur du carpe. VIII. Disposition intermédiaire à ventre charnu médian et ventre charnu inférieur. IX. Tendon inférieur en bande, élargissement et continuation au moyen de celle-ci avec l'aponévrose ante-brachial et le ligament annulaire antérieur du carpe. X. Ventre charnu, supérieur, d'insertion; tendon intermédiaire très petit; ventre charnu inférieur d'insertion sur le ligament annulaire antérieur du carpe; tendon d'insertion sur le ligament annulaire, le tendon du *M. flexor carpi ulnaris* et l'aponévrose palmaire moyenne. XI. Tendon bifide à la partie inférieure. XII. Bifidité du muscle depuis le ventre charnu; l'une des branches se continue avec le ligament annulaire et l'autre avec l'aponévrose palmaire moyenne. XIII. Muscle bifide, mais présentant encore une portion charnue laminaire, d'origine, se réunissant au tendon externe, celui-ci étant vraiment palmaire, tandis que le tendon interne est accessoire du *m. flexor carpi ulnaris*. XIV. *M. palmaris brevis* accessoire, présentant un ventre charnu inférieur et en continuation avec le ligament annulaire antérieur du carpe. XV. Muscle accessoire du *m. flexor carpi ulnaris*. XVI. M. accessoire du *m. flexor carpi ulnaris*; ventre charnu occupant une position intermédiaire à la portion moyenne et à la portion inférieure; il présente des relations très étroites avec le ligament annulaire antérieure du carpe et avec la gaine du faisceau vasculo-nerveux cubital.

IV

CYTOLOGIE.

HISTOLOGIE. ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Brites (Geraldino): *Sur la tunique musculaire du canal déférent de l'adulte.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis ». Vol. VI, 1931, N 10.

Cunha (Gonçalves da): *Sur le processus caryocinétique dans les cellules somatiques de « Vicia Faba ».* « Archives portugaises des sciences biologiques ». T. III, Fasc. I, 1931, pp. 16-23.

L'étude de la mitose somatique dans les cellules de *Vicia Faba* a donné à l'A. l'occasion de faire quelques remarques intéressantes.

La membrane nucléaire et le nucléole sont visibles pendant toute la durée de la prophase. La disparition des nucléoles peut avoir lieu soit à la fin de la prophase, soit au commencement de la métaphase. Cette disparition doit se faire graduellement, parce qu'on peut constater une certaine diminution de la chromaticité des nucléoles. En conséquence, l'A. croit pouvoir conclure que les nucléoles ont une double constitution et que c'est seulement leur substance chromatique qui disparaît, le substractum achromatique persistant jusqu'à la disparition complète de la substance chromatique. Le substractum achromatique disparaît à ce moment.

La substance chromatique doit effectuer son passage vers les chromosomes, déjà constitués à ce moment; la substance achromatique, de l'avis de l'A., diffuse dans le cytoplasma. On peut admettre une certaine relation entre la disparition de cette substance et l'apparition du fuseau achromatique. Pendant la telophase la substance chromatique prend la disposition en chapelets de granulations

dans l'intérieur des noyaux-fils. Dans l'interphase la chromatine maintient l'aspect moniliforme, les chromosomes s'enchevêtrant. L'A. considère les chromosomes comme des formations individualisées du noyau cellulaire.

Cunha (Jaime): *Contribution à l'histophysiologie de la veine cave inférieure de l'homme.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 12.

Fernandes (Abilio): *Le nombre et la morphologie des chromosomes chez « Kniphophia aloides » Moench, « Zephyranthes Lindleyana » Herb et quelques espèces du genre « Aloë ».* « C. R. Soc. Biol. ». T. CVI, 1931, p. 567.

Salazar (A. L.): *Période post-chromatolytique de l'atrésie des follicules de de Graaf. Atrésie des follicules jeunes et primordiaux de l'ovaire de la Lapine.* « C. R. Soc. Biol. » T. CVI, 1931, p. 1182.

Au début de la période post-chromatolytique des cellules résiduelles de la granulosa, les unes prennent peu à peu les caractères des cellules conjonctives, d'autres semblent se rapprocher des éléments de la thèque et s'orienter dans le sens interstitiel. Les éléments cellulaires résiduels se disposent en une masse cellulaire présentant en général la forme d'un croissant qui délimite l'antrum atrésique où se trouve la masse des corpuscules chromatolytiques.

Les corpuscules chromatolytiques perdent peu à peu les blocs sidérophiles et se réduisent à une masse de globules qui se colore en rose par l'éosine. Les débris de l'oocyte et la masse des corpuscules chromatolytiques finissent par être résorbés, la membrane du follicule se rompt, s'épaissit et devient une masse d'abord pâteuse, ensuite diffluyente. Le follicule est ensuite envahi par les éléments de la thèque, et la masse des cellules folliculaires résiduelles collabore avec les éléments de la thèque, à l'édification du corps jaune atrésique.

Dans les follicules petits et primordiaux le processus

atrésique est plus direct et plus rapide: les noyaux perdent leurs contours, la chromatine devient diffluyente, les éléments cellulaires perdent leur forme typique, et le tout dégénère. Pas de phénomènes prolifératifs dans la thèque, qui se borne à former une cicatrice conjonctive sans production de corps jaune atrésique. D'après l'A., ce processus atrésique particulier doit être lié à la question de la mitose, très rare dans la phase primordiale ou jeune des follicules. L'A. appelle encore l'attention sur les rapports qui existent entre ces processus et ceux déjà signalés et décrits par lui-même dans les follicules anovulaires et autres reliquats des cordons ovigènes.

Vidal (Carlos) et Santos (Nuno dos): *Sur la morphologie du sang du Cobaye.* « Archives portugaises des Sciences biologiques ». T. III, Fasc. I, pp. 43-50.

Les A.A. ont étudié le sang du Cobaye, en employant des animaux qui vivaient dans l'Institut Rocha Cabral depuis quelques semaines, en conditions identiques d'alimentation et d'hygiène. Ils étaient mis à jeun pendant 24 heures avant la prise du sang. Les déterminations ont été faites en hiver (Janvier-Mars). Le sang était pris dans les veines superficielles de l'oreille, les premières gouttes étant rejetées. Pour la numération des globules, ils ont employé la chambre de Bürker; pour la dosage de l'hémoglobine, l'hémoglobinomètre de Sahli; pour la coloration des frottis, la méthode de Leishman.

Les A.A. ont rencontré des différences considérables, non seulement d'un Cobaye à l'autre, mais encore, chez le même animal, entre une première prise de sang et une autre effectuée quelques jours après. Les oscillations observées sont donc les suivantes:

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Hémoglobine | 70 à 95 % |
| Globules rouges | 4. 191.000 à 6.670.000 mmc. |
| » blancs | 7.570 à 15.320 » |
| Polynucléaires neutrophiles | 28 à 63,3 % |
| » éosinophiles | 0,3 à 6,7 % |
| » basophiles | 0 à 2,8 % |
| Mononucléaires | 30,8 à 58,8 % |

EMBRYOLOGIE

Costa (Celestino da): *Sur les ébauches des ganglions nerveux du crâne chez les Mammifères.* « C. R. Soc. Biol. ». T. CVI, 1931, p. 557.

La crête neurale cranienne, matrice des ganglions de la tête des Mammifères, fait son apparition au stade de 4 myotomes, quand le 5^{ème} somite est presque séparé; elle a son origine dans les bords de la plaque neurale, à la ligne de réflexion sur l'épiblaste. Au moment où la crête fait son apparition le mésenchyme céphalique est déjà très abondant, ayant pris origine dans la plaque chordale. Chez des embryons du Cobaye de 6 myotomes, on constate déjà l'ébauche de la crête prosencéphalique et sa production cesse peu après le stade de 10 somites. La fragmentation de la crête en segments, trijumeau, acoustico-facial, est déjà visible à 6 myotomes.

La crête prosencéphalique se relie à la partie intérieure de la crête du trijumeau. La crête du glosso-pharyngien-vague, n'est visible qu'à partir du stade de 8 somites; cette crête est au début en continuité avec la crête occipito-spinale.

La question de la participation de placodes à la formation de ganglions des nerfs sensitifs de la tête semble, de l'avis de l'A., ne pas se poser pour les Mammifères, au moins d'une façon importante.

Costa (A. Celestino da): *Mésenchyme céphalique et crête ganglionnaire chez les Mammifères (Cobaye).* « Association des Anatomistes », 20^e réunion, Varsovie, 3-7 Août 1931.

De même que les recherches de Schulte et Tilney chez le Chat et d'Adehuenn chez le Rat, les recherches de l'A., faites sur des embryons du Cobaye, démontrent que l'idée

de voir dans la crête neurale la source du mésenchyme céphalique, est à rejeter, le mésenchyme étant déjà très abondant dans la tête avant l'apparition de la crête.

Costa (A. Celestino da): *Sur la constitution et le développement des ébauches ganglionnaires craniennes chez les Mammifères.* « Arch. de Biol. ». T. xvii, 1931, pp. 71-105.

Dans ce travail, où sont mentionnées quelques-unes des recherches faites par l'A. dans les dix dernières années et les conclusions de l'étude de 87 embryons du Cobaye, depuis l'âge de 1 somite jusqu'à la taille de 7,5^{mm}, l'A. lui-même résume ces conclusions de la façon suivante:

« Nous pouvons conclure que, chez les Mammifères, la crête neurale cranienne est une formation très importante, d'origine exclusivement neurale, pratiquement ou totalement sans rapports épiblastiques, quoique l'épiblaste réagisse à la présence de la crête en s'épaississant en des régions spéciales. Nous pouvons ajouter que la participation de la crête à la formation du mésenchyme de la tête n'est pas prouvée; en tout cas, la plus grande partie de ce mésenchyme, formé avant la différenciation de la crête, provient de la plaque préchordale.

VI

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bacalhau (José): *Os aneurismas existentes no Instituto. Aneurismas e aneurismectomias.* « Arquivos do Instituto de Anatomia Patológica e do de Patologia Geral ». Vol. vi, (1928-1929), 1931, pp. 73-111.

A propos de quelques cas d'anévrismes existant au Musée d'Anatomie pathologique de Coimbra, l'A. fait de larges considérations plutôt cliniques que anatomiques.

Brites (Geraldino): *Plaques calcaires de la plèvre. Pleuro-*

lites. « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. vi, 1931, N 9.

Cardia (Mário): *Linfangioma muito volumoso*. « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 140-142.

Cas de lymphangiome, observé sur un nouveau-né, remarquable par son volume considérable, correspondant à celui de l'ensemble de deux têtes de fœtus à terme. La ligne limitant la surface d'implantation mesurait 38,5^{cm}, s'étendant du bord gauche de la poignée du sternum, en haut et en dehors jusqu'à l'articulation scapulo-humérale; elle se dirigeait ensuite vers la nuque, en suivant jusqu'au sillon rétro-auriculaire, et en avant tout au long du bord inférieur de la mandibule jusqu'au menton, changeant ensuite de direction pour terminer sur le bord gauche du manubrium.

Carvalho (Roberto de): *Dois casos de diverticulo de Zenker*. « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 472-476.

♀, 64 ans. Sensation de corps étranger à la déglutition. Examen radiologique: sur la paroi postérieure de l'œsophage, un petit sac s'ouvrant au moyen d'un petit canal.

♂, 65 ans. Légères troubles de la déglutition des aliments solides. Examen radiologique: sac diverticulaire dépendant de la portion supra-sternale de la paroi postérieure de l'œsophage.

Lapa (Alvaro) e Ferreira (Chaves): *Algumas considerações clínicas e histo-patológicas acerca de um caso de degenerescência colóide da pele (mílium colóide)*. « Lisboa Médica ». Vol. viii, 1931, pp. 617-627.

Les A.A. ont observé un cas de *mílium colóide* et ils en font d'intéressantes considérations cliniques. Ils ont fait l'étude histologique de la peau atteinte et les résultats obtenus intéressent particulièrement aux morphologistes: Les lésions constatées se localisent aux couches plus superficielles de la derme et consistent en des cavités kysti-

ques séparées par du tissu conjonctif normal. Ces cavités contiennent une substance homogène à aspect colloïde; elles sont séparées de l'épiderme par une couche conjonctive plus ou moins épaisse, parfois absente; à ce niveau la matière colloïde s'insinue entre les cellules de Malpighi. Dans la paroi de la cavité les vaisseaux sanguins sont très nombreux.

On peut vérifier que chaque cavité est subdivisée en des cavités secondaires par des traînées conjonctives, plus nettes sur quelques points où il est possible de rencontrer chez des cellules du connectif, des granulations de substance hyaline. Auprès des cavités remplies de colloïde, les fibres élastiques sont moins nombreuses et leur distribution est irrégulière.

Magano (Fernando): *Tuberculose genital clinicamente primitiva*. « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 107-116.

Il s'agit d'une observation présentant un réel intérêt clinique et anatomo-pathologique: ♀, âgée de 30 ans, présentant un écoulement vaginal sanguinolent et mal odorant, apparemment sans trouble de l'état général. Pas de lésions pulmonaires tuberculeuses ou autres, constatables à l'examen clinique et radiologique. La surface du col utérin est un peu rugueuse et on voit au fond des culs-de-sac vaginaux, de petites granulations et sur le bord même de l'ouverture du canal cervical, deux petites ulcérations à contour peu net, sans modification de la consistance des tissus sous-jacents. Dans le cul-de-sac de Douglas on constate l'existence d'une tumeur à surface lisse, adhérente à la face postérieure de l'utérus et se prolongeant vers la gauche, en occupant toute la zone annelle de ce côté.

L'étude histologique du produit d'une biopsie faite sur le bord de l'une des ulcérations, démontre la nature tuberculeuse des lésions observées.

L'intervention chirurgicale faite par le Prof. Teixeira Bastos, montre une pyo-salpyngite très volumineuse, rem-

plissant toute la moitié gauche de l'excavation pelvienne et s'étendant au long de l'anse sigmoïdienne, un peu au-dessus de la crête iliaque. De nombreuses adhérences s'étendent vers la paroi du bassin, le rectum, la face antérieure de l'utérus. La trompe contient du pus jaune mal lié, grumeux, formant un volumineux abcès. Sur l'endomètre, atteint dans toute son étendue, il y a des zones où la caséification est bien nette, avec envahissement par-ci par-là du myomètre.

Magano (Fernando): *Sarcôma primitivo do estômago*. «Portugal Médico», 1931, N.º 7.

♀, 35 ans. Tumeur gris rose, élastique, bosselée, de la portion horizontale de l'estomac et extension par plaques disséminées jusqu'au cardia; adhérences multiples, serrées et dures aux voies biliaires externes. Métastases sur le lobe gauche du foie. Diagnostic histologique: Sarcome polymorphe.

Moniz (Egas) et Loff (Romão): *Aspergillose cérébrale*, in «La Presse Médicale», n.º 15, du 21 Février 1931.

Localisation de l'aspergillose dans le cerveau d'une femme âgée de 44 ans. Foyer de destruction très étendu de la région frontale gauche, atteignant le centre ovale et, dans la partie postérieure, le noyau caudé et la capsule interne. Aucune localisation viscérale n'a été découverte; en particulier, pas de lésions pulmonaires. Cette malade ayant eu, trois années auparavant, un processus inflammatoire de l'œil gauche avec de fortes douleurs du globe oculaire et amaurose immédiate, dont le traitement antiluétique n'a pas produit d'amélioration, les A.A. croient que l'infection de l'œil s'est transmise au cerveau. Après l'infection de l'œil des troubles mentaux sont survenues, montrant l'envahissement du lobe frontal gauche.

Morais (Ernesto de): *Sur un cas de cancer primitif double (épithélioma atypique du sein et malpighien du col de l'u-*

térus). « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. ». Vol. VIII, 1931, p. 1182.

♀, âgée de 55 ans. Épithélioma atypique dans le quadrant supéro-externe de la mamelle gauche, gros comme une mandarine; métastases ganglionnaires, axillaires. Épithélioma malpighien de tout le museau de tanche jusqu'à l'insertion vaginale, sous la forme de nodules ulcérés, vixieux, friables, alternant avec des productions papilliformes, sanglantes et molles.

Morais (Ernesto): *Tumores do útero e gravidez*. « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 177-184.

L'A. décrit les pièces de cinq cas de grossesse développée dans des utérus porteurs de néoplasies mésoenchymateuses.

I. Grossesse de 4 mois et demi. Fibromyomes multiples, dont le plus volumineux développé vers les annexes gauches. Hystérectomie sous-totale.

II. Trouvaille d'autopsie. Fœtus à terme. Une tumeur, allongée transversalement, dont le poids est de 10.700^g, est implantée à la face postérieure du col utérin. L'existence de deux grandes ruptures, l'une sur le vagin (face antérieure) et l'autre postérieure et au niveau de l'isthme, laisse supposer des accidents survenus pendant le travail, en conséquence de l'obstacle déterminé par la tumeur.

III. Grossesse de deux mois et demi. Sur la partie postérieure du col un fibro-myome s'est développé, saillant en bas, en arrière et vers l'intérieur de la cavité du corps de l'utérus; son diamètre est de 8^{cm}.

IV. Grossesse de trois mois à peu près. Sous le col il y a une tumeur arrondie, présentant des larges zones de nécrose. Il s'agissait d'un myome en dégénérescence maligne (?).

V. Corps de l'utérus, provenant d'hystérectomie, présentant plusieurs nodules fibromateux, dont les plus volumineux ont le périmètre de 30^{cm}. Fœtus de 5 mois.

Morais (Ernesto) e Salvador Júnior (A.): *Um novo caso de*

tumor da mama masculina. « Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 335-340.

♂, 32 ans; âgé de 25 ans. Un nodule apparaît dans la région mamillaire gauche, à croissance lente et indolore; après six années et demi une ulcération s'établit, présentant au moment de la biopsie 6^{cm} de diamètre. Épithélioma encephaloïde dans quelques zones, cirrheux dans d'autres zones.

Salvador Júnior (A.): *Sur l'épithélioma épidermoïde à kératinisation périlobulaire*. « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. ». Vol. viii, 1931, p. 800.

Parmi 41 tumeurs épidermoïdes de l'utérus, existant dans les Archives du Laboratoire d'Anatomie pathologique de Pôrto, l'A. a rencontré 3 cas dont l'évolution cornée des cellules épithéliales se fait aussi vers la périphérie, contre le stroma conjonctif.

La même disposition a été rencontrée sur un épithélioma de la partie inférieure du vagin. Sur deux des cas de l'utérus, des capillaires sanguins ont été constatés à l'intérieur des lobes et des cordons.

Santos (Ary dos): *Cancro da laringe. Diagnóstico microscópico*. « A Medicina Contemporânea », 1931, pp. 279-281.

Après avoir montré que l'examen microscopique d'un petit morceau de la tumeur laryngée, pris en de bonnes conditions, est, parmi toutes les méthodes laboratoriales, celui qui fournit au clinicien les plus sûrs éléments de diagnostic, l'A. fait un appel aux anatomo-pathologistes, dans le but de l'unification de la nomenclature des néoplasmes. Il fait encore ressortir l'importance pour le clinicien d'un certain nombre d'indications, telles que l'indice karyocy-
nétique.

Santos (João Rocha): *Sarcoma primitivo do grande epiploon*. « Arquivos do Instituto de Anatomia Patológica e do de Patologia Geral ». Vol. xvii, (1928-1929), 1931, pp. 113-122.

Dans la cavité abdominale une énorme masse néoplasique, plus ou moins bosselée, rougeâtre, gélatineuse, couvrant toutes les viscères abdomino-pelviennes, qui non obstant, sont entièrement libres d'adhérences. Les viscères se présentaient normales, sauf les reins un peu congestionnés. Mention est faite de l'étude détaillée de l'utérus et des annexes. Pas de renseignements sur l'appendice iléo-cœcal. Diagnostic histologique: sarcome fuso-cellulaire. Pas de justification de l'aspect gélatineux, si remarquable des blocs qui, de la masse néoplasique, très friable, se détachaient très facilement.

Souza (Carlos Salazar de): *Um caso de displasia perióstica de Durant, acompanhada de esclerodermia generalizada e congénita.* « Lisboa Médica ». Vol. VIII, 1931, pp. 20-28.

♂, 10 jours, produit d'une grossesse normale à terme, travail normal et facile. Bon développement général; poids 3,5^k. Tête de dimensions normales; fontanelle antérieure et suture médiane avec les dimensions habituelles à cet âge. L'ossification de l'occipital et des pariétaux est imparfaite; il y a quelques zones de ramollissement (craniotabes). Pas d'ensellure à la base du nez. Les membres présentent des lésions presque symétriques, tous les segments se présentant encourbés, surtout les segments distaux. Tout le tégument présente une dureté ligneuse: on ne peut pas y faire des plis (sclérodermie généralisée). La radiographie montre dans les membres des signes de plusieurs fractures consolidées, quelques-unes avec le cal exhubérant. Tout le tissu osseux est transparent d'une façon anormale. La couche compacte des os est remarquablement réduite et même absente par places; par contre le canal médullaire est considérablement élargi. Au niveau des côtes et des clavicules il semble qu'il y a aussi des signes de fractures consolidées.

La dureté des téguments a été de plus en plus accusée, jusqu'à la mort, trois mois à peu près depuis l'examen primitif.

Tavares (Amândio): *Sôbre o cancro latente das cicatrizes.*
« Portugal Médico ». Vol. xv, 1931, pp. 415-433.

L'A. fait l'histoire des épithéliomas développés sur des cicatrices et rapporte six observations, dont deux ont été déjà l'objet de communications à la Société Anatomique de Paris. Dans l'observation troisième est décrite une large ulcération du tiers inférieur de la jambe et du dos du pied; plusieurs points de l'ulcération se présentaient végétants, vilieux, surtout au voisinage du *hallux* entièrement déformé et sans ongle. Brûlure aux 10 ans, suivie de suppuration de la plaie pendant 20 années et cicatrisation complète; 40 années après la brûlure, petite ulcération consécutive à traumatisme; depuis 1 année développement très rapide. Épithélioma malpighien spino-cellulaire.

L'obs. iv, concerne une femme, âgée de 50 ans, qui a subi une brûlure par le feu, à la face antéro-interne de la cuisse gauche, à l'âge de 5 ans, dont la plaie n'a jamais cicatrisée complètement.

On y voyait au niveau de cette cicatrice une tumeur discoïde, saillante, sillonnée en tous sens, avec 12^{cm} de diamètre. Épithélioma malpighien spino-cellulaire.

L'obs. v est la description d'une pièce du musée d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Porto, constituée par le membre supérieur d'un homme âgé de 56 ans. On y voit une large cicatrice blanchâtre de brûlure, s'étendant sur le tiers inférieur du bras et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras; dans la région du pli de l'articulation existe une masse néoplasique exubérante, longue de 17^{cm}, s'étendant vers les segments voisins. Épithélioma malpighien spino-cellulaire.

L'obs. vi se rapporte à une femme, âgée de 53 ans. D'un traumatisme souffert à l'enfance dans la région nasale a résulté une cicatrice vicieuse, ulcérée il y a 4 ans et traitée par un curieux à l'aide de caustiques. On observe une cicatrice linéaire, s'étendant du front vers le bord antérieur du nez et présentant sur deux points un aspect chéloïde: l'un des nodules, gros comme un noyau de cerise,

est à la partie moyenne du dos du nez, l'autre, plus petit, fait saillie sur l'aile gauche. Ce dernier a été excisé et coupé, montrant la structure d'un épithélioma malpighien mixte la plupart des lobules étant du type baso-cellulaire.

L'A. complète son exposition faite aux « Journées médicales galliciennes » mentionnant les résultats atteints dans le traitement de ces malades et faisant des considérations intéressant les cliniciens.

Tavares (Amândio) et Bacelar (José): *Épithéliomas cutanés sur cicatrices de brûlure.* « Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. ». Vol. VIII, 1931, p. 793.

Les A.A. décrivent deux cas d'épithéliomas cutanés greffés sur de vieilles cicatrices de brûlure, l'un au membre supérieur et l'autre au membre inférieur, sur des sujets de 29 et 39 ans; leur brûlures remontaient à l'enfance. Les épithéliomas appartenait tous les deux à la forme ulcéro-végétante, spino-cellulaire.

Tavares (Amândio) et Lopes (Teixeira): *Un cas de polype du pharynx laryngé chez un enfant de cinq mois.* Idem, ibidem, p. 797.

Enfant du sexe féminin, âgée de 5 mois. Polype du pharynx laryngé, pendant dans l'œsophage. L'étude histologique a révélé un adéno-myo-fibrome.

Tavares (Amândio) et Morais (Ernesto): *Hernie diaphragmatique chez un lapin.* « Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis ». Vol. VI, 1931, N 1.

Viegas (Santos): *Volumoso teratoma intra-abdominal.* « Arquivos do Instituto de Anatomia Patológica e do de Patologia Geral ». Vol. XVII (1928-1929), 1931, pp. 123-133.

♂, 21 ans. Le ventre a commencé à être distendu environ une année avant la mort, et un mois après les premiers signes, une tumeur était déjà palpable à l'hypochondre gauche. Laparotomie, extirpation; mort le jour suivant.

Poids de la tumeur: 13,380^k. Grosses bosselures; consistance très irrégulière, la palpation faisant rencontrer des zones très dures, cartilagineuses ou osseuses, au milieu d'un tissu rappelant la consistance du fibrome. La radiographie de la pièce n'a pas donné de renseignements utiles. La coupe frontale médiane a montré que la tumeur était formée de tissu adipeux et de quelques autres formations telles qu'une petite cavité kystique, dont la paroi contenait des masses dures, rappelant la terminaison caudale d'une colonne vertébrale. Ces masses sont formées par du tissu fibreux très dense, avec des points d'infiltration calcaire, quelques plaques cartilagineuses et de petites zones d'organisation ostéoïde. Il n'y avait pas de l'os, mais des couches du tissu osseux, concentriques à des cavités trop larges pour être considérées comme des canaux d'Havers. Prédominance nette du tissu adipeux.

INDEX DES AUTEURS

| | | | |
|------------------------------------|-------------------|--|-----------------------|
| Adrião (Melo) | 42 | Mascarenhas (Constâncio) | 29, 30 |
| Almeida (Fernando) | 14 | Melo (Froilano de) | 30 |
| Athayde (Alfredo) | 15 | Menezes (Manuel) | 32 |
| Bacalhau (José) | 57 | Moniz (Egas) | 4, 7, 10, 32, 60 |
| Bacelar (José) | 65 | Monteiro (Hernâni) | 33, 34, 35, 36 |
| Brites (Geraldino) | 15, 53, 57 | Morais (Ernesto de) | 60, 61, 65 |
| Caldas (José Pereira) | 11, 12, 16 | Pegado (Francisco Xavier) | 37 |
| Cardia (Mário) | 58 | Pereira (Simões) | 37 |
| Carvalho (Lopo de) | 3, 7, 32 | Pereira (Souza) | 1, 4, 34, 35, 43 |
| Carvalho (Roberto de) | 4, 16, 17, 33, 58 | Pina (Lniz de) | 1, 28, 37, 38, 39, 40 |
| Correia (A. C. da Silva) | 17 | 41, 42 | |
| Correia (Francisco) | 23 | Pinto (Amândio) | 10 |
| Correia (Maximino) | 26 | Ribeiro (Óscar) | 36 |
| Costa (Alberto) | 26 | Rodrigues (Alvaro) | 1, 4, 33, 34, 35 |
| Costa (Celestino da) | 56, 57 | 43 | |
| Cunha (Gonçalves da) | 53 | Rodrigues (Lino) | 42 |
| Cunha (Jaime) | 54 | Saavedra (Alberto) | 44 |
| Fernandes (Abilio) | 54 | Salazar (A. L.) | 54 |
| Ferreira (Chaves) | 58 | Salvador Júnior (A.) | 61, 62 |
| Fontes (Victor) | 26 | Santos (Ary dos) | 62 |
| Gomes (J. Rodrigues) | 42 | Santos (Eduar lo dos) | 44 |
| Lamas (C.) | 12 | Santos (João Rocha) | 62 |
| Lapa (Alvaro) | 58 | Santos (Nuno dos) | 55 |
| Levy (Fortunato) | 26 | Santos (Reynaldo dos) | 10, 11, 12 |
| Lima (Almeida) | 7, 10, 32 | Santos Júnior (J. Rodrigues) | 44 |
| Lima (Fernando Pires de) | 27 | Souza (Carlos Salazar de) | 63 |
| Lima (J. A. Pires de) | 27, 28, 29 | Sueiro (M. B. Barbosa) | 44, 45, 46, 48 |
| Loff (Romão) | 60 | Tavares (Amândio) | 36, 49, 64, 65 |
| Lopes (Carlos) | 30 | Valadares (Manuel) | 49 |
| Lopes (Teixeira) | 65 | Vernancar (Roguvira) | 30 |
| Magano (Fernando) | 59, 60 | Vidal (Carlos) | 55 |
| Martins (António) | 30 | Viegas (Santos) | 50, 65 |
| | | Vilhena (Henrique de) | 50 |

