

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

INDEX

GERALDINO BRITES: <i>Contributions à la connaissance de la morphologie du fœtus fils de portugais. I — Réins et surrénales</i>	N 13
J. A. PIRES DE LIMA: <i>Monstros ciclocefalianos</i>	N 14
MARTIN SANCHES BREZMES: <i>Anomalias do músculo digástrico da mandíbula</i>	N 15
GERALDINO BRITES: <i>Matériaux pour l'étude des formations ou modifications structurales utéro-annexielles supposées pathologiques. Obs. I</i>	N 15-A
RÉDACTION: <i>Bibliographie</i>	N 16

VOL. XV



N N 13-16

«COIMBRA EDITORA»
MCMXL

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XV

N 13

CONTRIBUTIONS À LA CONNAISSANCE DE LA MORPHOLOGIE DU FŒTUS FILS DE PORTUGAIS

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la Rédaction le 25 septembre 1940)

I

LE POIDS, LA LONGUEUR ET L'ÂGE

La réussite des recherches sur la morphologie du fœtus humain ne sera parfaite qu'en accomplissant quelques conditions vraiment fondamentales, c'est-à-dire, en tenant compte: *a)* que le nombre des sujets examinés soit suffisamment grand; *b)* que le groupe de ces sujets soit relativement homogène par rapport à la qualité considérée; *c)* que l'attribut mesuré soit lui-même homogène; *d)* que la technique mensurative employée et l'étalon de mesure soient toujours identiques (A. Niceforo). Mais, outre ces conditions se rapportant à la loi de Galton, il faut considérer que la morphologie du fœtus se

modifie avec l'âge; il y a donc un mouvement dans le temps à apprécier. La considération de l'âge est en conséquence de première importance.

Il serait encore à désirer, pour assurer des résultats vraiment valables, que les mensurations soient faites par un observateur toujours le même. Cette condition est très importante et prime la perfection de la méthode technique employée: une technique, quoique imparfaite, mise en pratique par un technicien toujours le même, donne des résultats plus utiles que ceux obtenus avec une technique théoriquement impeccable, mise aux mains de plusieurs individus.

L'ensemble de ces conditions exprime en lui-même les difficultés à vaincre pour le dépouillement de faits morphologiques significatifs, la mise en ordre matérielle pour en faire une description claire se présentant plus aisée. En effet la morphologie du fœtus, sous plusieurs de ses aspects, la longueur totale ou taille et le poids étant de ce groupe, est subordonnée à des conditions nombreuses concernant la mère (facteurs héréditaires, âge, époque de la puberté, profession, nombre des grossesses et son intervalle, variation des sexes des nouveaux-nés successifs, l'alimentation et le repos pendant la grossesse); une variabilité remarquable en est le résultat pour un même âge et aux âges successifs de la vie intra-utérine.

Pour arriver à des chiffres méritant confiance, relativement à ces attributs mesurables, des longues séries d'exemplaires sont indispensables. C'est déjà une condition dont l'accomplissement n'est pas aisée, surtout pour les premiers mois de la vie fœtale.

Les conditions où s'exerce la technique mensurative aggravent la difficulté. En effet les exemplaires sont reçus en des conditions très variables,

souvent tellement mauvaises qu'ils sont à rejeter (fœtus ramollis par macération intra-utérine ou par putréfaction, fœtus élongés par l'application du forceps ou délabrés ou même mutilés en conséquence d'interventions faites pour réduire le volume de la tête, fœtus décapités).

Relativement au poids il faut ne pas oublier la deshydratation par évaporation: tous les cadavres perdent une appréciable partie de leur poids, plus forte relativement pour le fœtus que pour l'adulte et d'autant plus considérable pour le premier que sa gestation est moins avancée (Dupont). Nous ne pouvons faire mieux que transcrire les considérations de Thoinot¹: «Dupont estime que la moyenne «de perte de poids est, par kilogramme et par jour, «de près de 8 grammes pour le fœtus et le nouveau-né. «La déperdition est plus marquée dans les pre-
«miers jours qui suivent la mort et surtout dans les
«premières vingt-quatre heures où elle peut attein-
«dre plus de 18 grammes par kilogramme. Il est
«entendu que l'intensité de la perte de poids est
«soumise à des influences extérieures; elle est plus
«grand en été, plus considérable avec le renouvele-
«ment incessant et rapide de l'air ambiant. La putré-
«faction lorsqu'elle est avancée, accélère la perte de
«poids. Il faut d'ailleurs savoir que, toutes condi-
«tions extérieures et constitutionnelles (âge, poids
et conservation) paraissant égales, on observe
d'un sujet à l'autre de singulières différences» (1, p. 68).

Un même technicien averti obtient des valeurs différentes, au point de vue de la précision, en mesurant, ex., un fœtus de 3 mois et un autre à terme ou en faisant ses mensurations sur un fœtus de

¹ Thoinot (L): *Précis de Médecine légale* — Doin & Fils, Paris, 1913.

9 mois, recroquevillé par la rigidité cadavérique et un autre du même âge, ramolli et pouvant être mis bien à plat sur la table.

Alors on peut présumer les défauts des sériations de matériaux d'observation recueillis par divers techniciens.

D'autre part la détermination précise de l'âge du fœtus se bute à des difficultés bien connues. La grosseur en conséquence de copulation unique et avouée étant exceptionnelle, l'âge clinique n'est que le résultat de la constatation d'un ensemble de signes, d'une valeur si précaire que Auvard¹ a pu écrire, en se rapportant au fœtus à terme, qu'il faudrait pour la détermination de l'âge «de se baser sur une série de points dont l'ensemble constitue une pseudo-certitude» (p. 55). Même en face du petit cadavre et pouvant en faire le dépêchage, l'anatomiste n'arrive pas à un résultat sûr. La détermination de l'âge échoue le plus souvent. Il serait opportun de rappeler les discussions étalées sur ce sujet, parmi les médecins-légistes. Les tableaux faits exprès pour établir la correspondance des données morphologiques et de l'âge clinique, c'est-à-dire, celui fondé sur les informations de la mère et les constatations faites sur celle-ci, ne comportent que des conclusions présentant une marge d'erreur importante. C'est le cas du tableau classique de Hecker, fournissant pour la taille et l'âge des données généralement acceptées.

Il y a encore quelque chose à dire d'important sur ces tableaux présentés sans aucune donnée permettant juger la valeur des sériations de base.

¹ Auvard (A): *Traité pratique d'accouchements*, Doin & Fils, 4.^e édition, 1898.

Aucune des valeurs signalétiques de celles-ci, outre les moyennes arithmétiques, n'est généralement mentionnée. Alors, pour le staticien, la valeur en est considérablement réduite, ex., les moyennes en Europe, établies par Vierordt pour le poids des garçons et des filles nouveau-nés, présentées toutes sèches.

Deux attributs sont habituellement considérés pour l'appréciation de l'âge: le poids et la longueur totale ou taille. Les données qu'on peut cueillir dans la littérature obstétricale et médico-légale, se rapportant à toute durée de la gestation, sont peu nombreuses.

Dans le tableau de Hecker nous trouvons le schéma suivant de l'accroissement en longueur de l'être humain aux différents dix mois lunaires de la gestation:

Mois lunaires		Longueur totale
		m
1. ^{er}	2 ^e semaine	0,0022
	3 ^e »	0,004
	4 ^e »	0,007
2. ^e	5 ^e »	0,013
3. ^e	8 ^e »	0,025
	9 ^e »	0,025
4. ^e	12 ^e »	0,100
	13 ^e »	0,119
5. ^e	16 ^e »	0,168
	17 ^e »	0,190
6. ^e	20 ^e »	0,275
	21 ^e »	0,280
7. ^e	24 ^e »	0,348
	25 ^e »	0,350
8. ^e	28 ^e »	0,390
	29 ^e »	0,397
9. ^e	32 ^e »	0,420
	33 ^e »	0,430
10. ^e	36 ^e »	0,460
	37 ^e »	0,470
	40 ^e »	0,496

Plus schématique encore est le tableau de Lacasagne (de Lyon) donnant la longueur et le poids en fonction du nombre des jours de gestation :

Jours	Longueur	Poids
1 à 28	2 cm.	2,5 gr.
29 à 56	4 »	5 »
57 à 84	7 »	11 »
85 à 112	10 »	57 »
113 à 140	18 »	284 »
141 à 168	23 »	634 »
169 à 196	35 »	1218 »
197 à 224	39 »	1569 »
225 à 252	42 »	1911 »
253 à 280	46 »	2334 »
à terme	50 »	3250 »

C'est du tableau d'Hecker qui est née la formule pour déterminer l'âge du produit de conception, étant connue la taille¹, formule très commode sans doute, mais d'une approximation qui les anatomistes, et moins encore les staticiens, ne peuvent pas considérer suffisante.

La définition du nouveau-né est encore un signe de l'imprécision des données de l'observation du fœtus humain, viciant à contre-coup les recherches, dans tous les cas où les données cliniques ne sont pas mises de côté de propos délibéré.

Nous ne voulons nullement rapporter, ni même résumer, les discussions soulevées par cette définition, dès la plus simpliste de Metzger et Héraux² jusqu'à la plus complexe, ex., celle de Parrot³, mais

¹ Dans les quatre premiers mois lunaires la taille est à peu près égale, à la fin de chaque période, au carré du nombre qui représente le mois; dans les six derniers mois, elle est égale au chiffre du mois multiplié par 5.

² «Le nouveau-né est l'enfant de l'accoucheur, l'enfant obstétrical.»

³ «Est nouveau-né tout enfant qui présente des traces de circulation fœtale.»

tout simplement souligner la complexité des questions se rapportant à la morphologie du fœtus humain, nonobstant l'abondance formidable de matériaux, résultant des mœurs et de l'état social.

Des discussions ci-dessus référées un fait est à retenir; par consensus presque unanime, la taille et le poids ne sont pas des valeurs équivalentes en égard à l'âge, la première étant moins sévèrement atteinte par les causes de variabilité individuelle.

La littérature médicale portugaise est très pauvre en données sur la morphologie du fœtus normal.

Le Prof. Alfredo da Costa¹ a écrit en 1906 que «le poids de naissance moyen des enfants nés à la «Maternité dans les six ans de 1899 à 1904, a été de «3,236 k. pour les masculins et de 3,103 k. pour les «féminins» (p. 81). Relativement à la taille il dit: «Quant aux longueurs il est très difficile de les «établir d'une façon absolument rigoureuse. Nous «pensons, cependant, que nos mesures sont assez «proches de la vérité, à un demi-centimètre près, en «plus ou en moins. Du reste nous n'avons jamais «pensé aux dimensions millimétriques des fœtus en «fait de longueurs».

Des mensurations faites par plusieurs observateurs sur 2877 nouveau-nés, ont résulté les chiffres suivants présentés par cet auteur:

Longueur moyenne sur la totalité des garçons	50,24 centimètres
» » » » » filles	49,55 »
» » » » » enfants sans dis-	
» » » » » tinction du sexe	49,91 »

Dans la même année le Dr. S. C. da Costa Sacadura² à propos des dimensions de la tête du fœtus à

¹ Alfredo da Costa: *Quelques renseignements statistiques sur la Maternité provisoire de Lisbonne*, Lisboa, 1906.

² S. C. da Costa Sacadura: *Quelques considérations sur les dimensions de la tête du fœtus à terme*. Communication à la XIII^e section du X^e Congrès international de Médecine de Lisbonne, 19-26 Avril 1906.

terme, nous a donné quelques renseignements sur 529 fœtus nés vivants, ceux concernant le poids et la longueur, résumés dans le tableau suivant:

Nombre des obs.	Poids	Poids moyen	Longueur moyenne
ENFANTS DU SEXE MASCULIN			
60	> 3.500 gr.	3.758,66 gr.	51,51 centim.
123	3.000 à 3.500	3 209,43 »	50,20 »
73	< 3.000 »	2.658,35 »	48,17 »
ENFANTS DU SEXE FÉMININ			
41	> 3.500 gr.	3.696,82 gr.	51,14 centim.
122	3.000 à 3.500	3 195,65 »	94,10 »
110	< 3.000	2.684,27 »	47,86 »
ENFANTS SANS DISTINCTION DE SEXE			
101	> 3.500 gr.	3.727,76 gr.	51,32 centim.
245	3.000 à 3.500	3.202,54 »	72,15 »
183	< 3.000	2 671,31 »	48,01 »

Ni l'un, ni l'autre de ces mémoires, quoique intéressants au point de vue qui en est particulièrement considéré, n'ont contribué plus largement à la connaissance de la morphologie du fœtus humain et nous ne savons pas, si, parmi les exemplaires étudiés, ne se trouverait pas quelque fils de pères non portugais.

Alors, faute de connaissance de la morphologie du fœtus fils de portugais, nous sommes réduits à faire des appréciations au moyen de la comparaison avec les fœtus dont les pères appartiennent à d'autres nationalités, avec toutes leurs différences morphologiques héréditaires et vivant en des conditions sociales très différentes de celles de notre pays.

D'après ce que nous venons de mentionner nous ne nous faisons illusion sur la valeur des recherches faites et en ce moment publiées et de celles à poursuivre; elles n'auront que le mérite d'amorcer des

questions qui d'autres chercheurs, mieux placés, essaieront de résoudre.

En effet nos exemplaires ne sont pas suffisamment nombreux pour arriver à des sériations statistiquement valables à tous les âges de la vie fœtale. À quelques uns de ces âges ils sont si peu nombreux que parfois nous avons jugé inutile la considération du sexe des sujets.

Nos exemplaires proviennent d'avortements, d'interventions chirurgicales sur l'utérus gravide atteint de néoplasies ou ils sont des mort-nés et des nouveaux-nés morts à court délai après la naissance.

L'état des petits cadavres était très varié, l'envoi étant fait peu après ou 24-36 heures après la naissance, abandonnés dans l'intervalle au milieu ambiant, parfois surchauffé. L'état de réplétion de l'appareil circulatoire a été constamment considéré, puisqu'il exerce sur les mensurations une influence qui n'a pas été jusqu'aujourd'hui suffisamment mise en lumière.

Toutes les déterminations ont été faites par nous-même, en employant toujours une même technique et en utilisant des instruments toujours les mêmes. Les longueurs ont été déterminées à un demi-centimètre en plus ou moins, les poids à cinq grammes près.

Nous avons ordonné nos exemplaires d'après la longueur, en cherchant à obtenir des sériations homogènes au point de vue de cet attribut. Le tableau 1 montre cette distribution.

La colonne 1 indique la valeur inférieure des longueurs totales de chaque groupe de la colonne 2. Le nombre des exemplaires étudiés de chaque groupe est mentionnée dans la colonne 3. À titre de curiosité, leur valeur réelle étant très petite, nous avons mentionné dans la colonne 4 les limites de variation de l'âge d'après les renseignements cliniques.

Cet âge correspond à la division française de la durée de la grossesse en 9 mois, alternativement de 30 et 31 jours.

Avant de faire l'exposition des résultats obtenus nous tenons à accomplir le devoir de remercier a tous ceux qui, jusqu'à ce moment, ont contribué à

TABLEAU I

Longueur totale en mm. (1)	Sériations (2)	Nombre des cas (3)	Âge en mois (4)
70 —	I	5	3 à 3 1/2
120 —	II	5	3 1/2 à 4
160 —	III	5	4 à 4 1/2
180 —	IV	8	4 1/2 à 5
225 —	V	8	5 1/2 à 6
300 —	VI	9	6 à 7
350 —	VII	14	7 à 8
400 —	VIII	10	8 à 8 1/2
450 —	IX	23	8 1/2 à 9
499 —	X	30	> 9

ces recherches, pas encore terminées: À M. le Prof. Francisco Gentil qui a permis l'étude d'une douzaine d'exemplaires de son musée de la 1^{re} Clinique Chirurgicale de Lisbonne; à M. le Prof. A. de Novais e Sousa qui nous a aidé si largement que presque tous les autres exemplaires ont été reçus de son service d'Obstétrique et à ses assistants, qui ont veillé à l'envoi régulier des exemplaires; à mes laborantines, D. Sophia Rodrigues Brites et D. Maria Hermínia de Seabra, dont la collaboration a été précieuse dans les calculs exigés par ce genre de recherches, ne concernant aucunement leur activité habituelle, longs et accablants quand on ne dispose pas des ressources mécaniques modernes pour accomplir cette tâche.

* * *

À titre d'introduction aux recherches concernant les organes du fœtus, nous présentons les valeurs signalétiques de nos sériations étaies correspondant à la longueur (tableau 2) et au poids (tableau 3), en commençant pour ne pas faire distinction du sexe des sujets¹.

1 Nous avons utilisé les formules connues:

Moyenne arithmétique:

$$M = \frac{a_1 + a_2 + a_3 \dots a_n}{N}$$

$a_1, a_2, a_3 \dots a_n$ étant des termes de la sériation, N le nombre de ces termes.

Écart simple moyen:

$$\bar{e} = \frac{\sum x}{N}$$

x étant l'écart de chaque moyenne arithmétique

Écart quadratique moyen:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum x^2}{N}}$$

Erreur quadratique probable de σ :

$$E P_{\sigma} = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{2N}} \times 0,6745$$

Erreur quadratique probable moyen de M.

$$E P_M = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{N}} \times 0,6745$$

Coefficient de corrélation entre deux attributs a et b:

$$r = \frac{\sum (x_a \times x_b)}{N \times \sigma_{x_a} \times \sigma_{x_b}}$$

Erreur quadratique probable de r:

$$E P_r = \pm \frac{1-r^2}{\sqrt{N}} \times 0,6745$$

Niceforo (Alfredo): *La méthode statistique et ses applications aux sciences naturelles, aux sciences sociales et à l'art.* Trad. J. R. Jacquemin -- Marcel Giard, Paris, 1925.

Rodrigues (Milton da Silva): *Elementos de Estatística Geral* -- Companhia Editora Nacional, S. Paulo, 1939.

L'examen de ces tableaux donne la démonstration des imprecisions résultantes d'une part de sériations de termes peu nombreux et très inégaux et d'autre part de la variabilité quantitative de l'attribut considéré, nonobstant le soin de constituer les groupes d'après la longueur, de façon à obtenir une homogénéité autant parfaite que possible, sans trop multiplier les groupes.

La longueur moyenne, dont les valeurs sont significatives (tableau 2), quoique progressant avec

TABLEAU 2

LONGUEUR

♂ + ♀

Sér.	Nombre des cas	Max.	Min.	M ± E P	\bar{e}	$\sigma \pm E P$
		mm	mm	mm	mm	mm
I	5	110	99	103,20 ± 1,21	3,44	3,96 ± 0,85
II	5	155	125	134,60 ± 1,88	8,16	10,50 ± 2,27
III	5	166	135	156,60 ± 3,51	9,68	11,60 ± 2,52
IV	8	222	180	201,70 ± 3,41	15,00	15,40 ± 2,59
V	8	310	225	260,62 ± 7,50	28,27	31,16 ± 5,25
VI	9	340	300	316,44 ± 2,76	10,17	12,30 ± 1,97
VII	14	390	355	374,42 ± 1,90	8,42	10,45 ± 1,35
VIII	10	440	400	420,50 ± 2,76	10,60	12,73 ± 1,88
IX	23	495	450	463,90 ± 2,25	15,84	16,80 ± 0,63
X	30	550	500	518,80 ± 1,89	12,20	15,16 ± 0,132

l'âge, ne présente pas une allure régulière. En effet la différence entre les moyennes arithmétiques de groupes successifs, varie entre 22,00 et 58,92. Nonobstant ce fait et faite la réserve concernant au petit nombre des sujets des sériations I, II et III, le graphique 1 montre que l'allure de la croissance est plus rapide après la sér. IV.

Relativement au poids (tableau 3), les chiffres, significatifs aussi au point de vue statistique, montrent que l'accroissement est plus irrégulier, ce que le même graphique 1 met en évidence. En effet dans les premières quatre sériations le fœtus devient plus lourd petit à petit; on remarque un saut de 312,17 grammes entre les sér. IV et V et un autre de 459,62 grammes entre VI et VII. Attribua- bles surtout à la variabilité de l'attribut en question, on peut souligner la grosse différence de 1115,79 grammes entre VIII et IX et encore la différence 666,51 grammes entre IX et X, nonobstant le nombre des sujets de ces derniers groupes.

Dans les sériations de nos cas, l'intensité de la corrélation entre les attributs longueur et poids qu'elle sera-t-elle?

Le tableau 4 montre les coefficients de cette corrélation dans chaque sériation, éclairés par leur erreur probable. En considérant que la valeur de r inspire un confiance d'autant plus grande que EP_r est plus petit, de telle façon qu'on demande au coefficient r d'être au moins 4 à 5 fois plus grand que son erreur probable, on n'acceptera l'existence de cette corrélation que dans les sériations V, VIII et X,

GRAPHIQUE 1

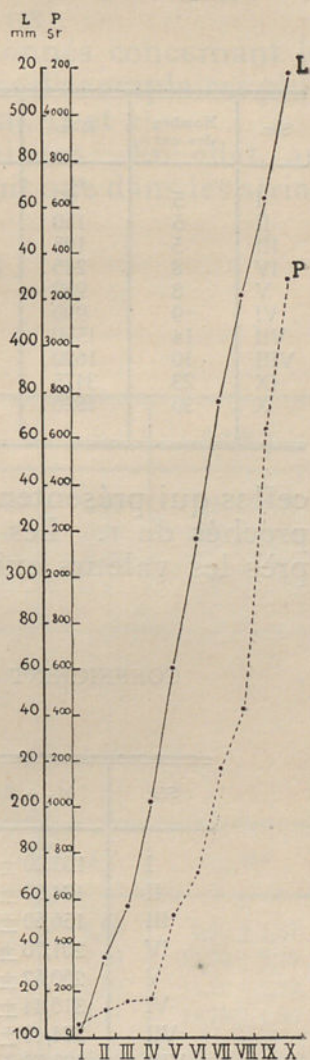


TABLEAU 3

POIDS

♂ + ♀

Sér.	Nombre des cas	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$
I	5	gr 80	gr 3,79	gr 41,95 ± 9,32	gr 28,63	gr 30,43 ± 6,61
II	5	150	100	117,00 ± 5,18	13,20	16,90 ± 3,64
III	5	195	92	142,40 ± 11,06	32,08	36,10 ± 7,82
IV	8	245	150	184,70 ± 7,28	25,20	30,30 ± 5,10
V	8	950	255	506,87 ± 66,2	286,57	274,98 ± 46,36
VI	9	990	530	702,22 ± 37,13	117,40	165,20 ± 26,51
VII	14	1550	885	1161,90 ± 37,23	162,28	204,27 ± 26,49
VIII	10	1620	1265	1508,20 ± 27,13	105,66	124,72 ± 19,09
IX	23	3475	1680	2623,90 ± 76,92	458,80	536,04 ± 53,96
X	30	4820	2390	3290,40 ± 56,35	326,01	451,21 ± 39,52

celles qui présentent aussi des valeurs de r plus rapprochés de 1. Les sériations VIII et VI atteignent de près les valeurs exigées. Dans les groupes restants

TABLEAU 4

COÉFFICIENT DE CORRÉLATION $\frac{\text{LONGUEUR}}{\text{POIDS}}$

♂ + ♀

Sér.	$M_L \pm EP_M$	$M_P \pm EP_M$	$r \pm EP$
I	^{mm} 103,20 ± 1,21	^{gr} 41,95 ± 9,32	0,050 ± 0,030
II	134,60 ± 1,88	117,00 ± 5,18	0,104 ± 0,302
III	156,60 ± 3,51	142,40 ± 11,06	-0,004 ± 0,306
IV	201,70 ± 3,41	184,70 ± 7,28	0,234 ± 0,228
V	260,62 ± 7,50	506,87 ± 66,2	0,880 ± 0,054
VI	316,44 ± 2,76	702,22 ± 37,13	0,603 ± 0,210
VII	374,42 ± 1,90	1161,90 ± 37,23	0,840 ± 0,053
VIII	420,50 ± 2,76	1508,20 ± 27,13	0,420 ± 0,178
IX	463,90 ± 2,25	2623,99 ± 76,92	0,272 ± 0,739
X	518,80 ± 1,89	3290,40 ± 56,35	0,650 ± 0,072

les valeurs de r ne sont pas significatives, ce fait dépendant du nombre des observations. Alors la corrélation se présente: très grande (v, vii), grande (vi, x), franche (viii) ou petite (ix).

Pour arriver à quelques données concernant le sexe des fœtus, seuls les groupes d'exemplaires plus nombreux sont à profiter (vii, viii, ix et x).

Les résultats sont bien minces. En effet, au moyen des tableaux 5 et 6 on voit que dans les séria-

TABLEAU 5

LONGUEUR

♂

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$
VII	8	mm 380	mm 355	mm 368,37 ± 1,95	6,69	8,35 ± 1,40
VIII	6	440	400	419,18 ± 3,45	9,46	12,3 ± 2,43
IX	12	495	450	469,58 ± 3,48	16,30	17,6 ± 3,66
X	16	550	500	521,50 ± 2,44	11,9	14,5 ± 1,68

TABLEAU 6

LONGUEUR

♀

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$
VII	6	mm 390	mm 370	382,50 ± 1,89	5,80	6,92 ± 1,37
VIII	4	440	410	422,50 ± 4,35	12,50	12,90 ± 3,10
IX	11	495	450	457,62 ± 2,96	10,80	14,50 ± 2,12
X	14	545	500	515,70 ± 2,68	13,11	14,70 ± 1,90

tions vii et viii la longueur moyenne des fœtus masculins est inférieure à celle des féminins, mais au

contraire elle en est supérieure dans les groupes IX et X.

Il faut maintenant considérer que les différences en plus ou en moins ne dépassent pas 14^{mm} , 13, valeur au dessous de la maxima de l'écart quadratique moyen (17,6). La différence de longueur constatée devient par suite sans signification statistique.

L'examen des tableaux 7 et 8, relatifs au poids

TABLEAU 7

POIDS

♂

Sér.	N	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm$ E P
VII	8	^{gr} 1395	^{gr} 885	^{gr} 1096,28 \pm 38,17	138,70	158,68 \pm 24,75
VIII	6	1710	1395	1503,60 \pm 30,01	90,33	106,8 \pm 21,18
IX	12	3475	1795	2787,90 \pm 93,13	369,10	469,5 \pm 65,98
X	16	3895	3010	3315,50 \pm 46,84	219,80	277,8 \pm 32,98

TABLEAU 8

POIDS

♀

Sér.	N	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm$ E P
VII	6	^{gr} 1550	^{gr} 912	^{gr} 1249,50 \pm 66,17	197,1	235,54 \pm 46,67
VIII	4	1620	1265	1515,00 \pm 49,20	125,0	145,90 \pm 35,14
IX	11	3020	1680	2445,0 \pm 110,82	520,9	542,20 \pm 79,52
X	14	4820	2314	3261,60 \pm 106,19	433,6	582,20 \pm 75,47

nous porte à des conclusions identiques, la différence maxima étant 342,90 et le σ max. 582,2.

TABLEAU 9

COEFFICIENT DE CORRÉLATION $\frac{\text{LONGUEUR}}{\text{POIDS}}$

♂

Sér.	$M_L \pm EP$	$M_P \pm EP$	$r \pm EP$
	mm		
VII	368,37 \pm 1,95	1096,28 \pm 38,17	0,81 \pm 0,190
VIII	419,18 \pm 3,45	1503,60 \pm 30,01	0,19 \pm 0,270
IX	469,58 \pm 3,48	2787,90 \pm 93,13	0,430 \pm 0,161
X	521,50 \pm 2,44	3315,50 \pm 46,84	0,477 \pm 0,131

La corrélation $\frac{\text{Longueur}}{\text{Poids}}$ est à prendre en considération dans les groupes VII pour les mâles et le X et VII, pour les femelles.

TABLEAU 10

COEFFICIENT DE CORRÉLATION $\frac{\text{LONGUEUR}}{\text{POIDS}}$

♀

Sér.	$M_L \pm EP$	$M_P \pm EP$	$r \pm EP$
	mm	gr	
VII	382,50 \pm 1,89	1249,50 \pm 66,17	0,92 \pm 0,043
VIII	422,50 \pm 4,35	1515,00 \pm 49,20	0,67 \pm 0,185
IX	457,62 \pm 2,96	2445,00 \pm 110,82	0,362 \pm 0,178
X	515,70 \pm 2,68	3261,60 \pm 106,09	0,985 \pm 0,054

REINS ET SURRÉNALES

Dans l'étude des organes du fœtus des circonstances accidentelles ont porté à réserver la première place aux reins et glandes surrénales. D'après le plan de nos recherches nous aurons à considérer le poids de ces organes au cours de la vie fœtale et les relations entre celui-ci et la longueur du fœtus et entr'eux; leurs dimensions et forme nous occuperons ensuite ¹.

A

POIDS DES REINS

Le poids des reins n'est pas le même au cours du développement fœtal. À chaque moment du développement du corps il est susceptible de variations de l'un à l'autre individu. Ce sont des assertions qui n'exigent pas de démonstration, tellement facile en est la vérification.

Mais quelles seront les limites de la variation pondérale chez des fœtus de la même longueur ou du même poids? Quel le rythme de l'accroissement du poids pendant la progression de la longueur? Le poids total des reins est-il une fraction constante du poids du corps?

Ce sont des problèmes — et combien d'autres pourraient être énoncés — dont la résolution appar-

¹ Après le pesage et la mensuration de la longueur des petits cadavres, les cavités craniennes, thoracique et abdominale étaient ouvertes et le tout immergé dans la formaline à 10 % pendant quelques jours et ensuite dans la solution à 5 %. Après un durcissement suffisant l'éviscération était faite, après une nouvelle détermination du poids et de la longueur. Les données ici présentées découlent de l'examen des organes ainsi fixés et durcis.

tenant à la Morphologie, n'est pas aisée et en conséquence pas encore résolu.

Dans le tableau II nous avons réuni les données concernant la masse totale des reins, sans distinction du sexe des sujets.

TABLEAU II

REINS

♂ + ♀

POIDS TOTAL

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$	r ± EP
I	5	^{gr} 0,225	^{gr} 0,009	^{gr} 0,112 ± 0,022	0,065	0,074 ± 0,0015	0,294 ± 0,279
II	5	0,550	0,230	0,388 ± 0,041	0,130	0,137 ± 0,029	0,83 ± 0,095
III	5	1,00	0,47	0,654 ± 0,060	0,176	0,197 ± 0,042	0,84 ± 0,133
IV	8	1,82	0,72	1,150 ± 0,076	0,280	0,320 ± 0,054	0,77 ± 0,098
V	8	3,91	1,36	2,455 ± 0,209	0,680	0,810 ± 0,149	0,940 ± 0,027
VI	9	8,77	2,25	5,440 ± 0,455	1,670	2,030 ± 0,323	0,610 ± 0,141
VII	14	14,41	5,24	8,754 ± 0,500	2,350	2,746 ± 0,356	0,657 ± 0,104
VIII	10	19,53	5,61	12,042 ± 0,828	2,948	3,805 ± 0,580	0,083 ± 0,216
IX	23	20,53	8,39	15,96 ± 0,451	2,480	3,150 ± 0,344	0,230 ± 0,143
X	30	35,40	16,51	24,07 ± 0,586	3,720	4,700 ± 0,411	0,310 ± 0,021

Relativement au poids total, la variation trop large entre les valeurs maxima et minima dans la suite des sériations, est à remarquer :

Sér.	I	Max = 2,5 × Min.
	II	» 2,3 »
	III	» 2,1 »
	IV	» 2,5 »
	V	» 2,9 »
	VI	» 3,9 »
	VII	» 2,7 »
	VIII	» 3,4 »
	IX	» 2,4 »
	X	» 2,1 »

Les sériations I, VI et VIII, surtout la première, attirent l'attention.

D'autre part les valeurs de l'erreur probable de la moyenne arithmétique aident à juger la signification de ces moyennes:

Sér.	I	$E P_M = \frac{1}{5} M$		
	II	» $\frac{1}{9}$ »		
	III	» $\frac{1}{10}$ »		
	IV	» $\frac{1}{15}$ »		
	V	» $\frac{1}{11}$ »		
	VI	» $\frac{1}{11}$ »		
	VII	» $\frac{1}{17}$ »		
	VIII	» $\frac{1}{14}$ »		
	IX	» $\frac{1}{35}$ »		
	X	» $\frac{1}{41}$ »		

Ces constatations mises en rapport au nombre des cas de chaque sériation permettent de juger la signification statistique de ces données.

Les valeurs de \bar{e} et surtout de σ , en viennent en confirmation.

Avec les sévères réserves découlant de ces considérations, on doit conclure que le poids total des reins, quel que soit le sexe, croît lentement au cours des premiers temps de la vie fœtale (Sér. I à IV); il y a ensuite un accroissement établi rapidement (Sér. IV à V); dans les sériations V à VII l'augmentation de poids se fait très vite et de la neuvième vers la dixième sériations il y a un accroissement remarquable (Graphique 2).

La valeur de la fraction $\frac{\text{Poids des reins}}{\text{Poids du corps}}$ quelle sera-t-elle?

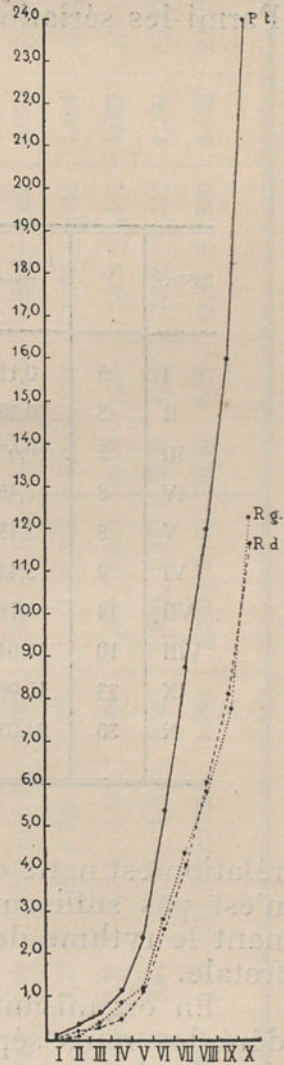
Malgré cela on remarque que dans la sér. I le poids rénal est une petite fraction du poids du corps; ensuite cette fraction devient plus grande, les oscillations mises de côté; dans la sér. IX il y a une amoindrissement frappant.

Le tableau 12 contient ces valeurs calculées d'après les moyennes arithmétiques, celles du poids rapportées aux sujets durcis et fixés. On y voit que la progression est accidentée, des oscillations se suivant, plus irrégulières après la sér. V. On ne peut pas arriver à des conclusions vraiment valables.

Alors nous avons essayé de connaître le poids total des reins pour 100 grammes du corps. Le même tableau mentionne les résultats acquis: Jusqu'à la sér. VIII ce pourcentage croît, la sér. V s'écartant nettement, les sér. VI et VII présentant des valeurs égales à peu près. Les sér. IX et X, dont les termes sont plus nombreux, correspondant aux derniers temps de la gestation, montrent des pourcentages nettement inférieurs aux précédents; l'accroissement des reins est inférieur à l'accroissement du corps.

Dans le tableau 11 sont aussi inscrites les valeurs de la corrélation du poids total des reins à la longueur du fœtus. En considérant les sériations isolé-

GRAPHIQUE 2



ment il y a des valeurs significatives et d'autres entièrement dépourvues de signification statistique; à ce dernier groupe appartiennent les sér. I, VIII et IX. Parmi les sériations à valeurs significatives, la cor-

TABLEAU 12

♂ + ♀

Sér.	N	Poids des reins M	Poids corps M	Poids des reins Poids du corps	Poids des reins 100 gr du corps
I	5	gr 0,112	gr 40,05	$Pr = \frac{1}{357} Pc$	gr 0,27
II	5	0,388	122,50	$\frac{1}{315}$	0,31
III	5	0,654	157,40	$\frac{1}{240}$	0,41
IV	8	1,150	188,95	$\frac{1}{164}$	0,60
V	8	2,455	516,97	$\frac{1}{210}$	0,47
VI	9	5,440	722,32	$\frac{1}{132}$	0,75
VII	14	8,754	1182,90	$\frac{1}{123}$	0,74
VIII	10	12,042	1538,25	$\frac{1}{127}$	0,78
IX	23	15,960	2633,90	$\frac{1}{165}$	0,60
X	30	24,070	3550,20	$\frac{1}{147}$	0,67

rélation est nette dans les sér. V, III et II. L'ensemble n'est pas suffisant à baser des conclusions concernant le rythme de la corrélation au cours de la vie fœtale.

En organisant le tableau 13 nous avons considéré les reins séparément. En conséquence de ce partage la suite des sériations devient homogène tant relativement au rein droit qu'au rein gauche.

En effet la différence entre le maximum et le

TABLEAU 13

REINS
 $\sigma + \varphi$

Sér.	Poids du rein droit					Poids du rein gauche				
	Max.	Min.	M + E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$	Max.	Min.	M + E P M	\bar{c}	$\sigma \pm E P \sigma$
I	^{gr} 0,105	^{gr} 0,040	^{gr} 0,057 ± 0,028	0,031	0,093 ± 0,020	^{gr} 0,120	^{gr} 0,005	^{gr} 0,054 ± 0,015	0,035	0,051 ± 0,011
II	0,290	0,130	0,207 ± 0,016	0,048	0,056 ± 0,011	0,260	0,100	0,181 ± 0,016	0,047	0,056 ± 0,011
III	0,55	0,21	0,326 ± 0,032	0,091	0,106 ± 0,022	0,45	0,26	0,324 ± 0,027	0,085	0,088 ± 0,018
IV	0,85	0,33	0,560 ± 0,035	0,130	0,150 ± 0,024	0,97	0,39	0,590 ± 0,043	0,150	0,180 ± 0,030
V	1,82	0,66	1,248 ± 0,087	0,310	0,380 ± 0,064	2,09	0,69	1,205 ± 0,047	0,380	0,460 ± 0,077
VI	4,08	1,15	2,630 ± 0,195	0,705	0,870 ± 0,139	4,85	1,09	2,810 ± 0,258	0,970	1,150 ± 0,184
VII	7,42	2,47	4,297 ± 0,258	1,176	1,417 ± 0,184	6,99	2,77	4,456 ± 0,246	1,184	1,352 ± 0,175
VIII	9,50	2,36	6,078 ± 0,405	1,366	1,862 ± 0,285	10,03	3,25	5,964 ± 0,433	1,602	1,991 ± 0,305
IX	11,40	3,94	8,120 ± 0,242	1,360	1,620 ± 0,175	10,32	4,28	7,840 ± 0,242	1,230	1,620 ± 0,175
X	15,50	6,73	11,700 ± 0,256	1,680	2,090 ± 0,182	20,10	8,25	12,38 ± 0,330	2,152	2,650 ± 0,232

minimum de chaque sériation croît avec une certaine régularité, plus parfaite dans la colonne du rein droit.

Sér.	R D	R G
I	0,065	0,115
II	0,166	0,160
III	0,340	0,190
IV	0,520	0,580
V	1,16	1,40
VI	2,93	3,76
VII	4,95	4,22
VIII	7,14	6,78
IX	8,46	6,04
X	8,86	11,85

Ce fait s'accorde avec l'accroissement régulier des max. et des min., quoique les chiffres concernant le rein gauche soient plus hauts dans la plupart des sériations. Alors les moyennes arithmétiques, toutes significatives d'ailleurs, se disposent régulièrement aussi, de 0,^{gr}057 à 11,^{gr}700 pour le rein droit et de 0,^{gr}054 à 12,^{gr}38 pour le rein gauche.

Relativement aux poids du rein droit et du rein gauche rapportés au poids du corps, on doit s'attendre à trouver des irrégularités dans la progression identiques à celles concernant le poids total des reins.

En fait (tableau 14) la masse du corps correspondant à 1^{gr} de rein est progressivement moindre jusqu'à la sériation IX, la sér. IV se détachant par une valeur plus bas, relativement au RD, à laquelle il faut joindre la sér. VII, relative au RG. Les sér. IX et X maintiennent leur lieu à part, le poids des reins

paraissant ne pas suivre l'accroissement du poids du corps.

Les pourcentages du poids des reins isolés, relativement au poids du corps, accusent des irrégularités

TABLEAU 14

POIDS DES REINS

♂ et ♀

Sér.	R D	R G	Corps (C)	$\frac{R D}{C}$	$\frac{R G}{C}$	$\frac{R D}{100 \text{ gr } C}$	$\frac{R G}{100 \text{ gr } C}$
I	^{gr} 0,057	^{gr} 0,054	^{gr} 40,05	$\frac{1}{702}$	$\frac{1}{740}$	0,14	0,13
II	0,207	0,181	122,50	$\frac{1}{591}$	$\frac{1}{676}$	0,16	0,16
III	0,326	0,324	157,40	$\frac{1}{482}$	$\frac{1}{482}$	0,21	0,21
IV	0,560	0,590	188,95	$\frac{1}{317}$	$\frac{1}{320}$	0,29	0,31
V	1,248	1,205	516,97	$\frac{1}{414}$	$\frac{1}{428}$	0,24	0,23
VI	2,630	2,810	722,32	$\frac{1}{274}$	$\frac{1}{257}$	0,36	0,38
VII	4,297	4,456	1182,90	$\frac{1}{275}$	$\frac{1}{265}$	0,36	0,38
VIII	6,078	5,964	1538,25	$\frac{1}{253}$	$\frac{1}{257}$	0,39	0,38
IX	8,120	7,840	2633,90	$\frac{1}{324}$	$\frac{1}{335}$	0,31	0,31
X	11,700	12,380	3550,20	$\frac{1}{303}$	$\frac{1}{286}$	0,32	0,32

identiques: À 100 grammes du corps correspondent des poids croissants des reins, les sér. IX et X exceptées; dans celles-ci les pourcentages deviennent inférieures à ceux des trois sériations précédentes et égaux entre'eux.

La considération de la différence pondérale des deux reins est mise en valeur dans le tableau 15.

Les différences ne sont pas significatives, vu que dans chaque sériation l'erreur probable¹ est beaucoup supérieure à la valeur de la différence, à l'exception de la x^c; l'erreur probable de celle-ci est tellement proche de la différence que sa valeur statistique est aussi nulle. Alors on peut considérer les deux reins égaux en poids.

En énumérant les cas dont le rein droit est plus lourd que le rein gauche, on voit (tableau 15) que les petites différences sont tantôt positives, tantôt négatives, sans aucune régularité et les premières en nombre très variable, en faisant la comparaison avec le nombre total des cas.

Nous venons de voir que des sériations présentées on ne peut pas arriver à des résultats sûrs, faute d'un nombre suffisant de sujets, ce fait étant d'importance exceptionnelle en conséquence des conditions de variabilité morphologique des fœtus, variations dont l'importance nous avons souligné à plusieurs reprises.

La distinction des sexes ne fait qu'aggraver cette circonstance, rendant les résultats encore plus précaires. Sur les tableaux suivants (16 à 20) on peut faire des considérations entièrement identiques à celles que nous venons de faire relativement aux poids total des reins et à celui des reins droit et gauche, sans distinction du sexe.

D'après Vierordt le poids absolu des reins chez le nouveau-né est de 23^{gr},3 ♂ et 28^{gr},4 ♀; le poids total relativement au poids du corps $\frac{1}{133}$ ♂ et $\frac{1}{130}$ ♀, les pourcentages 0^{gr},75 ♂ et 0^{gr},77 ♀.

¹ Erreur probable (E P_D) de la différence de deux moyennes M et M₁ dont les erreurs probables sont E P_M et E P_{M₁}

$$E P_D = \sqrt{E P_M^2 + E P_{M_1}^2}$$

Parmi nos exemplaires les reins des nouveaux (Sér. IX et X) ont le poids total moyen de $20^{\text{gr}},52 \text{ } \sigma$

TABLEAU 15

POIDS DES REINS

 σ et ♀

Sér.	N	R D M \pm E P	R G M \pm E P	R D - R G \pm E P	R D > R G Nombre des ex.
I	5	0,057 \pm 0,028	0,054 \pm 0,015	0,003 \pm 0,031	2
II	5	0,267 \pm 0,016	0,181 \pm 0,016	0,026 \pm 0,022	5
III	5	0,326 \pm 0,032	0,324 \pm 0,027	0,002 \pm 0,041	3
IV	8	0,560 \pm 0,035	0,590 \pm 0,043	-0,030 \pm 0,056	2
V	8	1,248 \pm 0,087	1,205 \pm 0,047	0,043 \pm 0,098	2
VI	9	2,630 \pm 0,195	2,810 \pm 0,258	-0,180 \pm 0,195	4
VII	14	4,297 \pm 0,258	4,456 \pm 0,246	-0,159 \pm 0,356	6
VIII	10	6,078 \pm 0,405	5,964 \pm 0,433	0,114 \pm 0,592	6
IX	23	8,120 \pm 0,242	7,840 \pm 0,242	0,280 \pm 0,342	13
X	30	11,700 \pm 0,256	12,380 \pm 0,330	-0,680 \pm 0,417	14

et $19^{\text{gr}},49 \text{ } \text{♀}$; le rapport $\frac{\text{Poids total}}{\text{Poids du corps}}$ est de $\frac{1}{148} \text{ } \sigma$
 et $\frac{1}{146} \text{ } \text{♀}$; les pourcentages sont $0,67 \text{ } \sigma$ et $0,68 \text{ } \text{♀}$.

TABLEAU 16

REINS

♀

POIDS TOTAL

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$	r ± EP
I	2	^{cr} 0,225	^{gr} 0,100	0,162 ± 0,029	0,062	0,062 ± 0,010	0,995 ± 0,085
II	2	0,410	0,230	0,320 ± 0,043	0,090	0,090 ± 0,030	1
III	3	0,750	0,470	0,580 ± 0,070	0,113	0,120 ± 0,033	0,022 ± 0,396
IV	5	1,36	0,72	1,753 ± 0,225	0,701	0,738 ± 0,215	0,072 ± 0,305
V	2	2,87	1,89	2,380 ± 0,280	0,490	0,490 ± 0,160	1
VI	7	8,72	3,77	5,930 ± 0,485	1,650	1,880 ± 0,342	0,480 ± 0,199
VII	6	14,41	6,21	10,221 ± 0,861	2,758	3,065 ± 0,608	0,846 ± 0,080
VIII	3	14,15	8,82	11,865 ± 0,440	1,522	1,930 ± 0,464	0,909 ± 0,058
IX	11	18,21	8,30	14,420 ± 0,661	2,590	3,250 ± 0,476	0,046 ± 0,020
X	14	31,98	20,84	24,57 ± 0,551	2,410	3,030 ± 0,371	0,210 ± 0,174

TABLEAU 17

REINS

♂

POIDS TOTAL

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$	r ± EP
I	3	^{gr} 0,160	^{gr} 0,009	^{gr} 0,078 ± 0,024	0,054	0,062 ± 0,017	0,256 ± 0,037
II	3	0,550	0,300	0,433 ± 0,012	0,089	0,102 ± 0,028	0,32 ± 0,035
III	2	1,000	0,530	0,765 ± 0,112	0,230	0,235 ± 0,078	1
IV	3	1,82	0,86	1,316 ± 0,155	0,335	0,393 ± 0,109	0,99 ± 0,007
V	6	3,91	1,36	2,480 ± 0,249	0,750	0,906 ± 0,179	0,90 ± 0,053
VI	2	5,20	2,25	3,720 ± 0,843	1,470	1,760 ± 0,593	0,83 ± 0,148
VII	8	10,69	5,24	7,653 ± 0,419	0,750	0,850 ± 0,143	0,274 ± 0,228
VIII	6	19,53	5,61	12,160 ± 1,306	3,910	4,648 ± 0,922	0,154 ± 0,274
IX	12	20,53	12,20	17,370 ± 0,458	1,925	2,330 ± 0,323	0,310 ± 0,178
X	16	35,40	16,51	23,680 ± 0,752	3,79	4,460 ± 0,533	0,490 ± 0,128

TABLEAU 18

REINS

♂

Sér.	Poids du rein droit					Poids du rein gauche				
	Max	Min.	M ± E.P.	\bar{c}	$\sigma \pm E.P.$	Max.	Min.	M ± E.P.	\bar{c}	$\sigma \pm E.P.$
I	^{gr} 0,085	^{gr} 0,004	^{gr} 0,041 ± 0,012	0,029	0,033 ± 0,008	^{gr} 0,030	^{gr} 0,005	^{gr} 0,036 ± 0,010	0,025	0,028 ± 0,007
II	0,290	0,155	0,225 ± 0,021	0,046	0,055 ± 0,015	0,260	0,145	0,208 ± 0,018	0,042	0,047 ± 0,012
III	0,550	0,270	0,410 ± 0,067	0,140	0,140 ± 0,081	0,450	0,260	0,355 ± 0,045	0,095	0,095 ± 0,032
IV	0,85	0,44	0,646 ± 0,049	0,138	0,126 ± 0,035	0,97	0,420	0,670 ± 0,120	0,200	0,22 ± 0,035
V	1,82	0,66	1,21 ± 0,121	0,360	0,45 ± 0,087	2,09	0,690	1,260 ± 0,148	0,370	0,55 ± 0,108
VI	2,60	1,155	1,88 ± 0,389	0,720	0,810 ± 0,273	2,60	1,096	1,850 ± 0,434	0,750	0,902 ± 0,304
VII	5,21	2,47	3,735 ± 0,205	0,750	0,850 ± 0,143	5,48	2,770	3,912 ± 0,223	0,809	0,926 ± 0,156
VIII	9,50	2,36	6,035 ± 0,649	1,887	2,310 ± 0,458	10,03	3,250	6,125 ± 0,665	2,032	2,367 ± 0,469
IX	11,47	6,80	8,870 ± 0,229	0,917	1,180 ± 0,161	10,32	5,400	8,50 ± 0,256	1,012	1,310 ± 0,182
X	15,30	8,19	11,530 ± 0,362	1,820	2,150 ± 0,256	20,10	8,250	12,14 ± 0,551	2,620	3,270 ± 0,391

TABLEAU 19

REINS

♀

Sér.	Poids du rein droit				Poids du rein gauche				
	Max.	Min.	M ± E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$	Max.	Min.	M ± E P	\bar{c}
I	^{gr} 0,105	^{gr} 0,060	^{gr} 0,082 ± 0,010	0,022	0,022 ± 0,0037	^{gr} 0,120	^{gr} 0,040	^{gr} 0,080 ± 0,018	0,040
II	0,230	0,130	0,180 ± 0,023	0,050	0,050 ± 0,016	0,180	0,100	0,140 ± 0,018	0,040
III	0,330	0,210	0,270 ± 0,013	0,270	0,048 ± 0,013	0,420	0,250	0,310 ± 0,030	0,073
IV	0,64	0,33	0,504 ± 0,034	0,101	0,114 ± 0,024	0,72	0,39	0,134 ± 0,118	0,414
V	1,47	1,24	1,355 ± 0,047	0,115	0,110 ± 0,037	1,40	0,65	1,625 ± 0,175	0,370
VI	4,08	1,90	2,840 ± 0,206	0,670	0,798 ± 0,145	4,85	1,87	3,090 ± 0,285	0,980
VII	7,42	2,86	5,048 ± 0,465	1,478	1,655 ± 0,328	6,99	3,06	5,173 ± 0,418	1,280
VIII	7,33	5,04	6,142 ± 0,031	0,597	0,811 ± 0,195	6,82	3,79	5,722 ± 0,401	0,971
IX	9,17	3,94	7,290 ± 0,357	1,330	1,750 ± 0,256	9,53	4,36	7,130 ± 0,323	1,260
X	14,53	6,73	11,870 ± 0,364	1,370	2,020 ± 0,243	19,92	9,90	12,64 ± 0,492	2,000

Sér.

TABLEAU 20
DIFFÉRENCE DES DEUX REINS

Sér.	♂	♀
	R D - R E ± E P	R D - R E ± E P
I	0,005 ± 0,012	0,002 ± 0,018
II	0,017 ± 0,034	0,040 ± 0,029
III	0,055 ± 0,080	0,040 ± 0,032
IV	0,024 ± 0,129	0,370 ± 0,122
V	0,050 ± 0,191	0,330 ± 0,181
VI	0,030 ± 0,582	0,250 ± 0,351
VII	0,177 ± 0,302	0,125 ± 0,625
VIII	0,090 ± 0,928	0,420 ± 0,402
IX	0,370 ± 0,343	0,160 ± 0,481
X	0,610 ± 0,658	0,770 ± 0,612

B

POIDS DES SURRÉNALES

En observant les capsules ou glandes surrénales des fœtus on est frappé par leur volume relativement considérable et par les différences volumétriques remarquables de ces organes à mesure que le fœtus s'approche du terme de la grossesse.

Le tableau 21 nous donne quelques renseignements à ce propos.

En considérant le poids total des deux organes, quel que soit le sexe, on voit d'abord que les valeurs de M sont significatives, l'erreur probable variant entre $\frac{1}{5}$ M (Sér. I et III) et $\frac{1}{31}$ M (Sér. X). Néanmoins il y a des sériations dont la variation est très large, la différence entre le max. et le min. atteignant 6,18 (Sér. X) et l'écart quadratique moyen présentant des valeurs telles que $1,588 \pm 0,160$ (Sér. IX) et $1,536 \pm 0,134$ (Sér. X).

D'autre part on peut remarquer que le poids total croît de telle façon qu'à partir du 3^e mois, à peu près, jusqu'an terme de la grossesse la masse des surrénales devient 77 x plus grande.

De l'une à la sériation suivante il y a des différences irrégulières en valeur et en distribution. La différence VII-VIII (0,673) est beaucoup moindre que

TABLEAU 21

SURRENALES

♂ + ♀

POIDS TOTAL

Sér.	N	Max.	Min.	M ± EP	\bar{c}	$\sigma \pm EP$	r ± EP
I	5	^{gr} 0,160	^{gr} 0,010	^{gr} 0,078 ± 0,015	0,039	0,050 ± 0,011	0,400 ± 0,300
II	5	0,390	0,120	0,244 ± 0,027	0,087	0,098 ± 0,020	0,600 ± 0,196
III	5	0,690	0,170	0,370 ± 0,068	0,210	0,221 ± 0,048	0,495 ± 0,231
IV	8	1,310	0,520	0,718 ± 0,056	0,159	0,233 ± 0,039	0,006 ± 0,208
V	8	1,620	0,400	1,017 ± 0,109	0,389	0,420 ± 0,076	0,459 ± 0,190
VI	9	2,152	0,810	1,479 ± 0,099	0,369	0,443 ± 0,071	0,409 ± 0,187
VII	14	3,300	1,280	2,092 ± 0,108	0,512	0,591 ± 0,077	0,006 ± 0,182
VIII	10	4,950	1,450	2,765 ± 0,231	0,862	1,026 ± 0,164	0,199 ± 0,208
IX	23	7,070	2,480	4,440 ± 0,228	1,401	1,588 ± 0,160	0,147 ± 0,140
X	30	9,530	3,350	6,041 ± 0,191	1,209	1,536 ± 0,134	0,034 ± 0,184

l'antérieure (0,613) et que la suivante (2,675); la différence IX-X (1,601) est aussi moindre que VIII-IX (2,675). L'accroissement se fait donc irrégulièrement.

En faisant la comparaison du grossissement des surrénales au cours de la vie foétale avec celui des reins, on reconnaît que l'augmentation est beaucoup plus considérable dans les reins (214 x) que dans les surrénales (77 x).

En cherchant à établir le rapport (r) du poids total des surrénales à la longueur du corps on arrive à

la conclusion (tableau 21) que les chiffres obtenus n'ont aucune signification statistique dans la plupart des sériations (I, II, IV, V, VII, VIII, IX et X), leur valeur étant très réduite dans les sériations restantes.

La relation entre le poids total des surrénales et le poids du corps (tableau 22) ne montre quelque

TABLEAU 22

♂ + ♀

POIDS SURRÉNALES
POIDS DU CORPS

Sér.	N	Poids des surrénales M	Poids du corps M	$\frac{\text{Poids surrénales}}{\text{Poids corps}}$	$\frac{\text{Poids surrénales}}{100 \text{ gr corps}}$
I	5	0,078 ^{gr}	40,05 ^{gr}	$Ps = \frac{1}{513} Pc$	0,19
II	5	0,244	122,50	$\frac{1}{502}$	0,19
III	5	0,370	157,40	$\frac{1}{425}$	0,23
IV	8	0,718	188,95	$\frac{1}{263}$	0,37
V	8	1,017	516,97	$\frac{1}{508}$	0,19
VI	9	1,479	722,32	$\frac{1}{488}$	0,20
VII	14	2,092	1182,90	$\frac{1}{565}$	0,17
VIII	10	2,765	1538,25	$\frac{1}{558}$	0,17
IX	23	4,440	2633,90	$\frac{1}{593}$	0,16
X	30	6,041	3550,20	$\frac{1}{587}$	0,16

netteté qu'en rapportant celui-là à 100 grammes du corps des fœtus.

L'étude de ces pourcentages montre que la sériation IV est à mettre de côté, sa valeur (0,37%) dépassant énormément les limites de la variation. Alors ces pourcentages forment deux groupes, le premier comprenant les sér. I à VI où ils varient de 0,19 à 0,23%, le second (VII à X) dont la variation est

TABLEAU 23

SURRENALES

 $\sigma + \varphi$

Sér.	Poids de la surren�le droite					Poids de la surren�le gauche				
	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$
I	^{gr} 0,075	^{gr} 0,004	^{gr} 0,038 \pm 0,006	0,015	0,021 \pm 0,004	^{gr} 0,085	^{gr} 0,006	^{gr} 0,039 \pm 0,007	0,024	0,026 \pm 0,005
II	0,200	0,050	0,119 \pm 0,013	0,047	0,054 \pm 0,011	0,190	0,070	0,125 \pm 0,088	0,040	0,092 \pm 0,063
III	0,320	0,080	0,170 \pm 0,031	0,096	0,101 \pm 0,022	0,370	0,090	0,200 \pm 0,036	0,110	0,119 \pm 0,026
IV	0,630	0,250	0,334 \pm 0,028	0,076	0,116 \pm 0,019	0,680	0,270	0,384 \pm 0,029	0,083	0,119 \pm 0,020
V	0,810	0,200	0,547 \pm 0,052	0,206	0,220 \pm 0,037	0,810	0,200	0,484 \pm 0,051	0,173	0,199 \pm 0,036
VI	1,055	0,480	0,721 \pm 0,046	0,181	0,207 \pm 0,033	1,136	0,300	0,758 \pm 0,056	0,201	0,250 \pm 0,040
VII	1,360	0,560	0,982 \pm 0,043	0,197	0,234 \pm 0,030	1,970	0,600	1,181 \pm 0,070	0,329	0,384 \pm 0,050
VIII	2,355	0,730	1,362 \pm 0,100	0,333	0,448 \pm 0,072	2,595	0,720	1,403 \pm 0,135	0,536	0,604 \pm 0,097
IX	3,750	0,890	2,189 \pm 0,121	0,752	0,842 \pm 0,085	4,020	1,280	2,250 \pm 0,115	0,688	0,804 \pm 0,081
X	4,780	1,580	2,847 \pm 0,098	0,632	0,790 \pm 0,069	5,850	1,700	3,194 \pm 0,114	0,705	0,911 \pm 0,079

de 0,16 à 0,17 ‰, ce dernier groupe correspondant aux mois plus avancés de la grossesse, c'est-à-dire, la croissance des surrénales après une première période où elle est régulière ou à peu près, suivant l'accroissement du corps, est ralentie vers le terme de la vie intrautérine.

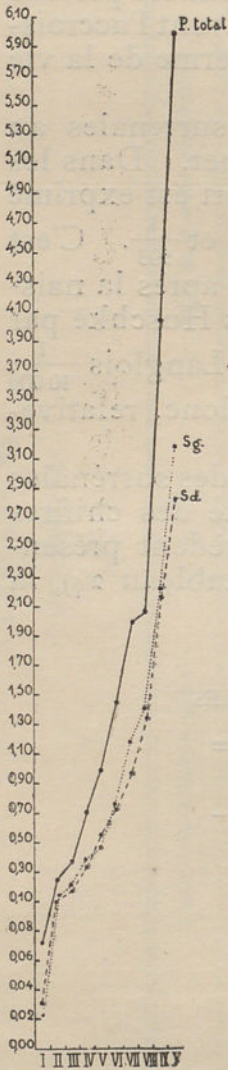
Le rapport du poids total des surrénales au poids du corps est beaucoup moins net. Dans les derniers mois de la grossesse ce rapport est exprimé par des fractions comprises entre $\frac{1}{558}$ et $\frac{1}{593}$. C'est la variabilité qui devient plus accusée après la naissance et traduite chez l'adulte, d'après Huschke par des fractions $\frac{1}{4.800}$, $\frac{1}{10.000}$, $\frac{1}{10.800}$, d'après Langlois $\frac{1}{10.000}$ en moyenne. Les surrénales sont, donc, relativement plus lourdes chez le fœtus.

La considération du poids moyen des surrénales isolées droite et gauche nous apporte des chiffres significatifs (tableau 23) Ils se succèdent présentant entr'eux de légères différences (tableau 24), la

TABLEAU 24
POIDS RELATIF DES SURRÉNALES

Sér.	N	Srd > Srg. Nombre des cas
I	5	2
II	5	2
III	5	0
IV	8	0
V	8	3
VI	9	4
VII	14	5
VIII	10	3
IX	23	11
X	30	9

surrénale gauche plus lourde que la surrénale droite
 GRAPHIQUE 3



dans la sér. VI et suivantes; dans les sériations précédentes il n'y a pas de régularité, prédominant tantôt l'une, tantôt l'autre. Après la naissance ce fait se maintient, d'après Huschke et Cruveilhier. Les courbes d'accroissement pondéral sont plus régulières que la courbe du poids total (graphique 3) et surtout celle correspondante à la surrénale droite.

Connaissant l'assertion de Delamare que chez l'adulte les glandes surrénales paraissent un peu plus légères chez la femme que chez l'homme, nous avons cherché à connaître si ce fait s'établit déjà au cours de la vie intra-utérine (tableaux 25 et 26). En fait la masse totale des surrénales, quoique un certain nombre des chiffres soient sans signification statistique, semble tantôt plus grande, tantôt plus petite chez le fœtus masculin. La différence des poids moyens est petite, les limites de variation étant 0,012 et 1,019, les différences plus grandes appartenant à la seconde moitié de la vie fœtale à peu près, la sér. VIII exceptée.

En considérant (tableaux 27 et 28) séparément les glandes surrénales chez les fœtus masculins et féminins, on reconnaît que dans la sér. I les poids moyens sont égaux dans les deux sexes, mais supérieurs

TABLEAU 25

SURRENALES

♂

POIDS TOTAL

Groupes	N	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm$ E P	r \pm E P
I	3	^{gr} 0,095	^{gr} 0,010	^{gr} 0,053 \pm 0,013	0,029	0,034 \pm 0,009	0,675 \pm 0,544
II	3	0,390	0,150	0,270 \pm 0,033	0,080	0,090 \pm 0,025	0
III	2	0,60	0,17	0,385 \pm 0,103	0,215	0,215 \pm 0,072	1
IV	3	1,31	0,52	0,863 \pm 0,131	0,298	0,330 \pm 0,093	0,998 \pm 0,002
V	6	1,62	0,61	1,120 \pm 0,102	0,316	0,363 \pm 0,072	0,507 \pm 0,208
VI	2	1,230	0,925	1,077 \pm 0,073	0,152	0,152 \pm 0,051	0,912 \pm 0,080
VII	8	3,30	1,28	2,220 \pm 0,147	0,512	0,612 \pm 0,103	0,234 \pm 0,227
VIII	6	3,44	1,45	2,370 \pm 0,181	0,533	0,646 \pm 0,128	0,025 \pm 0,280
IX	12	6,89	2,48	4,650 \pm 0,296	1,314	1,492 \pm 0,209	0,267 \pm 0,184
X	16	8,165	3,35	5,566 \pm 0,234	1,136	1,386 \pm 0,167	0,154 \pm 0,165

TABLEAU 26

SURRENALES

♀

POIDS TOTAL

Groupes	N	Max.	Min.	M \pm E P	\bar{c}	$\sigma \pm$ E P	r \pm E P
I	2	^{gr} 0,160	^{gr} 0,070	^{gr} 0,115 \pm 0,021	0,045	0,045 \pm 0,015	0,045 \pm 0,048
II	2	0,290	0,120	0,205 \pm 0,040	0,085	0,085 \pm 0,028	1
III	3	0,690	0,200	0,373 \pm 0,088	0,211	0,224 \pm 0,063	0,137 \pm 0,389
IV	5	0,690	0,590	0,631 \pm 0,0103	0,027	0,034 \pm 0,007	0,780 \pm 0,264
V	—	—	—	—	—	—	—
VI	7	2,152	0,810	1,594 \pm 0,108	0,347	0,417 \pm 0,075	0,274 \pm 0,624
VII	6	2,690	1,320	1,920 \pm 0,144	0,485	0,512 \pm 0,101	0,267 \pm 0,261
VIII	3	4,950	2,070	3,557 \pm 0,467	0,991	1,178 \pm 0,330	0,969 \pm 0,024
IX	11	7,070	2,520	4,210 \pm 0,339	1,392	1,658 \pm 0,243	0,396 \pm 0,172
X	14	9,530	4,860	6,585 \pm 0,277	1,335	1,520 \pm 0,021	0,070 \pm 0,181

TABLEAU 27

SURRENALES

 σ^2

Sér.	Poids de la surrenale droite					Poids de la surrenale gauche				
	Max.	Min.	M + E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$	Max.	Min.	M + E P	\bar{c}	$\sigma \pm E P$
I	^{gr} 0,040	^{gr} 0,004	^{gr} 0,026 ± 0,006	0,015	0,015 ± 0,004	^{gr} 0,055	^{gr} 0,006	^{gr} 0,027 ± 0,007	0,018	0,020 ± 0,005
II	0,200	0,07	0,131 ± 0,020	0,045	0,053 ± 0,015	0,190	0,080	0,138 ± 0,013	0,039	0,045 ± 0,012
III	0,280	0,08	0,180 ± 0,048	0,10	0,10 ± 0,033	0,320	0,090	0,205 ± 0,055	0,115	0,115 ± 0,039
IV	0,630	0,25	0,406 ± 0,064	0,149	0,1621 ± 0,045	0,680	0,270	0,456 ± 0,067	0,149	0,1693 ± 0,047
V	0,810	0,29	0,588 ± 0,056	0,185	0,202 ± 0,04	0,810	0,320	0,531 ± 0,048	0,155	0,175 ± 0,035
VI	0,525	0,48	0,502 ± 0,01	0,022	0,022 ± 0,007	0,705	0,445	0,575 ± 0,062	0,130	0,130 ± 0,044
VII	1,360	0,56	1,026 ± 0,058	0,176	0,241 ± 0,041	1,970	0,720	1,196 ± 0,096	0,336	0,401 ± 0,068
VIII	1,580	0,73	1,159 ± 0,080	0,257	0,286 ± 0,057	1,860	0,720	1,211 ± 0,108	0,336	0,384 ± 0,076
IX	3,450	1,03	2,33 ± 0,158	0,564	0,795 ± 0,112	3,710	1,300	2,32 ± 0,149	0,636	0,754 ± 0,106
X	4,085	1,58	2,676 ± 0,108	0,564	0,644 ± 0,077	4,150	1,700	2,891 ± 0,132	0,672	0,784 ± 0,094

TABLEAU 28
SURRÉNALES

♀

Sér.	Poids de la surrénale droite					Poids de la surrénale gauche				
	Max.	Min.	M ± EP	\bar{e}	$\sigma \pm EP$	Max.	Min.	M ± EP	\bar{e}	$\sigma \pm EP$
I	^{gr} 0,075	^{gr} 0,040	^{gr} 0,057 ± 0,008	0,017	0,017 ± 0,006	^{gr} 0,085	^{gr} 0,030	^{gr} 0,057 ± 0,012	0,027	0,027 ± 0,009
II	0,150	0,050	0,100 ± 0,024	0,05	0,05 ± 0,017	0,140	0,070	0,105 ± 0,017	0,035	0,035 ± 0,012
III	0,320	0,100	0,176 ± 0,040	0,095	0,101 ± 0,005	0,370	0,100	0,196 ± 0,048	0,115	0,122 ± 0,034
IV	0,320	0,255	0,290 ± 0,007	0,020	0,023 ± 0,005	0,370	0,315	0,341 ± 0,006	0,016	0,019 ± 0,004
V	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI	1,055	0,510	0,784 ± 0,050	0,177	0,193 ± 0,035	1,136	0,300	0,810 ± 0,065	0,191	0,251 ± 0,046
VII	1,220	0,700	0,923 ± 0,059	0,206	0,211 ± 0,042	1,470	0,600	0,995 ± 0,087	0,278	0,309 ± 0,061
VIII	2,355	1,300	1,768 ± 0,174	0,391	0,439 ± 0,123	2,595	0,770	1,788 ± 0,301	0,679	0,760 ± 0,213
IX	3,750	0,890	2,036 ± 0,177	0,741	0,866 ± 0,127	4,020	1,280	2,174 ± 0,173	0,804	0,848 ± 0,124
X	4,780	2,020	3,043 ± 0,154	0,728	0,848 ± 0,110	5,850	2,470	3,541 ± 0,168	0,749	0,924 ± 0,120

N 13

chez la femelle; dans la sér. II les poids des sujets masculins emportent sur les féminins. La même fait se répète dans les sér. III et IV. A partir de VI la position est variable relativement aux sexes, mais dans chacun d'eux la surrénale gauche est plus lourde que la surrénale droite, quoique la différence soit en général petite.

Ne jugeant pas par les moyennes mais par le nombre des cas (tableau 29), chez le fœtus masculin,

TABLEAU 29

SURRENALES

Sér.	N	♂	N	♀
		Srd > Srg		Srd > Srg
		Nombre des cas		Nombre des cas
I	3	1	2	1
II	3	1	2	1
III	2	0	3	0
IV	3	0	5	0
V	6	3	—	—
VI	2	1	7	3
VII	8	3	6	2
VIII	6	2	3	1
IX	12	7	11	4
X	16	4	14	5

sur 36 % des sujets la surrénale droite pèse davantage; chez le fœtus féminin le pourcentage est de 32, c'est-à-dire, en faveur de la surrénale gauche.

LA RAPPORT PONDÉRAL SURRÉNORÉNAL

Ce rapport a été l'objet d'une certaine considération de la part des anatomistes. Nonobstant le développement du rein et de la glande surrénale en parfaite juxtaposition, leurs rapports fonctionnels sont nuls. Seul le rapport topographique, gros de conséquences au point de vue pathologique, est à considérer. Par le moment c'est seulement en égard au passé que nous allons considérer ce rapport pondéral.

Quelques considérations peuvent être fondées sur l'analyse du tableau 30. Dans l'ensemble, indépendamment du sexe, la masse des reins correspondant à 1 gramme de surrénale, présente des variations, d'après les moyennes arithmétiques, de nature à fixer l'attention: la plus remarquable est la réduction vérifiée de la sériation VIII vers les suivantes, c'est-à-dire, jusqu'au huitième mois à peu près de la grossesse, les reins croissent plus rapidement que les surrénales, mais ensuite le grossissement est en retard. Ce fait est confirmé en faisant le calcul du poids de surrénale rapporté à 100 grammes de rein. Alors les variations se présentent encore plus considérables, mais dans les sériations IX et X, le pourcentage de la masse de surrénale est supérieur à ceux des sériations précédentes.

Le groupement deux à deux des sériations donne des moyennes se suivant avec une plus grande régularité (1,46-1,68-2,44-4,26-3,78), confirmatives de ce que nous venons d'exposer. L'application de la même opération aux pourcentages est encore plus nette: à 100 grammes de rein correspond un poids de surrénale, très haut au début, mais qui

TABLEAU 30

RAPPORT PONDÉRAL SURRÉNÉRAL

Sér.	♂ + ♀			♂			♀		
	$\frac{\text{Sr}}{\text{R}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$\frac{\text{Sr}}{100 \text{ gr K}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$r \pm E_p$	$\frac{\text{Sr}}{\text{R}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$\frac{\text{Sr}}{100 \text{ gr K}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$r \pm E_p$	$\frac{\text{Sr}}{\text{R}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$\frac{\text{Sr}}{100 \text{ gr K}} \frac{\text{M}}{\text{M}}$	$r \pm E_p$
I	1,43	69,63	$0,98 \pm 0,012$	1,47	67,94	1	1,40	70,98	1
II	1,50	62,88	$-0,051 \pm 0,300$	1,60	62,35	0	1,56	64,06	$0,98 \pm 0,018$
III	1,76	56,57	$0,84 \pm 0,089$	1,98	50,32	$0,99 \pm 0,009$	1,55	64,31	1
IV	1,60	62,43	$0,90 \pm 0,045$	1,52	65,57	1,10	1,66	59,92	$0,09 \pm 0,283$
V	2,21	41,42	$0,44 \pm 0,194$	2,21	45,16	$0,42 \pm 0,231$	—	—	—
VI	3,67	27,18	$0,84 \pm 0,066$	3,45	28,95	$0,83 \pm 0,022$	3,72	26,88	$0,83 \pm 0,080$
VII	4,18	23,89	$0,34 \pm 0,151$	3,44	29,00	$0,78 \pm 0,093$	5,32	18,79	$0,41 \pm 0,233$
VIII	4,35	22,96	$0,38 \pm 0,186$	5,12	19,49	$0,48 \pm 0,218$	3,33	29,98	$0,84 \pm 0,099$
IX	3,59	27,81	$0,26 \pm 0,133$	3,73	26,77	$-0,08 \pm 0,196$	3,42	17,74	$0,34 \pm 0,181$
X	3,98	25,09	$0,52 \pm 0,091$	4,25	23,50	$0,77 \pm 0,101$	3,72	26,87	$0,11 \pm 0,180$

ensuite va en diminuant (66,25—59,50—34,30—23,42) mais montre un saut dans les derniers groupes (26,45), sans reprendre d'ailleurs, le niveau antérieur.

Le coefficient de corrélation ne donne pas de renseignements utiles que dans les sér. I, III, IV, VI, X; dans les autres sériations, il n'a pas de signification.

Chez les exemplaires masculins les chiffres des colonnes $\frac{Sr}{R}$ et $\frac{Sr}{100gr R}$ se suivent d'une façon identique à ceux des ♀ + ♂, mais les valeurs de r , éclairés par Ep , sont significatives dans un nombre de sériations plus petit (I, III, VI, VII et IX).

Chez les exemplaires féminins, la colonne $\frac{Sr}{R}$ montre encore la chute dans la sériation VIII, se présentant plus nettement parce que la valeur précédente est plus haute. Le tissu surrénal correspondant à 100 gr de tissu rénal est ici plus considérable dans les sér. I, II, III; il devient ensuite moindre, pour reprendre des valeurs très hautes dans les sér. VIII et X, relativement à la série masculine. Le coefficient de corrélation n'est significatif que dans les sér. I, II, III, VI et VIII, qui ne correspondent entièrement à celles de la série masculine.

D'après Delamare, chez l'adulte «le rapport pondéral surrénorénal, naturellement très variable, est exprimé par les fractions $\frac{1}{15}$, $\frac{1}{25}$, $\frac{1}{30}$ » (*loc. cit.*, p. 950).

D

1.°

MORPHOLOGIE DES REINS

Les reins sont placés contre deux plans, l'un droit, l'autre gauche, obliques en avant et en dedans, ces plans se rencontrant au devant de la colonne vertébrale. Dans tous les cas le rein peut être inclus dans un parallépipède droit. Alors il y aura à con-

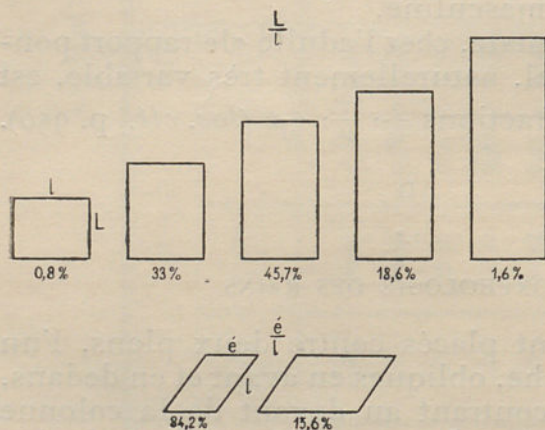
sidérer: deux bases, correspondant aux pôles renaux; deux faces, l'une antéro-externe et l'autre postéro-interne; deux autres faces, en général plus étroites que celles-là, l'une postéro-externe et l'autre antéro-interne. La moitié interne de ce parallélépipède contient toujours le hile de l'organe.

Les dimensions du parallélépipède, dans lequel s'inscrit le rein, donnent une première notion de la forme. Pour présenter ces dimensions nous avons considéré les rapports de la longueur à la largeur (Longueur = $x \times$ largeur) et de l'épaisseur à la largeur (épaisseur = $x' \times$ largeur).

En considérant d'abord le premier rapport, les valeurs de x minima et maxima étant 0,8 et 3,2, ils ont été classés en 5 groupes (Tableau 31), auxquels correspondent des formes définies (graphique 4)

- Groupe A: 0,8 à 0,9 — Rein allongé dans le sens transversal
 » B: 1 à 1,5 — Rein vertical, peu long
 » C: 1,6 à 2,0 — » » long
 » D: 2,1 à 2,5 — » » très long
 » E: 2,6 à 3,2 — » » trop long

GRAPHIQUE 4



Le groupe B correspond aux reins globuleux de Henle.

Dans l'ensemble des 236 reins étudiés, les plus nombreux sont les reins longs (45,7%); le nombre des reins peu longs suit de près (33%); les reins très longs sont peu nombreux

(18,6%), les reins trop longs, rares (1,6%) et plus rares encore les reins allongés transversalement ou horizontaux (0,8%).

En considérant chaque sériation en particulier, on remarque que le plus haut pourcentage appartient aux reins longs, exceptées la sér. IX où sont plus nombreux les reins peu longs et la sér. II, for-

TABLEAU 31

LONGUEUR DES REINS

$$L = x \times l$$

Sér.	N.º des cas	x	x	x	x	x
		0,8 - 0,9	1 à 1,5	1,6 à 2	2,1 à 2,5	2,6 à 3,2
		%	%	%	%	%
I	14	—	21,4	57,1	21,4	—
II	10	—	50,0	50,0	—	—
III	19	—	10,0	70,0	20,0	—
IV	16	—	25,0	43,7	31,2	—
V	16	—	18,7	50,0	25,0	6,2
VI	18	—	22,2	50,0	27,7	—
VII	28	7,1	32,1	39,2	17,8	3,5
VIII	20	—	15,0	45,0	35,0	5,0
IX	44	—	36,3	43,1	20,4	—
X	60	—	50,0	41,6	6,6	1,6
	236	0,8	33,0	45,7	18,6	1,6

mée de reins appartenant en nombre égal aux groupes B et C. En général les reins très longs sont plus nombreux que les reins peu longs; le contraire se vérifie dans les sér. VII, IX et X; dans la sér. I ils sont égaux en nombre. Il semble, donc, qu'au terme de la vie intra-utérine les reins deviennent moins longs, plus arrondis, vus de face.

Dans les chiffres se rapportant au total des reins, aux reins droits et aux reins gauches appartiennent (Tableau 32) des pourcentages égaux, relativement

TABEAU 32
LONGUEUR DES REINS

$L = x \times 1$

Sér.	Nombre des cas	Rein droit						Rein gauche					
		\bar{x} 0,8-0,9	\bar{x} 1 à 1,5	\bar{x} 1,6 à 2	\bar{x} 2,1 à 2,5	\bar{x} 2,6 à 3,2	\bar{x} 0,8 à 0,9	\bar{x} 1 à 1,5	\bar{x} 1,6 à 2	\bar{x} 2,1 à 2,5	\bar{x} 2,6 à 3,2		
I	7	% —	% 28,5	% 57,1	% 14,2	% —	% —	% 14,2	% 57,1	% 28,5	% —		
II	5	—	40,0	60,0	—	—	—	60,0	40,0	—	—		
III	5	—	20,0	40,0	40,0	—	—	100	—	—	—		
IV	8	—	37,5	50,0	12,5	—	—	12,5	37,5	50,0	—		
V	8	—	12,5	62,5	25,0	—	—	25,0	37,5	25,0	3,0		
VI	9	—	22,2	55,5	22,2	—	—	22,2	44,4	33,3	—		
VII	14	0,8	50,0	28,5	14,5	—	0,8	14,2	50,0	21,4	3,1		
VIII	10	—	30,0	40,0	30,0	—	—	—	50,0	40,0	3,0		
IX	22	—	31,8	54,5	13,6	—	—	40,8	31,8	27,2	—		
X	30	—	56,6	36,6	6,6	—	—	43,3	46,6	6,6	3,2		
	118	0,8	38,1	45,7	15,2	—	0,8	27,9	45,7	22,0	3,3		

aux formes longues; les parcelles relatives aux formes peu longues et très longues sont peu différentes, la différence relative aux formes trop longues est tout à fait au profit du rein gauche.

Dans les sériations les différences entre les reins droits et les reins gauches sont petites. Il faut toutefois remarquer que dans la sér. x les formes peu longues sont plus nombreuses à droite, étant en nombre égal à peu près à gauche; dans la sér. ix les formes peu longues sont aussi un peu plus nombreuses à gauche.

Le rapport de l'épaisseur à la largeur donne des valeurs numériques permettant de compléter les données concernant la forme des reins. Les valeurs du coefficient à multiplier la largeur pour définir l'épaisseur ($\acute{e} = x \times l$) varient entre des limites assez restreintes (0,3 à 1,5).

Il n'y aura donc lieu de considérer que deux groupes, dans le premier x variant entre 0,3 et 1 et dans le second entre 1,1 et 1,5, c'est-à-dire, correspondant à des reins moins épais que larges, aplatis alors contre le plan d'appui ou tout au plus égaux en épaisseur et largeur, ou à des reins plus épais que larges, aplatis transversalement (graphique 4).

La distribution de 236 reins est la suivante (Tableau 33):

$$\begin{array}{ll} \acute{e} = (1,1 \text{ à } 1,5) \times l & 15,6\% \\ \acute{e} = (0,3 \text{ à } 1) \times l & 84,2\% \end{array}$$

Les reins du premier groupe sont les plus nombreux dans toutes les sériations; ils sont particulièrement nombreux dans les sér. II, III, IX et X.

Sur ces nombres globaux la participation plus importante est celle des reins droits (Tableau 34) les reins gauches étant plus fréquemment aplatis transversalement. Parmi les groupes des reins droits et gauches, à ceux des sér. IX et X correspondent les

TABLEAU 33
EPAISSEUR DES REINS

$$\acute{e} = x \times 1$$

Sér.	Nombre des cas	x	x
		0,3 à 1	1,1 à 1,5
		%	%
I	14	71,4	28,5
II	10	100	—
III	10	90,0	10,0
IV	16	68,7	31,2
V	16	87,3	12,5
VI	18	77,7	22,3
VII	28	75,0	25,0
VIII	20	75,0	25,0
IX	44	93,1	6,8
X	60	90,0	10,0
	236	84,2	15,6

TABLEAU 34
EPAISSEUR DES REINS

$$\acute{e} = x \times 1$$

Sér.	Nombre de cas	Rein droit		Rein gauche	
		x	x	x	x
		0,3 à 1	1,1 à 1,5	0,3 à 1	1,1 à 1,5
		%	%	%	%
I	7	85,7	14,2	57,1	42,8
II	5	100	—	100	—
III	5	80,0	20,0	100	—
IV	8	87,5	12,5	50,0	50,0
V	8	100	—	75,0	25,0
VI	9	77,7	22,2	77,7	22,2
VII	14	78,6	21,4	71,4	28,5
VIII	10	80,0	20,0	70,0	30,0
IX	22	95,4	4,5	90,9	9,0
X	30	93,3	6,6	86,6	13,3
	105	88,9	11,0	79,5	20,3

plus hauts pourcentages significatifs. Peter¹, en se rapportant à 3 nouveaux nés, attribue au rein droit les valeurs $L=1,3 \times 1$ et au rein gauche $L=1,5 \times 1$, le rapport de l'épaisseur à la largeur étant le même ($\epsilon=0,7 \times 1$). Chez l'adulte, d'après les moyennes de Testut-Latarjet les valeurs sont: $L=2 \times 1$, $\epsilon=0,5 \times 1$.

À ces caractères définissant numériquement la forme, il faut ajouter quelques autres, indispensables quoique moins précis.

65,6% des reins ne montrent pas une différence nettement appréciable de volume des pôles supérieur et inférieur. Lorsque une différence peut être vérifiée, elle est au profit du pôle supérieur en 17,3% des reins et en 17% au profit du pôle inférieur. C'est le rein gauche qui, présentant un moindre pourcentage de cas à pôles distincts (59%), montre plus fréquemment un pôle supérieure plus volumineux (21%). À droite les pourcentages des reins à pôles distincts, l'un d'eux étant plus gros, sont égaux à peu près (pôle inférieur 13%, pôle supérieur 14%).

Nous avons déjà fait l'affirmation que le hile du rein est toujours placé à la moitié interne de l'organe. En effet dans la série des reins étudiés, il n'y a aucune exception à cette règle.

Le bord du hile, c'est-à-dire, de l'ouverture du sinus rénal est plus au moins profondément échancre: des rigoles plus au moins irrégulières, interlobaires, prolongent cette ouverture. En conséquence on n'observe qu'exceptionnellement un hile siégeant exclusivement sur une face rénale.

¹ Peter: Harnorgane, Organa uropoëtica, in Peter (K), Wetzel (G), Heiderich (F): Handbuch der Anatomie des Kindes. Bd II, Bergmann, München, 1938, p. 8.

TABLEAU 35
SIÈGE DU HILE RÉNAL

Sér.	Nombre des cas	Rein droit			Rein gauche			Total		
		H. bord	H. face post.	H. face ant.	H. bord	H. face post.	H. face ant.	H. bord	H. face post.	H. face ant.
I	7	5	1	1	6	1	—	11	2	1
II	5	1	4	—	3	1	1	4	5	1
III	5	1	4	—	2	2	1	3	6	1
IV	8	2	6	—	5	3	—	7	9	—
V	8	4	3	1	4	2	2	8	5	3
VI	9	4	4	1	4	1	4	8	5	5
VII	14	4	10	—	5	3	6	9	13	6
VIII	10	2	8	—	3	4	3	5	12	3
IX	22	9	12	1	11	5	6	20	17	7
X	30	12	13	5	16	6	8	28	19	13
	118	44	65	9	59	28	31	103	93	40
		37,2%	55%	7,6%	50%	23,7%	26,2%	43,6%	39,4%	16,9%

Dans cette description de notre matériel d'étude, la dénomination «hile sur le bord» est applicable aux cas dans lesquels l'empiètement sur les faces antéro-externe et postéro-interne est le même à peu près; le «hile antérieur» est en général antéro-latéral, aucun cas ne se présentant exclusivement sur la face antéro-externe; le «hile postérieur» correspond à un sinus empiétant sur la face postéro-interne, la part correspondant au bord étant de petite étendue. Définis de cette façon les termes employés, on voit, au moyen du tableau 35, que le siège du hile sur le bord est le plus fréquent (43,6%), mais ce pourcentage est suivi de très près par celui du hile postérieur (39,4%); le hile antérieur ne fut observé que sur 16,9% des reins. Cette fréquence du hile sur le bord et sur la face postérieure est invertie dans les sér. II, III, IV, VII, VIII, correspondant ce fait à la petite différence des pourcentages totaux.

En considérant isolément les reins droits et les reins gauches, on obtient des données intéressantes: En effet chez le rein droit les pourcentages des cas de hile sur le bord et de hile postérieur sont 37,2 et 55, les cas de hile antérieur étant peu nombreux (7,6%). À gauche la différence entre le nombre de cas de hile sur le bord et celui des cas de hile postérieur est remarquable (50% et 23,7%), mais plus remarquable encore est le pourcentage des cas de hile antérieur (26,2), résultat final des nombres appartenant aux sér. VI, VII, IX et X.

La lobation du rein fœtal est un fait bien connu. Les reins des plus jeunes fœtus (sér. I) montrent un petit nombre de lobes (6 en moyenne) (Tableau 36), mais ensuite le nombre croît rapidement et dans la sér. IV atteint la moyenne de 18 qui se maintient pendant longtemps; au terme de la grossesse ce nombre est légèrement augmenté.

TABLEAU 36

LOBATION DES REINS

NOMBRE MOYEN DES LOBES

Sér	Rein droit Lobes	Rein gauche Lobes	Total Lobes
I	6	6	6
II	12	13	12
III	13	13	13
IV	16	21	18
V	20	16	18
VI	17	19	18
VII	17	18	18
VIII	18	17	18
IX	20	18	19
X	21	21	21

2.°

MORPHOLOGIE DES SURRÉNALES

Les glandes surrénales présentent un certain nombre de caractères, observés constamment dans les exemplaires étudiés.

Cette glande s'applique sur le rein dans une étendue plus au moins grande: après séparation des deux organes elle porte toujours une empreinte très nette. Cette empreinte peut être très petite et déterminée par le bord du rein (2,6% des cas), mais en général elle correspond au bord et à l'une des faces du rein dans une certaine étendue: c'est sur la face antéro-externe du rein que la surrénale s'étend

davantage, le contraire n'étant observé que dans un seul cas.

En appelant *grand recouvrement* celui qui se fait sur $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{5}$ de la face antéro-externe¹ et *recouvrement moyen* celui dont l'étendue est de $\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{8}$, 69,7% et 27,6% des reins appartiennent à ces groupes (Tableau 37). Parmi les fœtus très jeunes le

TABLEAU 37
ÉTENDUE DU CONTACT SURRÉNORÉNAL

	%										
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Grand recouvrement ($\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{5}$).	100	90	50	75	75	62	85	55	66	60	69,7
Recouvrement moyen ($\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{8}$).	—	10	50	25	18	37	14	27	30	38	27,6
Petit recouvrement (moins de $\frac{1}{9}$) . . .	—	—	—	—	6	—	—	16	4	2	2,6

grand recouvrement prédomine nettement (sér. I et II); au terme de la vie intra-utérine le nombre en est réduit au profit du recouvrement moyen.

Au-delà de l'empreinte rénale, la surrénale est aplatie dans le même sens que le rein.

La surface antéro-externe des surrénales de fœtus non putréfiés, présente des variations d'aspect qui peuvent être groupées sous trois chefs: a) glandes à surface lisse; b) glandes dont la surface est sillonnée total ou partiellement d'une rainure plus ou moins profonde, en général entamant le bord antéro-interne

¹ Il faut ne pas oublier que le calcul du rapport de l'étendue du contact surrénorénal à la surface antéro-externe du rein n'est pas aisé et, en ne faisant qu'une simple estimation, il est d'une imprécision manifeste.

et orientée soit obliquement en dehors et en haut, soit décrivant un arc du bord antéro-interne vers la partie inférieure du bord postéro-externe; c) glandes dont la surface est parcourue par plusieurs sillons, indépendants les uns des autres et découpant le bord de l'organe, quelquefois éloignés de ce bord ou par des sillons résultant de la bifurcation ou trifurcation de la rainure principale, alors s'intercroisant en délimitant des lobes.

La distribution de nos exemplaires par ces groupes est la suivante (Tableau 38).

Les exemplaires du premier groupe sont peu nombreux: il s'observent surtout parmi les fœtus plus jeunes; parmi les fœtus plus âgés l'existence de surrénales dont la surface antéro-externe est lisse, est tout-à-fait exceptionnelle.

Les glandes portant un seul sillon, le sillon principal, sont nombreuses et dans toutes les séries: en effet nous l'avons observé même dans les exemplaires de les sér. I et II, ce qui n'est pas en concordance avec l'affirmation de Albarran & Cathelin, qui font remonter sa formation au quatrième mois de la vie intra-utérine.

Les exemplaires montrant plusieurs sillons sont sans doute les plus nombreux (57,7%), mais il faut remarquer que dans les sér. I, II et III le nombre des exemplaires du deuxième groupe est beaucoup plus grand que celui des exemplaires du troisième groupe. Vers la fin de la grossesse, les surrénales dont la face antéro-externe est très ridée sont nettement plus nombreuses.

Il y a longtemps que l'observation a montré que la position de la surrénale sur le rein n'est pas la même chez le fœtus que chez l'adulte. Delamare a écrit que «chez le fœtus elles coiffent le pôle supérieur de l'organe urinaire; tantôt chez l'homme adulte elles sont pararénales ou vertébro-rénales,

car elles s'insinuent entre le rachis et le rein dont elles ne dépassent pas toujours l'extrémité supérieure» (p. 953). Tant cet auteur que Testut-Latarjet, décrivent chez l'adulte, d'après Albarran & Cathelin, trois positions sur le rein: «1.° Une *position haute*, dans laquelle la glande surrénale coiffe réel-

TABLEAU 38

SURRENALES

ASPECT DE LA SURFACE ANTÉRO-EXTERNE

%

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Surface lisse . .	21,4	—	20	—	—	—	—	—	2,2	0	2,5 %
Un seul sillon . .	78,5	75	80	37,5	31,2	56,2	53,5	44,4	31,8	13,3	39,7
Plusieurs sillons	—	25	—	62,5	68,7	43,7	46,4	55,5	65,8	86,6	57,7

lement le pôle supérieur du rein; c'est la disposition fœtale qui s'est conservée chez l'adulte. 2.° Une *position basse* dans laquelle la glande surrénale se trouve nettement située sur le côté interne du rein, au-dessus de son pédicule vasculaire. 3.° Une *position moyenne*, intermédiaire aux deux précédentes dans laquelle la glande surrénale est par rapport aux reins, ni supérieure, ni interne, mais supéro-interne» (Testut-Latarjet, t. III, p. 1078).

De ces transcriptions on pourrait déduire que la position de la surrénale chez le fœtus correspond à la position haute de l'adulte.

D'après nos observations nous ne pouvons pas nous rallier à cette affirmation. En effet nous n'avons pas observé une position correspondant entièrement à la position basse de l'adulte, mais la surrénale peut

se trouver sur le bord interne et recouvrir le pédicule vasculaire rénal, une partie importante coiffant le pôle supérieur. D'autre part il y a une position haute, identique à celle de l'adulte et une intermédiaire. Alors chez nos fœtus nous pouvons considérer trois positions aussi, mais en leur attribuant une signification un peu différente de celle, exposée ci-dessus: 1.° Une *position haute* dans laquelle la surrénale coiffe le pôle supérieur du rein, à la manière d'un bonnet phrygien. 2.° Dans la *position basse*, la surrénale dépasse toujours le pôle supérieur du rein, mais il y a un prolongement, parfois long et large, qui descend sur le bord antéro-interne du rein, couvrant le hile et le pédicule vasculaire. 3.° Dans la *position moyenne*, la disposition est identique à cette dernière, mais le prolongement n'atteint pas le hile, il est petit et il se situe très haut.

Dans le tableau 39 nous allons apprécier la distribution de nos exemplaires:

TABLEAU 39
POSITION DES SURRÉNALES

‰

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
P. haute . . .	—	20	30	12,5	25	37,5	28,5	27,7	20,4	18,3	21,5
P. moyenne . .	35,7	40	30	25	37,5	12,5	50	44,4	43,1	48,3	40,5
P. basse . . .	64,2	40	40	62,5	37,5	50	21,4	27,7	36,3	33,3	37,9

Les pourcentages correspondant aux positions moyennes et basses ne sont pas très différents (40,5 et 37,9), mais au contraire, la différence est significative relativement à la position haute (21,5 ‰).

La position basse a été plus fréquemment observée dans les sér. I à VI; ensuite les exemplaires de cette position deviennent subitement moins fréquents et à la fin de la vie fœtale la fréquence (33,3⁰/₀) ne reprend nullement les valeurs initiales (37,5 à 64,2⁰/₀). Ce fait ne viendrait pas en justification de la tendance à croire que la position basse chez l'enfant serait la cause de la grande fréquence de la position basse de l'adulte, par suite du grossissement du pôle supérieur du rein.

La position moyenne possède des valeurs plus hautes après la sér. VI, le pourcentage final (48,3) étant remarquable. La position haute, qui n'a pas été observée dans la sér. I, présente des valeurs qui, après la sér. VI, sont de plus en plus moindres.

L'affirmation de G. et M. Gérard que la surrénale droite occupe ordinairement la position moyenne, tandis que la surrénale gauche est le plus fréquemment en position basse, nous a porté à rechercher le comportement des glandes droite et gauche chez le fœtus (tableau 40).

Alors nous avons vérifié des différences dignes de mention: la surrénale droite est le plus fréquemment en position haute que la surrénale gauche (25,8⁰/₀ et 17,2⁰/₀); le même fait a été constaté relativement à la position moyenne (44,8⁰/₀ et 36,2⁰/₀). En opposition remarquablement nette, la surrénale gauche est le plus souvent en position basse (46,5⁰/₀) que la surrénale droite (29,2⁰/₀).

Quelle que soit la position de la glande surrénale sur le rein, elle dépasse toujours le plan de base du parallélépipède où l'on peut inscrire l'organe urinaire, souvent énormément (position haute) quelquefois à petite hauteur (position basse). Mais en 87,7⁰/₀ des cas la surrénale dépasse aussi les plans tangentiels aux bords antéro-interne et postéro-externe du rein, l'un et l'autre (42,2⁰/₀) ou un seul,

TABLEAU 40
POSITION DES SURRÉNALES
%

	Surrénale droite										Total	Surrénale gauche										Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
P. haute . .	—	20	40	25	37,5	50	62,5	33,3	22,7	16,6	25,8	—	20	20	—	12,5	25	21,4	22,2	18,1	20	17,2
P. moyenne.	42,8	60	20	12,5	25	25	75	55,5	40,9	66,6	44,8	28,5	20	40	37,5	50	—	57,1	33,3	45,4	30	36,2
P. basse . .	57,1	20	40	62,5	37,5	25	37,5	11,1	36,3	16,6	29,2	71,4	60	40	62,5	37,5	75	21,4	44,4	36,3	50	46,5

plus fréquemment le bord hilare (38,9%) que le bord opposé (3,6%).

Ce fait est étroitement relationné avec la forme de la glande surrénale.

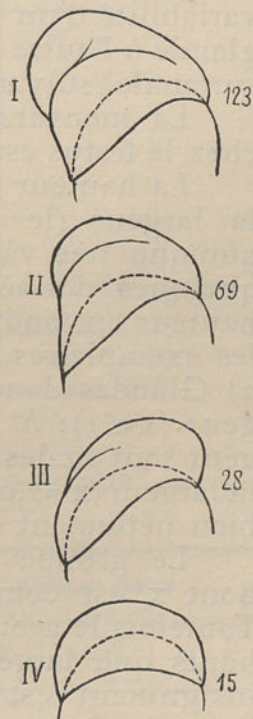
D'après Albarran & Cathelin, chez l'adulte «la forme la plus commune serait celle d'une grosse virgule renversée dont la tête, placée en bas, serait dans l'angle vertébro-rénal et dont la queue, dirigée en dehors, reposerait sur le rein lui-même».

Chez le fœtus cette comparaison ne serait pas justifiable. Parmi 236 exemplaires nous n'avons rencontré aucune surrénale en virgule renversée. Malgré les aspects si variés de la forme de la surrénale nous pouvons les ramener à quatre types morphologiques, dont le graphique 5 fait comprendre la forme schématique et la fréquence de chacun des types morphologiques. On voit que les formes les plus fréquentes sont des modalités du bonnet phrygien.

Les variations de forme entre les deux surrénales d'un même sujet sont très fréquentes.

La variété morphologique de la glande surrénale est de nature à ne pas rendre aisée sa mensuration. Cette glande présente un double aplatissement, exceptés les cas dont le volume et la forme sont tels qu'elle s'adapte étroitement au pôle rénal comme un béret basque à la tête de son porteur (une partie des surrénales du type 4). Un aplatissement se fait sur le rein et l'autre au delà de celui-ci, pré-

GRAPHIQUE 5



sentant une orientation d'avant en arrière et du dehors en dedans; parfois le bord antéro-interne est dévié du plan de la glande et ramené en dehors, devenant nettement antérieur.

L'épaisseur de la surrénale est d'une extrême variabilité d'un sujet à l'autre du même âge, d'une glande à l'autre sur le même sujet et dans une même surrénale, suivant le point considéré.

La mensuration de l'épaisseur des surrénales chez le fœtus est vraiment décevante.

La hauteur (le plus grand diamètre vertical) et la largeur (le plus grand diamètre transversal), quoique très variables aussi, se prêtent à cueillir quelques données intéressantes. En calculant la hauteur en fonction de la largeur, on peut grouper les exemplaires, en considérant trois groupements: *a)* Glandes dont la hauteur est inférieure à la largeur ($x < 1$); *b)* glandes dont la hauteur et la largeur sont égales ou la première un peu supérieure à la largeur ($x = 1,0$ à $1,5$); *c)* glandes dont la hauteur est bien nettement supérieure à la largeur ($x = 1,5$ à 2).

Le groupe plus nombreux ($54,8\%$) est celui dont x est compris entre $1,0$ et $1,5$ (tableau 41). Toutefois le groupe dont les exemplaires sont moins hauts que larges est important ($44,7\%$); presque insignifiant est le nombre des exemplaires très hauts ($0,4\%$).

L'examen des chiffres correspondent aux sériations et leur comparaison font remarquer que dans les sér. iv, v et vi les surrénales larges et à petit diamètre vertical sont plus nombreuses que celles du deuxième groupe. Aucune autre conclusion valable en peut être déduite.

Considérées séparément les surrénales droite et gauche (tableau 42), les pourcentages maintiennent les valeurs relatives de l'ensemble, aucun caractère particulier ne pouvant en être attribué.

TABLEAU 41
RAPPORT DE LA HAUTEUR À LA LARGEUR

$$H = re \times 1$$

Sér.	N.º ex.	< 1	1,0 à 1,5	1,5 à 2
		%	%	%
I	14	35,6	57,1	7,1
II	10	20,0	80,0	—
III	10	20,0	80,0	—
IV	16	62,5	37,5	—
V	16	87,5	12,5	—
VI	16	75,0	25,0	—
VII	28	39,2	60,7	—
VIII	18	50,0	50,0	—
IX	40	37,5	62,5	—
X	60	36,6	63,3	—
	228	44,7	54,8	0,4

TABLEAU 42
RAPPORT DE LA HAUTEUR À LA LARGEUR

$$H = re \times 1$$

Sér.	N.º ex.	Surrénale droite			Surrénale gauche		
		< 1	1 à 1,5	1,5 à 2	< 1	1 à 1,5	1,5 à 2
		%	%	%	%	%	%
I	7	57,1	42,8	—	14,2	71,4	14,2
II	5	20,0	80,0	—	20,0	80,0	—
III	5	20,0	80,0	—	20,0	80,0	—
IV	8	25,0	75,0	—	100	—	—
V	8	87,5	12,5	—	87,5	12,5	—
VI	8	75,0	25,0	—	75,0	25,0	—
VII	14	28,5	71,4	—	50,0	50,0	—
VIII	9	66,9	33,3	—	33,3	66,6	—
IX	20	40,0	60,0	—	35,0	65,0	—
X	30	4,6	53,3	—	26,6	73,3	—
	114	46,4	53,4	—	43,8	56,1	—

LEGENDA CONCERNANT LES EXEMPLAIRES
DONT LES DESSINS SONT REPRODUITS
DANS LES PLANCHES I ET II

Figs. 1 à 17: reproduction avec les dimensions naturelles.

Figs. 18 à 45: reproduction avec réduction de moitié.

Fig. 1, Obs. n.° 22, ♀, longueur 115 mm. Rein droit (Rd.): long, aplati dans le sens antéro-postérieur (aplat. ant-post.), hile sur le bord (H. bord), pôle inférieur gros, peu lobé. Rein gauche (Rg.): plus long que le Rd, aplati. ant-post., pôle inférieur plus gros (p. inf. gros), h. bord, peu lobé.

Surrénale droite (Sr. dr.): grand recouvrement (gr. recouv.), antérieur, dépassant les bords du rein, position moyenne, lobation ébauchée, forme type II, plus haute que large. Surrénale gauche: gr. recouv., ant., dépassant le bord int., p. basse, lobation ébauchée, plus haute que large, forme type I.

Fig. 2, N.° 7, ♂, 110 mm. Rd: long, aplati. ant-post., h. bord., peu lobé, pôle inf. gros. Rg: long, aplati. ant-post., h. bord., peu lobé.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dépassant les bords, p. basse, lob. ébauchée, forme type II, long. et larg. égales. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dépassant le bord interne, p. basse, lob. ébauchée, forme type I, moins haute que large.

Fig. 3, N.° 2, ♀, 100 mm. Rd: peu long, aplati. ant. post., h. post., peu lobé. Rg.: long, aplati. ant.-post., h. post., peu lobé, pôle inférieur gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dépassant les bords, p. basse, lob. ébauchée, forme type 4, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., ne dépassant pas les bords, p. basse, lob. ébauchée, forme type 2, plus haute que large.

Fig. 4, N.° 158, ♀, 105 mm. Rd.: long, aplati. ant-post., h. bord, peu lob., pôles égaux. Rg.: long, aplati. ant.-post., h. bord, peu lobé.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dépassant les bords, p. basse, lob. faiblement ébauchée, forme type 1I, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dépassant les bords, p. basse, lob. faiblement ébauchée, forme type II, plus haute que large.

Fig. 5, N.° 49, ♂, 129 mm. Rd.: très long, petit aplati. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux. Rg.: long, petit aplati. ant.-post., h. bord, lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dépassant le bord interne, p. moyenne, lob. faiblement ébauchée, forme type I, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv. ant., dépassant les bords, lob. ébauchée, p. basse, forme type II, moins haute que large.

Fig. 6, n.° 87, ♂, 132 mm. Rd: très long, petit aplati. ant.-post., h. post., lob. Rg.: long, petit aplati. ant.-post., h. bord, pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dép. pas les bords, p. moyenne, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dépassant les bords, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 7, N.° 159, ♀, 155 mm. Rd.: long, aplati. ant.-post., h. bord, pôle inf. gros, lob. Rg.: long, aplati. ant.-post., h. bord, pôle sup. gros, lob.

Sr. d.: petit recouv. ant., ne dép. pas les bords, p. moyenne, lob. ébauchée, forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. bord interne, p. basse, lob. ébauchée, forme type II, plus haute que large.

Fig. 8, N.° 3, ♂, 170 mm. Rd.: long, larg. et épaisseur égales, h. post., lob., pôle sup. gros. Rg.: long, aplat. ant.-post., h. ant., lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords, p. haute, lob. ébauchée, forme type IV, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, sans lob., forme type II, longueur et largeur égales.

Fig. 9, C, ♂, 166 mm. Rd.: long, h. bord, lob., pôles égaux. Rg.: long., aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. bord interne, p. basse, lob. ébauchée, forme type I, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép., le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 10, N.° 153, ♀, 166 mm. Rd.: très long, aplat. transvers., h. post, lob. pôle sup. gros. Rg.: long, épaisseur et largeur égales, lob., pôles égaux.

Sr. d.: petit recouv. bord, dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type II, moins haute que large. Sr. g.: petit recouv., bord, dép. les bords, p. haute, lob., forme type IV, moins haute que large.

Fig. 11, N.° 71, ♀, 162 mm. R. d.: long, petit aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux. R. g.: très long, aplat. ant.-post, h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob. forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. moyenne, lob. ébauchée, forme type I, plus haute que large.

Fig. 12, N.° 6, ♂, 210 mm. R. d.: trop long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle inf. gros. R. g.: très long, aplat. transversal, h. bord, lob. pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. basse, lob., plus haute que large.

Fig. 13, N.° 41, ♀, 192 mm. R. d.: peu long, aplat. ant.-post., h. post, lob., pôles égaux. R. g.: très long, aplat. transversal, h. bord, lob. pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type II, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, moins haute que large.

Fig. 14, N.° 35, ♂, 222 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: très long, largeur et épaisseur égales, h. bord, lob., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. haute, lob. forme type IV, plus haute que large. Sr. g.: petit recouv., ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 15, N.° 46, ♂, 300 mm. R. d.: très long, aplat. transversal, h. post., lob., pôle inf. gros. R. g.: très long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type I, moins haute que large. Sr. g.: le même que Sr. d.

Fig. 16, N.° 15, ♂, 226 mm. R. d.: long, largeur et épaisseur égales, h. post., lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. transversal, h. post., lob., pôles égaux.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type II, hauteur et largeur égales. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 17, N.° 23, ♀, 220 mm. R. d.: long, aplat. ant.-post., h. post., petite lob., pôles égaux. R. g.: peu long, aplat. ant.-post., h. post., petite lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. haute, lob., forme type IV,

moins haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large.

Fig. 18, N.° 27, ♂, 230 mm. R. d.: très long, largeur et épaisseur égales, h. bord, petite lob., pôles égaux. R. g.: long, largeur et épaisseur égales, hile ant., lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. bord int., p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: recouv. ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 19, N.° 13, ♂, 295 mm. R. d.: long, aplat. ant.-post., h. post, lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, forme type I, plus haute que large, p. basse.

Fig. 20, N.° 156, ♀, 240 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. antérieur, lob., pôle sup. gros. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. antérieur, lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. moyenne, forme type II, largeur et hauteur égales.

Fig. 21, N.° 56, ♀, 310 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. ant., lob., pôles égaux.

Sr. d.: petit recouv., bord, ne dép. les bords, lob., forme type IV, p. haute, plus haute que large. Sr. g.: petit recouv., ant., dép. les bords, p. basse, forme type II, lob., plus haute que large.

Fig. 22, N.° 49 a, ♀, 290 mm. R. d.: très long, largeur et épaisseur égales, h. bord, lob., pôle inf. gros. R. g.: long, léger aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux.

Sr. d.: petit recouv., ant., lob., dép. le bord interne, p. haute, forme type IV, plus longue que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. bord interne, p. haute, lob., forme type II, plus haute que large.

Fig. 23, N.° 55, ♀, 320 mm. R. d.: long, largeur et épaisseur égales, h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: très long, aplat. transversal, h. bord., lob., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. bord interne, p. haute, lob., forme type II, moins haute que large.

Fig. 24, N.° 12, ♂, 375 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle inf. gros. R. g.: mêmes caractères que le R. d.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, lob., p. basse, forme type I, hauteur et largeur égales. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type II, moins haute que large.

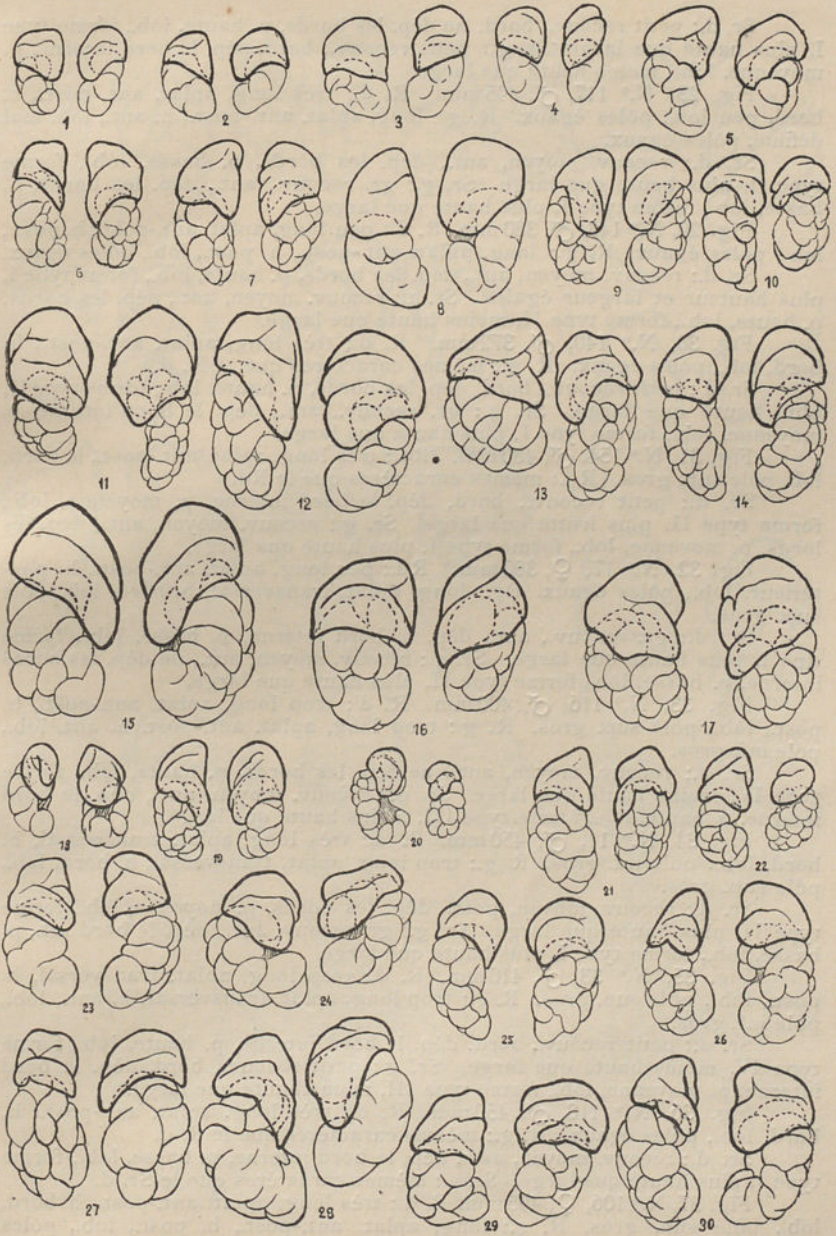
Fig. 25, N.° 74, ♂, 310 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord int., p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: petit recouv., ant., dép. les bords, p. haute, lob., forme type I, moins haute que large.

Fig. 26, N.° 28, ♀, 340 mm. R. d.: très long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: très long, aplat. transversal, h. ant., lob., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords, p. haute, lob., forme type IV, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords, p. haute, lob., forme type I, moins haute que large.

Fig. 27, N.° 59, ♀, 440 mm. R. d.: très long, largeur et épaisseur égales, h. post., lob., pôles égaux. R. g.: très long, léger aplat. transversal, h. post., lob., pôles égaux.



Sr. d.: petit recouv., bord, ne dép. les bords, p. haute, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: petit recouv., bord, dép. le bord interne, p. moyenne, lob., moins haute que large.

Fig. 28, N.° 117, ♂, 495 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, peu lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. ant., lob. mal définie, pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 29, N.° 148, ♂, 380 mm. R. d.: peu long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. haute, lob., forme type I, plus hauteur et largeur égales. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. haute, lob., forme type II, moins haute que large.

Fig. 30, N.° 140, ♂, 372 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: mêmes caractères que le R. d.

Sr. d.: petit recouv., bord, dép. les bords, p. haute, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 31, N.° 154, ♂, 480 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob. pôle sup. gros. R. g.: mêmes caractères que le R. d.

Sr. d.: petit recouv., bord, dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 32, N.° 17, ♀, 380 mm. R. d.: peu long, aplat. ant.-post., h. postérieur, lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords interne, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large.

Fig. 33, N.° 116, ♂, 400 mm. R. d.: trop long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôle sup. gros. R. g.: trop long, aplat. ant.-post. h. ant. lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords, p. haute, lob., forme type IV, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. haute, lob., forme type III, moins haute que large.

Fig. 34, N.° 11, ♂, 450 mm. R. d.: très long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle inf. gros. R. g.: trop long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, post., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv. ant., dép. le bord int., p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

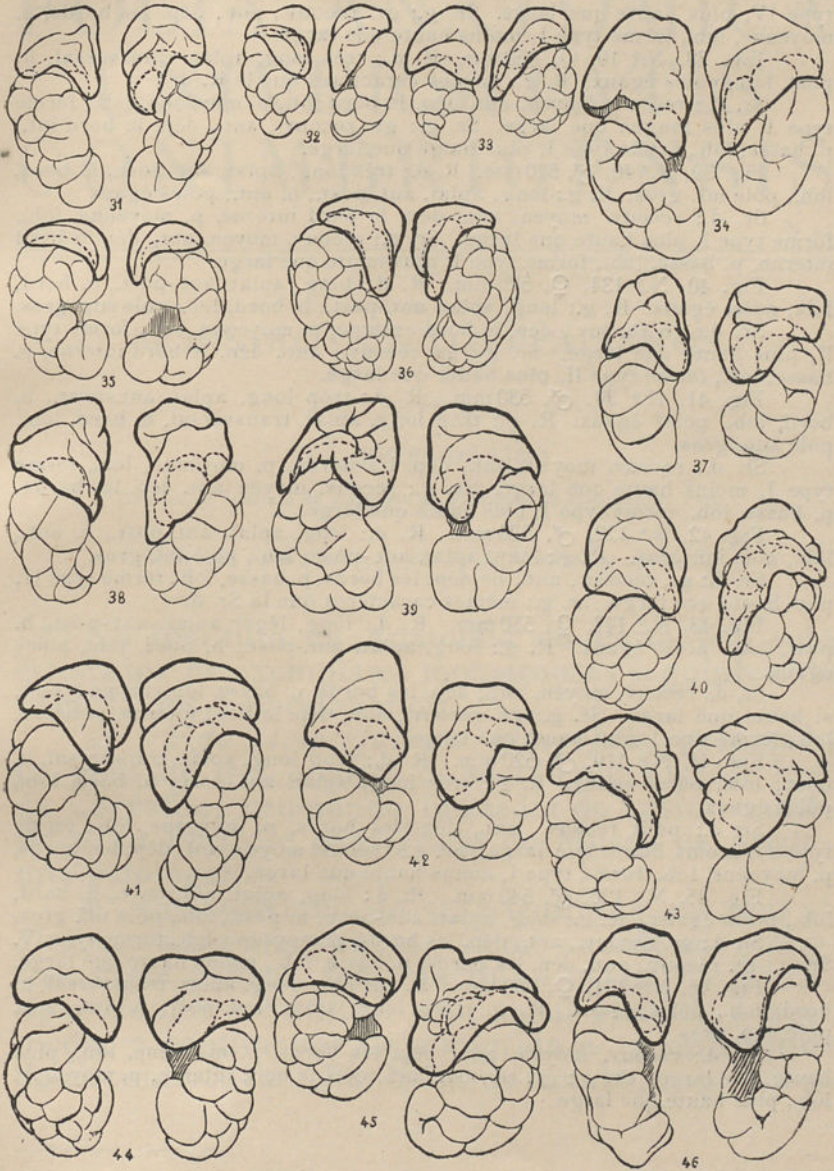
Fig. 35, N.° 33, ♂, 410 mm. R. d.: trop long, aplat. transversal, h. post., lob., pôle sup. gros. R. g.: trop long, aplat. transversal, h. ant., lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: petit recouv., bord, dép. le bord interne, p. haute, lob., forme type IV, moins haute que large. Sr. g.: petit recouv., bord, dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type III, moins haute que large.

Fig. 36, N.° 118, ♂, 450 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: mêmes caractères que le R. d.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: mêmes caractères que le Sr. d.

Fig. 37, N.° 106, ♀, 495 mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle sup. gros. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôles égaux.



Sr. d.: recouv. moyen, ant., ne dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type IV, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type I, moins haute que large.

Fig. 38, N.° 19, ♀, 450mm. R. d.: très long, aplat. transversal, h. post, lob., pôles égaux. R. g.: mêmes caractères que le R. d.

Sr. d.: recouv. moyen, ant. dép. le bord int., p. moyenne, lob., forme type I, plus longue que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord int., p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 39, N.° 46, ♂, 510mm. R. d.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle inf. gros. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. ant., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., forme type I, plus haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 40, N.° 134, ♀, 520mm. R. d.: long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: gr. recouv., dép. le bord externe, p. moyenne, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large.

Fig. 41, N.° 39, ♂, 530mm. R. d.: trop long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: trop long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type I, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant. dép. les bords, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 42, N.° 122, ♂, 520mm. R. d.: long, aplat. ant.-post., h. ant., lob., pôle inf. gros. R. g.: long, aplat. ant.-post., lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., ne dép. les bords, p. basse, lob., forme type II, plus haute que large. Sr. g.: mêmes caractères que la Sr. d.

Fig. 43, N.° 147, ♀, 550mm. R. d.: long, léger aplat. ant.-post., h. post, lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. basse, lob., forme type I, si haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. basse, lob., forme type I, plus haute que large.

Fig. 44, N.° 119, ♂, 520mm. R. d.: trop long, aplat. transversal, h. post., lob., pôles égaux. R. g.: très long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux.

Sr. d.: petit recouv., ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type II, moins haute que large. Sr. g.: recouv. moyen, ant. dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type I, moins haute que large.

Fig. 45, N.° 126, ♂, 540mm. R. d.: long, aplat. ant.-post., h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: long, aplat. ant.-post., h. post., lob., pôle inf. gros.

Sr. d.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., forme type IV. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. les bords, p. basse, lob., moins haute que large.

Fig. 46, N.° 131, ♀, 500mm. R. d.: trop long, aplat. transversal, h. bord, lob., pôles égaux. R. g.: trop long, aplat. ant.-post., h. ant., lob., pôle sup. gros.

Sr. d.: recouv. moyen, ant., dép. les bords, p. moyenne, lob., plus haute que large. Sr. g.: gr. recouv., ant., dép. le bord interne, p. moyenne, lob., plus haute que large.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XV

N 14

MONSTROS CICLOCEFALIANOS

POR

J. A. PIRES DE LIMA

Director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto

(Recebido pela Redacção em 19 de Novembro de 1940)

No Instituto de Anatomia do Pôrto têm sido estudados os exemplares monstruosos seguintes, da Família dos ciclocefalianos:

A) ¹ *Feto ciclocefaliano rinocéfalo*, preparado há mais de três quartos de século por Vicente José de Carvalho, venerando fundador do ensino anatómico no Pôrto, e conservado no Museu de Anatomia patológica.

É um indivíduo do sexo feminino, no qual só a cabeça seria monstruosa. Como sucede aos monstros dêste género, tem, na linha média da frente, uma tromba cilíndrica, com canal central, a qual media 2 centímetros de comprimento e 35 milímetros de circunferência. Por baixo da tromba, encontra-se

¹ J. A. Pires de Lima — «Sobre três monstros ciclocefalianos» (*Anais Científicos da Faculdade de Medicina do Pôrto*, IV, 1918).

um volumoso olho médio único, com uma grande pálpebra superior e outra inferior, formada pela fusão de duas.

O globo ocular é disforme, bem como as orelhas. Infelizmente não pôde estudar-se o encéfalo dêste monstro, o qual tinha sido retirado numa antiga autópsia.

B) ¹ Feto ciclocefaliano ciclocéfalo, do sexo masculino, preparado pelo antigo professor Moreira de Barros, pela mesma época do anterior, e também arquivado no Museu de Anatomia patológica.

Nota-se *genu varum* muito acentuado nos dois membros inferiores e os pés são igualmente bôtos varos. Por baixo das sobrançelhas rudimentares, vê-se uma extensa fenda palpebral. A pálpebra inferior é nitidamente formada pela união de duas, que apresentam, perto da sua fusão, cada uma um ponto lacrimal.

As pálpebras estão fechadas e, por trás delas, nota-se uma massa amorfa, que não tem aspecto de globo ocular.

O lábio superior é muito saliente e projectado para diante. As orelhas eram disformes.

Ao contrário do primeiro caso, o frontal era único, sem vestígios de sutura metópica.

Infelizmente também não foi possível estudar as vísceras dêste feto monstruoso.

c) ¹ Crânio de feto n.º 24 da colecção do Museu do Instituto de Anatomia. Peça pequeníssima, de 17 gramas de pêso, que deu entrada no Museu em Outubro de 1917.

As suas bossas parietais, bem como a bossa frontal única, são muito salientes. Não tem vestí-

¹ J. A. Pires de Lima — «Sobre três monstros ciclocefalianos» (*Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Pôrto*, iv, 1918).

gios de fontanelas. A órbita é única, oval e, tanto a sua abóbada como a base, têm concavidades duplas separadas por cristas médias pouco acentuadas. Buraco óptico único. A abobada orbitária é formada pelo frontal único e o pavimento pelas grandes asas do esfenoide, malares e maxilares superiores.

Não existem fossas nasais, nem os seguintes ossos: nasais, unguis, etmoide, vomer, palatinos, turbinados e apófises montantes dos maxilares.

A superfície endocraniana não tem apófise crista-galli, nem lâmina crivada.

D)¹ Desenvolvido estudo do feto duma Cabra ciclocefaliana que o Prof. Froilano de Melo me mandou da Índia. Era do sexo masculino e a monstruosidade era apenas cefálica: olho médio único, com duas córneas e três pálpebras, ausência de fossas nasais, mandíbula prógnata. O frontal era único e havia dois interparietais e um osso supranumerário, que denominei inter-zigomático.

Estudei a anatomia macroscópica do encéfalo, bem como as origens aparentes dos nervos cranianos. O nervo óptico era único.

A-pesar-de ser, certamente, recém-nascido, já tinha alguns dentes êste feto monstruoso.

Confrontei esta Cabra ciclocefaliana ciclocéfala com outras observações do mesmo género publicadas no estrangeiro.

E)²⁻³ Finalmente estudei, em 1921, um raro exemplar de monstro humano ciclocefaliano cebocéfalo, do sexo feminino.

¹ J. A. Pires de Lima — «Anatomy of a fetus of a cyclopean Goat» (*The Anatomical Record*, XIX, 2, July 1920).

² J. A. Pires de Lima — «Estudo dum monstro cebocéfalo» (*Portugal Médico*, N.º 11 de 1921).

³ J. A. Pires de Lima — «L'encéphale d'un monstre cébocéphalien» (*Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*, Paris, Tome LXXXIV — Séance du 9 Mars 1921).

Grande aproximação dos olhos, atrofia do nariz, cujas fossas nasais estão reduzidas a uma estreita fenda média.

Crânio de volume muito reduzido.

Ausência de fontanelas e de ossos nasais. Atrofia dos ossos do crânio, compensada pelo exagerado desenvolvimento da face.

À Sociedade de Biologia de Paris ¹ apresentei um desenvolvido estudo da anatomia macroscópica do encéfalo dêste raro monstro, (rombencéfalo normal; desvios morfológicos do mesencéfalo, do diencéfalo e sobretudo do telencéfalo; agenesia completa do rinencéfalo, falta de sulco inter-hemisférico).

Êste monstro possuía divertículo de Meckel e não tinha músculos palmares delgados ².

Confrontei o meu caso com outros cujas observações foram publicadas no estrangeiro.

F) ³ Porco ciclocefaliano rinocéfalo proveniente de Aldonã (Índia) e estudado por J. Filipe Ferreira. Orbita e olho únicos, enormes. Pálpebra superior única e pálpebra inferior com vestígios da soldadura de duas. Longa tromba nasal, com esqueleto central, anexo ao osso frontal.

Estudo minucioso do crânio e do encéfalo.

G) ³ Nova observação de Porco ciclocefaliano rinocéfalo, do sexo feminino. Grande fenda palpebral única, ladeada por esboços de quatro pálpebras, ausência dos globos oculares, grande tromba nasal, com esqueleto anexo ao frontal, como no caso anterior.

¹ J. A. Pires de Lima — «L'encéphale d'un monstre cébocéphalien» (*Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie, Paris, Tome LXXXIV* — Séance du 9 Mars 1921).

² Espregueira Mendes — «O músculo palmar delgado» (*Tese do Pôrto, 1926*).

³ J. Filipe Ferreira — «Monstros ciclopes» (*Arquivo de Anatomia e Antropologia, XIV, 1938*).

Os ossos do crânio estão notavelmente atrofiados e o encéfalo é semelhante ao da observação anterior.

H) ¹ Caso de cebocefalia num Porco, observado, como os dois anteriores, por J. Filipe Ferreira.

É estudado o crânio e o encéfalo dêste monstro, que têm certa semelhança com o cebocéfalo humano por mim estudado (E).

O mesmo investigador observou ainda um bacorinho anencéfalo, produto de outra ninhada da mesma porca, mãe do cebocéfalo.

Todos os monstros estudados por J. Filipe Ferreira, assim como dois dos cinco estudados por mim, eram do sexo feminino; outros meus dois casos são do sexo masculino e um de sexo desconhecido. É já notória a predominância do sexo feminino nas monstruosidades da família dos Ciclocefalios

Além das oito observações portuenses, só conheço mais dois casos registados em Portugal.

O Prof. Silva Amado ² autopsiou na *Morgue* de Lisboa um feto monstruoso ciclocefalio rinocefalo, ao qual prefere chamar, segundo a nomenclatura de Gintrac, *rino-ciclope*. Possuía tromba canaliculada, globo ocular atrofiado, sem vestígios de córnea. Estudou cuidadosamente o crânio, bem como o encéfalo do monstro, que era muito atrofiado.

Azevedo Neves ³ cita outro caso de rinocefalia, exemplar que pertencia ao antigo museu da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

A esta pequena série de ciclopes observados em Portugal, juntarei mais um caso, cuja observação será muito sumária, pelo motivo abaixo exposto.

Trata-se dum monstro humano ciclocefalio

¹ J. Filipe Ferreira — «Monstros ciclopes» (*Arquivo de Anatomia e Antropologia*, XIV, 1938).

² J. J. Silva Amado — «Um monstro rhino-cyclope» (*A Medicina Contemporânea*, 2-v-1895).

³ Azevedo Neves — «Prática de autópsias», 1, Lisboa, 1909.

rinocéfalo do sexo masculino, com polidactilia nas mãos (Fig. 1), o qual nasceu, com sete meses de gestação, no Hospital de Santo António, a 13-VI-940, entrando no nosso museu já macerado e em comêço de putrefacção. Pesava 1^{kg},320 e nêle tomei as medidas seguintes:

Comprimento do feto do <i>vertex</i> ao côccis	28 c.
Circunferência da cabeça, desconjuntada	20 c.
Circunferência do pescoço	20 c.
Circunferência do tórax, pelas axilas.	26 c.

A mãe dêste feto tinha 44 anos de idade e era natural de Gondomar.

A tromba tem uma depressão terminal e mede 14 mm. de comprimento, a fenda palpebral mede 15 mm. de largo e a boca 3 c.

A fenda palpebral é em forma de losango, limitada por quatro pálpebras. O olho único é inteiramente disforme, formado por uma substância fibrosa amorfa. As orelhas eram grandes e muito disformes, sobretudo a direita.

O osso frontal era duplo, com nítida sutura metópica.

A dura mater era muito espessa e o encéfalo estava inteiramente decomposto. Só se via nítidamente o nervo óptico a penetrar num buraco óptico único, situado na linha média.

Os rochedos eram hipertrofiados e a base do crânio muito parecida com a da minha observação (c).

Como se vê na Fig. 1, êste monstro apresenta sextos dedos rudimentares nas mãos, com a forma pediculada que eu designei com o nome de polidactilia transitória ¹.

¹ J. A. Pires de Lima — «Polydactylie transitoire» (*Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*, T. LXXXIII, Paris, juillet, 1920).

Verifiquei que êste monstro não possuía músculo presternal, nem divertículo de Meckel.

Ilustrarei êste trabalho com a fotografia de um belo molde em gesso de um monstro humano ciclocefaliano rinocéfalo (Fig. 2), que me ofereceu em 1928 o Dr. Augier, chefe dos trabalhos do Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina de Paris.

A peça fôra modelada pelo conhecido e hábil escultor P. Roux, colaborador de Augier.

No molde vê-se muito bem a tromba nasal canaliculada e um ôlho enorme, com duas córneas distintas.

Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina
do Pôrto (subsidiado pelo Instituto para
a Alta Cultura).

RÉSUMÉ

Mention des cas de Cyclopie observés au Portugal et observation d'un nouvel exemplaire: fœtus à sept mois de gestation. Comme l'on voit sur la Fig. 1, il s'agit d'un monstre cyclocéphalien rhinocéphale, avec un petit doigt surnuméraire en chaque main.

La trombe nasale est longue et la fente palpebrale losangique, limitée par quatre paupières. L'œil unique, tout-à-fait difforme, avait un seul nerf optique.

Oreilles difformes et hypertrophiées, ainsi que les rochers.

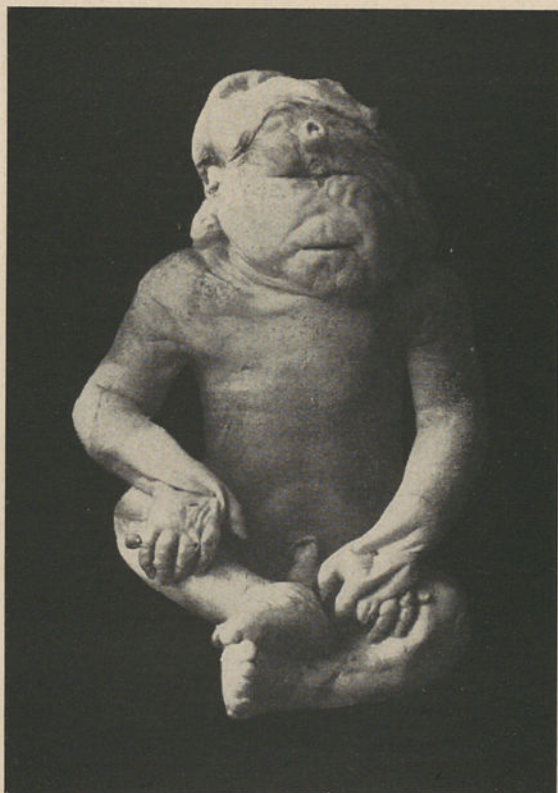


Fig. 1



Fig. 2

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XV

N 15

ANOMALIAS DO MÚSCULO DIGÁSTRICO DA MANDÍBULA

POR

DR. MARTIN SANCHEZ BREZMES

Prof. auxiliar da Faculdade de Medicina de Madrid

(Recebido pela Redacção em 27 de Dezembro de 1940)

O nosso trabalho é o resumo de uma série de anomalias do músculo digástrico da mandíbula, encontrados nos cadáveres, que durante vários anos têm sido dissecados na sala de Dissecção, tanto pelos alunos, como por nós professores.

Na pesquisa destas anomalias nos ajudou intensamente o que foi interno do nosso serviço, Dr. Gómez Oliveros, a quem agradecemos pela colaboração que nos prestou a todo o momento.

Recordemos resumidamente, que o digástrico da mandíbula (*biventer mandibulae*) é um músculo, assim denominado por ser constituído por dois ventres, um anterior e outro posterior, reunidos por um tendão intermédio. Este músculo pertence à região suprahióidea. Por um lado insere-se na fosseta mentoniana, e, descrevendo uma larga curva com a concavidade para cima, abarca a glândula subma-

xilar, vindo terminar por outro lado na ranhura digástrica da apófise mastóidea. O seu ventre anterior forma com o do outro lado e o osso hióide um triângulo, que se encontra coberto pela aponevrose suprahióidea e sobre êle se situam os gânglios suprahióideos médios. Sabido está que êste músculo atravessa o estilo-hióideo, ao nível do qual se fixa sobre o osso, hióide.

A fig. n.º 1 corresponde à inserção normal do ventre anterior do músculo digástrico.

Para maior clareza vamos dividir em vários grupos as anomalias por nós encontradas:

Primeiro: *Reunião dos ventres anteriores sobre a linha média.*

As anomalias desta natureza por nós encontradas, são numerosíssimas e a elas se referem quasi todos os nossos casos (figs. n.ºs 2, 5, 6, 7 e 8).

Como se pode observar pelas figuras, umas vezes (fig. 2) os tendões de um e outro lado fundem-se formando um tendão único que vem a confundir-se sobre ambas as fossetas digástricas, e que se inserem em tôda a sínfise do mento. Outras vezes (figs. 5 e 6) realiza-se uma verdadeira mistura de fibras musculares e tendinosas que chegam a constituir uma rede muscular intrincada que tapa por completo a inserção dos músculos milo-hióideos. O caso representado na figura 7 é pouco freqüente e por certo muito curioso: o ventre anterior dos digástricos terminam bifurcando-se sobre o rafe aponevrótico do pavimento da bôca, (sem chegar, porém, a inserir-se no maxilar). Na figura 8 representamos um caso, também pouco freqüente, no qual o músculo digástrico é em realidade trigástrico, pois a sua inserção mandibular se reúne no centro num tendão intermédio que vem a perder-se na sínfise do mento.

Todos estes casos, que encontramos no homem, sabemos que são constantes nos Cercopitecos e a

formação de um músculo trigástrico tinha sido vista e descrita por Wood, Hallet, Weber e outros. Esta anomalia representa o músculo descrito no boi por Chauveau e Arloing: pequeno músculo quadrilátero situado na base da língua e que reúne entre si os dois ventres anteriores do músculo digástrico.

Segundo: *Inserção do digástrico sobre o ângulo da mandíbula* (figs. 9 e 10).

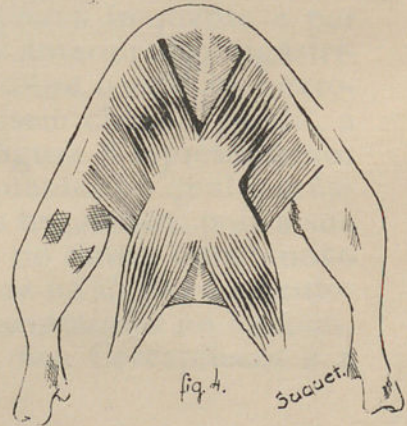
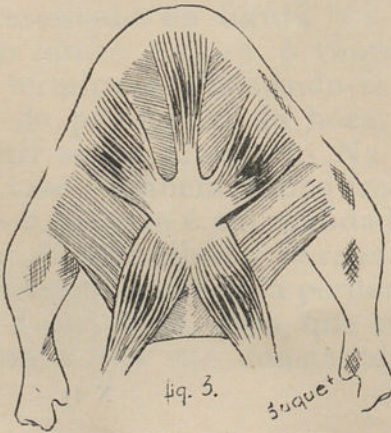
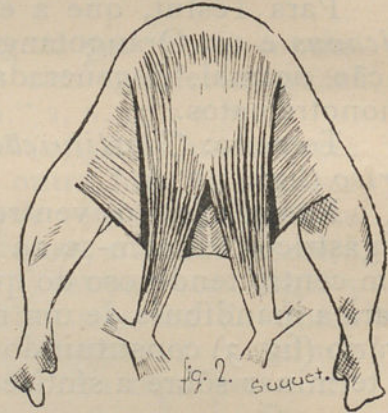
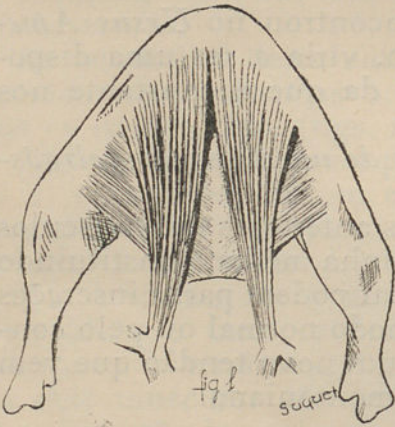
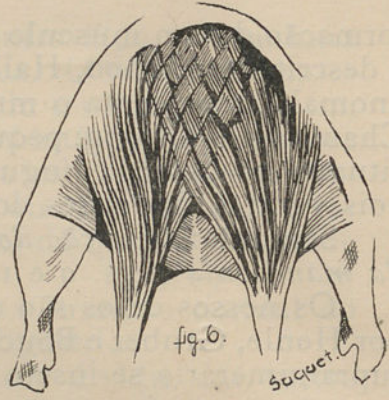
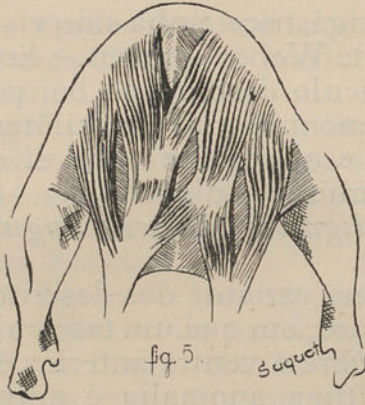
Os nossos casos são uma variante dos descritos por Henle, Gruber e Bouchard, em que um fascículo supranumerário se insere sobre o ventre anterior ou o ventre posterior (esta última anomalia é muito mais freqüente).

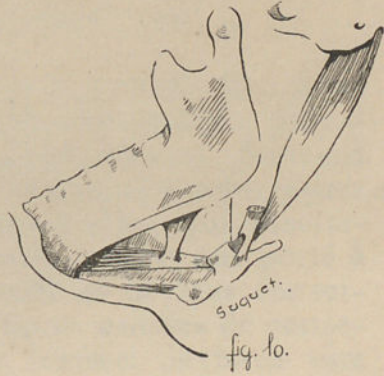
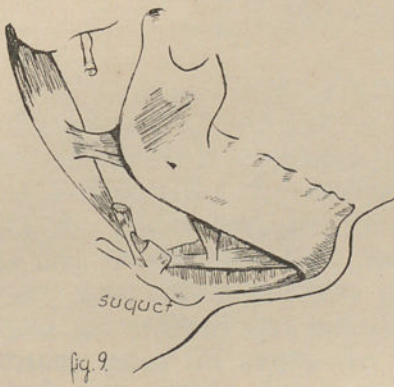
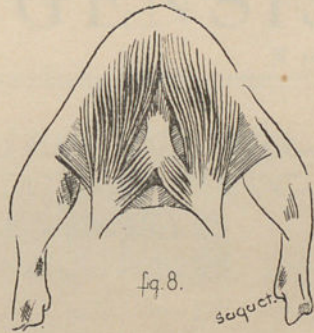
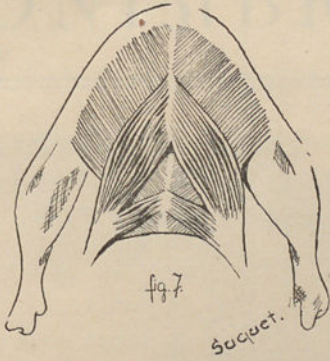
Para Testut, que a encontrou no *Ursus Americanus* e no Orangotango, viria a ser uma disposição normal, degenerada da que é constante nos monotrematos.

Terceiro: *Constituição de um músculo poligástrico* (figs. 3 e 4).

Nestes casos os ventres anteriores dos músculos digástricos fundem-se na linha média, constituindo um centro tendinoso do qual podem partir inserções para a mandíbula de um modo normal ou pelo contrário (fig. 3) constituindo um novo tendão que vem a terminar sobre a sínfise mentoniana.







FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XV

N 15-A

MATÉRIAUX POUR L'ÉTUDE DES FOR- MATIONS OU MODIFICATIONS STRUC- TURALES UTÉRO-ANNÉXIELLES SUPPOSÉES PATHOLOGIQUES

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la Rédaction le 25 Décembre 1940)

Plusieurs de nos collègues ont voulu bien nous confier des pièces fraîches utéro-annéxielles, provenant d'interventions faites par eux-mêmes. Souvent nous y avons vu des modifications morphologiques utérines, para-utérines ou annéxielles qui suscitèrent des doutes sur leur nature et nous ont porté à penser aux conséquences possibles de leur conservation, en évitant des mutilations, grosses de conséquences pour la santé de la femme, devenue une malade par suite des troubles hormonales qui en résultent. Quelquefois nous avons reconnu que nos doutes sur la légitimité de l'excision, étaient justifiées, quoique consacrée par la routine, résultante d'une connaissance encore imparfaite de la pathologie de ces organes.

Alors nous nous sommes attachés à faire une révision de tous les cas soumis à notre étude. Les matériaux acquis de cette façon sont amassés et nous

sommes en train de recueillir les résultats de notre enquête. Ce sont ces matériaux qui nous allons présenter peu à peu, aidés dans cette tâche par le fond Sá Pinto, dont la coopération financière nous tenons à enregistrer et à remercier en ce moment.

OBSERVATION

I

M., vierge, âgée de 38 ans. Ménorragies et métrorragies à étiologie non déterminée à cause de la résistance opposée par la malade à tous les examens blessant sa pudeur. L'insuccès des moyens médicaux et de la radiothérapie ovarienne a fait recourir à la hystérectomie sous-totale. Le corps de l'utérus et les annexes nous sont envoyés.

Utérus: Le corps de l'utérus est déformé par une tumeur qui fait une grosse bosselure dans la face postérieure. La coupe médiane sagittale de l'organe a montré que cette tumeur, dont la nature myomateuse a été avérée par l'étude microscopique, siège dans la paroi postérieure de la cavité utérine, développée vers la sous-séreuse; elle mesure 5 centimètres de diamètre.

A l'ouverture de la cavité utérine, on vérifie l'existence d'une autre tumeur, myomateuse aussi, relevée en bosse sous la muqueuse du bord latéral gauche, plus grosse vers le col utérin; ce polype sessile, olivaire, mesure 38 millimètres sur son plus grand diamètre. Le coupage en tranches parallèles sagittales de tout le corps de l'utérus, révèle un semis de myomes, les plus petits vraiment microscopiques, les plus grands ne dépassant pas les dimensions d'un gros grain de mil.

L'endomètreum frais était tacheté de rose, surtout au-dessous de la saillie polypeuse: une intu-

mescence molle forme un lit au bout plus gros du polype. À ce niveau surtout, la muqueuse est épaissie; de même que dans toute la muqueuse d'ailleurs (Fig. 1), les tubes sont nombreux, de diamètre petit, quoique variable à la surface, extrêmement irrégulier et plus ou moins distendus vers la profondeur; les plus profonds émettent vers le myométrium des pointes, dont les coupes transversales se voient entourées de tissu musculaire. L'épithélium de ces tubes, au voisinage de la surface, est formé d'une assise simple, bien nette, de cellules prismatiques à protoplasma clair, pourvues d'un plateau apical, dont les cils sont en partie détachés ou agglutinés; les noyaux, siégeant à la moitié basale de la cellule, forment une rangée régulière. Vers la profondeur beaucoup de tubes maintiennent cet aspect; d'autres tubes sont revêtus d'un épithélium plus foncé, plus haut; les noyaux allongés s'entassent et ébauchent par ci par là la duplication de l'assise. Les segments inclus dans le myométrium montrent des cellules claires, bien délimitées; ces tubes sont entièrement dépourvus d'enveloppe cytogène. Dans l'endomètre ce tissu du chorion est le siège de petits épanchements de globules rouges. Pas de figures de mitose dans l'épithélium, à moins que la recherche ne soit longue et sur une grande étendue.

Les interstices du myométrium sont remplis d'un conjonctif très lâche qui maintient béants les capillaires sanguins et lymphatiques, nombreux, sillonnant ce tissu en tous sens. Ce tissu est abondamment pourvu de fibrocytes et infiltré d'une quantité discrète de lymphocytes, parfois mélangés de plasmocytes et d'éosinophiles.

Parmi les sections d'artères myométriales, qui par le diamètre de leur lumen mériteraient la dénomination de artérioles, classification démentie par l'épaisseur de la mésartère, on voit, tant dans les

sections transversales que dans les sections longitudinales, une conformation de l'endartère à laquelle il faut prêter beaucoup d'attention. Il s'agit d'épaississement de l'endartère en l'absence de tout vestige de processus inflammatoire, actuel ou ancien.

Pour arriver à cette conclusion nous avons mis de côté de propos délibéré, tous les faits d'observation pouvant être suspectés d'être le résultat de l'orientation du plan de la coupe relativement à l'axe du vaisseau. En effet nous avons rejeté, comme pouvant donner lieu à confusion: les épaisissements de l'endartère dont les détails structuraux ne peuvent pas être observés tous dans un même plan optique; tous ceux dont l'observation démontre le bouleversement de la disposition circulaire des fibres lisses composant la mésartère, ce qui éloigne de la discussion des faits concernant les coupes avoisinant l'origine d'une branche artérielle; tous ceux qui montrent une participation de fibres musculaires à la formation du supposé épaisissement; encore tous ceux dont la disposition des fibres conjonctives et des noyaux fibrocytaires allongés montre une disposition radiaire manifeste. La coloration des fibres élastiques donne des renseignements de la plus haute valeur. En effet, dans les coupes transversales l'éparpillement des éléments de la limitante élastique, qui s'efface comme telle, se disposant non plus comme une ligne épaisse, mais comme une rangée de filaments parallèles, orientés radiairement au sein de l'épaississement ou même disposés très obliquement, leur obliquité s'atténuant peu à peu, met hors de doute le caractère artificiel de l'épaississement.

De cette élimination il en reste les faits peu nombreux d'ailleurs, dont l'épaississement, le plus souvent partiel, présente un revêtement endothélial régulier dans le plan optique des couches sous-

-jacentes, celles-ci étant formées d'un conjonctif à fibres entremêlées, les plus épaisses longitudinales, pourvu de fibres élastiques en général minces; la limitante élastique interne maintient sa position au contact de la couche musculo-conjonctive, parfois dédoublée en limitantes secondaires qui parcourent sans interruption ou fragmentées l'épaississement. Il n'est pas rare l'observation de coupes d'artères (Fig. 2) qui présentent un épaississement partiel vrai et aussi une disposition artificielle montrant quelques ressemblances pouvant fausser l'interprétation.

Des coupes intéressant longitudinalement des tronçons de ces artères, montrent des aspects particulièrement éllucidatifs pour la confirmation des faits observés dans les coupes transversales.

De l'existence d'épaississements de l'endartère résulte la modification du lumen, des rétrécissements plus ou mais graves, en général peu remarquables; mais la constatation a été faite, quoique très rarement, d'oblitération totale du vaisseau qui devient un cordon conjonctif massif avec un manchon musculaire lisse.

Nous n'avons pas observé ces épaississements dans les artéριοles. L'examen des grosses artères utérines n'a donné que des résultats négatifs, qui nous ne devons pas considérer comme définitifs parce que l'examen a été conduit sur une petite étendue.

L'examen des cornes utérines a été fait avec un soin particulier et de même celui de la portion interstitielle des trompes de Fallope.

La corne gauche est déformée et déplacée par le polype et par les myomes du voisinage; sa muqueuse présente la conformation décrite ci-dessus dans la cavité utérine proprement dite (Fig. 3): tubes épithéliaux dilatés et si nombreux que l'espace laissé au chorion est petit, envoient des prolonge-

ments qui pénètrent le myométrium, plus profondément qu'ailleurs (Fig. 4), ceux-ci pourvus d'un manchon cytogène. Ici quelques-uns des tubes sont énormément dilatés (Fig. 3), mais parmi ces dilatations, dont le revêtement épithélial marque la parenté avec les autres tubes, il y a une (Fig. 5) qui attire l'attention par ses dimensions (Fig. 6); l'épithélium est moins haut et les cils sont si fortement agglutinés qu'ils semblent minces bourgeons du pôle apical des cellules. La singularité de cette cavité est accrue par le fait de l'existence, dans sa direction vers la surface du bord utérin, d'une autre cavité allongée dont l'épithélium (Fig. 7) est très haut, richement pourvu de cils, souvent agglutinés de la manière ci-dessus décrite; elle est enveloppée de tissu cytogène, en couche mince au niveau de faisceaux lisses qui se rapprochent davantage de l'épithélium, en couche épaisse dans les intervalles des faisceaux musculaires. Ces faisceaux ne montrent aucune orientation définie relativement à la cavité; d'autre part, l'épithélium ne forme pas des plis. Néanmoins cette cavité allongée qui contient un coagulum acellulaire, n'est que la partie plus interne de la portion interstitielle de la trompe, dont les détails absolument caractéristiques peuvent être vérifiés sur une coupe plus superficielle. En fait, on y voit une cavité dont le lumen est en fente; l'épithélium cilié forme 11 plis dans lesquels existe un axe conjonctif; ces plis sont peu saillants, sessiles, simples, de section triangulaire ou en trapèze, différents en hauteur; le chorion de quelques-uns de ces plis est formé de tissu cytogène, fait exceptionnel vu qu'il est presque partout de tissu fibreux. Les faisceaux musculaires sont disposés très régulièrement autour du canal et d'une façon typique.

Alors, dans cette succession d'aspects il faut voir l'abouchement latéral du canal de la trompe sur la

corne utérine. La première cavité décrite ne serait que le dernier segment de ce canal.

Tout près de la muqueuse de cette corne on trouve une formation qui se présente au premier coup d'œil comme la section transversale d'un tube épithélial (Fig. 8). L'observation soignée montre qu'elle n'est pas de telle nature. Non pas dans un interstice, mais au sein d'un gros faisceau de fibres lisses, coupé obliquement, il y a un vide dont la limite n'est pas nette, correspondant à un amas de débris cellulaires où même les noyaux sont en nécrose complète (sur $\frac{3}{4}$ du périmètre à peu près) ou incomplète; autour de cette couche claire existe une autre, très foncée où s'amassent des noyaux ronds ou légèrement allongés, pauvres en chromatine. Par sa limite interne cette couche continue la zone de noyaux en caryolise incomplète; en dehors elle est continuée, par une transition graduelle, par l'ensemble des noyaux de fibres musculaires. Dans ces zones il n'est pas possible de délimiter des cellules. Il s'agit d'une modification structurale du faisceau musculaire.

L'étude de la corne utérine droite nous apporte des faits concordant avec les résultats vérifiés à gauche.

La corne utérine droite est aussi irrégularisée par le développement au contact de sa paroi, d'un fibromyome, dont la section médiane circulaire a un diamètre de 7 millimètres, et d'un autre plus petit à une distance un peu plus grande.

La muqueuse est identique au revêtement de la corne gauche, les trop larges cavités exceptées; l'infiltration lymphoïde du chorion est à mentionner.

Au voisinage de la muqueuse, entre la corne et la surface utérine, il y a une cavité intéressée très obliquement par la coupe (Fig. 9); son revêtement épithélial, lisse, sans plis à axe conjonctif, s'est détaché de son support cytogène et forme un sac

contenant un coagulum qui emprisonne un amas de cellules, parmi lesquelles prédominent les macrophages plus ou moins chargés de pigment hématique; quelques lymphocytes et granulocytes neutrophiles sont mélangés aux phagocytes.

L'épithélium est formé d'une seule assise de cellules prismatiques basses, la plupart ciliées. Pas de disposition régulière des faisceaux lisses du voisinage.

Plus en dehors de la muqueuse de la corne, une autre cavité, dont le diamètre est plus considérable que celui de la cavité que nous venons de décrire, est doublée d'un épithélium mince, formé de cellules aplaties (Fig. 10), lisse, sans plis; le chorion est fibreux; les muscles présentent une certaine disposition ordonnée autour de la cavité.

Tout près de la surface utérine les coupes intéressent la portion de la trompe bien définie par sa structure qui répète celle que nous avons décrit à gauche (Fig. 11). On doit néanmoins remarquer que les plis sont plus nombreux, montrant l'un ou l'autre un ébauche de pédicule.

En considérant la position de ces cavités dans les coupes successives, on arrive à la conclusion qu'elles sont faites sur des segments du canal de ralliement de la trompe à la cavité de la corne.

Annexes gauches: Ovaire en forme d'une petite amande, de consistance ferme, blanchâtre, présentant de nombreuses proéminences, alternant avec dépressions linéaires, irrégulières, plus ou moins profondes; en conséquence toute la surface est creusée d'anfractuosités. Dans l'épaisseur de la couche parenchymateuse on voit des corps fibreux nombreux, quelques petits kystes et un corps jaune en régression très avancée.

À la trompe de Fallope, dont l'isthme n'a pas de limite bien définie, l'aspect contournée de l'ampoule

de Henle, commençant au voisinage immédiat de l'utérus, se termine par un pavillon à franges foliées très touffues; deux d'entr'elles (Fig. 12, A et B) sont plus longues, polypiformes, frangées à leur tour; une troisième frange, la frange ovarique (C) n'atteint pas l'ovaire, laissant libre une partie du bord du ligament tubo-ovarien. L'*ostium* est perméable.

Dans le tiers interne du corps de la trompe il y a une petite tuméfaction rougeâtre, correspondant à une suffusion hémorragique de la couche conjonctivo-musculaire de sa paroi.

Les plis de la muqueuse, peu ramifiés, ne sont pas denses, ni serrés étroitement les uns contre les autres. Pas d'infiltrations ou d'autres formations lymphoïdes.

Quelques détails des vaisseaux qui très abondamment irriguent la paroi de la trompe, surtout au voisinage de la base des franges du pavillon, méritent une mention toute particulière. Dans les artères à couche musculo-conjonctive épaisse on peut voir des épaissements de l'endartère, toujours partiels où l'intervention de l'obliquité de la coupe ne peut nullement être invoquée. La saillie dans le lumen est en général petite (Fig. 13), mais elle peut quelquefois remplir une partie importante de l'ouverture artérielle (Figs. 14 et 16) ou même réduire ce lumen à une étroite fente (Fig. 15). Il y a toujours un revêtement endothélial parfait et net. Dans leur structure une partie remarquable appartient à des fibres lisses, orientées parallèlement à l'axe du vaisseau, d'une façon particulièrement nette, dans les épaissements petits et moyens (Figs. 13 et 14), mélangées à d'autres fibres en minces faisceaux orientés transversalement. Des fibres conjonctives minces s'interposent aux fibres lisses; la limitante élastique interne, se prolonge, formant un revêtement à toute la masse conjonctivo-musculaire de

l'épaississement; d'autres fibres minces s'entremêlent aux fibres lisses.

Ces tumefactions de l'endartère, parfois paraissant pédiculées, ne sont que des plis longitudinaux, peu longs; ils sont pourvus d'un mince capillaire sanguin médian, ramifié dans les épaisissements volumineux (Fig. 15).

Nous n'avons pas rencontré ces aspects endartériaux, qui ne présentent aucun caractère rappelant un processus inflammatoire, au delà des bords du pavillon.

Dans la paroi du corps de la trompe nous avons vu parfois des épaisissements de la couche interne des veines (Fig. 17) qui, par la disposition et structure, rappellent les épaisissements des petites artères, que nous avons décrit. Dans cette même portion de la trompe nous avons rencontré un canal sanguin, en partie comblé de globules rouges (Fig. 18) dont un segment présente la structure d'une artéiole et l'autre celle d'une veinule, avec une transition régulière d'un segment à l'autre.

Sur la face externe du pavillon et plus nettement encore sur le ligament tubo-ovarien, à la base de la frange ovarique, existent de nombreux petits kystes miliaires, de volume différent, à paroi transparente, contenant un liquide très fluide, sans couleur.

Les coupes de la mince paroi de ces kystes permettent de voir que dans leur constitution entre un épithélium reposant sur une couche conjonctivo-musculaire richement irriguée. Les caractères de l'épithélium sont appréciables soit dans les coupes normales à sa surface (Fig. 19, A), soit en profitant les coupes dans lesquelles sur de petites étendues cet épithélium est vu de face (B): ce sont des cellules plates, endothéliformes, laissant entr'elles des vides en conséquence de la rétraction; le volume et la

forme des noyaux présentent des variations remarquables.

Dans les zones où ce trouvent ces petits kystes on remarque des dispositions intéressantes du péritoine. En effet le péritoine est plissé et forme parci parlà des culs-de-sac plus ou moins profonds, dont les cellules de revêtement sont plus hautes et leurs noyaux plus serrés dans l'assise cellulaire. On peut voir aussi des amas (Fig. 20) de limites régulières et nettes, de cellules polygonales en section, séparés de l'endothélium superficiel par une mince couche conjonctive.

Dans le tiers externe de la trompe, tout près du pavillon, existe un cône aplati, dont la base est oblique relativement à l'axe de la trompe; il se termine par une grappe de franges, formant deux groupes, séparés par un sillon (Fig 12, TA). C'est l'aspect d'un pavillon accessoire.

Ce cône a été coupé transversalement en série et nous avons vérifié que dans son épaisseur n'existe aucun canal de communication avec le lumen de la trompe ou cordon fibreux pouvant représenter le résultat de l'oblitération d'un canal préexistant. L'axe du cône est occupé par un faisceau de vaisseaux dont le calibre diminue vers le vertice, au sein d'un manchon de fibres lisses transversales; vers la périphérie du cône les faisceaux lisses, très minces, sont obliques, situés au sein d'un conjonctif où les capillaires sont très nombreux et par eux seuls forment le système vasculaires des franges.

Le sillon vu entre les franges, est continué par une fente, à paroi irrégulière et se termine à la surface après un parcours relativement long.

Vers la base du cône et en dehors des franges macroscopiques, la surface est accidentée par des franges microscopiques délimitant des recessus plus en moins profonds et anfractueux. C'est dans uu

de ces recessus qu'on trouve le bout du canal qui prolonge le sillon. Toutes les franges, les sillons, le canal, les recessus sont tapissés de cellules ciliées cubiques dans les franges rudimentaires, hautes et larges entremêlées d'autres minces dans les cavités et dans les grosses franges.

Dans le mésosalpynx et dans la région de l'organe de Rosenmüller existe un kyste bosselé (Fig. 12 K) dont la paroi mince et transparente est distendue par un liquide très fluide, sans couleur, non coagulable. Des kystes identiques plus petits, se trouvent dans la partie interne du méso, près du ligament utéro-ovarien grossi.

Dans la paroi de ces kystes il y a toujours un épithélium prismatique tapissant une couche conjonctivo-musculaire. La hauteur des cellules épithéliales et la densité et l'épaisseur de l'enveloppe extérieure dépendent des dimensions du kyste: cellules cubiques ou même plus aplaties dans les gros kystes (Fig. 20), cellules hautes dans les petits kystes (Fig. 21). C'est dans les premiers que l'enveloppe est plus dense et plus mince, très épaisse, fasciculée dans les seconds (Fig. 22). Sur la surface interne des kystes de volume moyen il n'est pas rare de voir des plis, qui, coupés transversalement (Fig. 21) se montrent revêtus d'un épithélium formé de cellules à noyau plus allongé, ces noyaux étant très denses; cet épithélium couvre une crête du conjonctif de l'enveloppe extérieure.

Dans l'épaisseur du méso-salpynx, les tubes wolffiens sont nombreux et tellement nombreux qu'ils nous semblent en excès; parmi eux se trouve une certaine variabilité structurale.

Il y a des tubes, et il sont nombreux, d'une extrême délicatesse, dont l'épithélium cubique est net, et dont l'enveloppe est entièrement dépourvue de fibres lisses (Fig. 23, A); d'autres tubes, sans enve-

loppe musculaire aussi, montrent un bouleversement complet des cellules de l'épithélium dans l'étendue presque totale de leur surface, ne laissant reconnaissable qu'une petite partie (Fig. 23 B).

Le revêtement d'autres tubes, entourés de nombreux faisceaux musculaires longitudinaux les uns, transversaux les autres, semble une partie de nature endothéliale, en partie wolffienne (Fig. 23 C).

Ces aspects de l'épithélium peuvent être observés en continuité sur un même tube (Fig. 24) et aussi on y peut voir la variabilité de l'enveloppe, au contact de l'épithélium se rencontrant tantôt des faisceaux longitudinaux, le plus fréquemment, mais parfois des faisceaux circulaires.

Il n'est pas rare l'oblitération du lumen du tube wolffien, par réduction de son calibre et agglutination des cellules épithéliales, les couches musculaires se montrant entièrement bouleversées (Figs. 25 et 26) ou seulement en partie (Fig. 27).

Annexes droites: L'ovaire est plus volumineux que l'ovaire gauche, à surface moins sillonnée, portant deux grosses intumescences, l'une rougeâtre, l'autre jaunâtre; petits kystes dans la zone parenchymateuse et corps fibreux entourent deux corps jaunes, l'un en régression et l'autre en formation; ligament utéro-ovarien gros et court.

Trompe de Fallope peu contournée; son pavillon, à *ostium* perméable, est largement pourvu de franges irrégulières.

Des membranes larges et d'une délicatesse extrême, transparentes et avasculaires, s'étendent de la face postérieure de la trompe à la surface de l'ovaire, tout près de la ligne d'insertion du méso.

Dans la face antérieure du tiers interne de la trompe se rassemblent des vésicules, irrégulières en volume, pleines de liquide aqueux, identiques aux kystes miliaires décrits dans le mésosalpynx gauche.

Dans les coupes ces vésicules apparaissent contiguës et même superposées; leur paroi est constituée de la même façon que celle des kystes décrits à gauche.

Le pédicule d'une hydatide est implanté sur une tuméfaction rose siégeant près du pavillon. Cette tuméfaction est déterminée par congestion veineuse et suffusions hémorragiques atteignant le conjonctif sous-péritonéal et la paroi tubaire dans sa couche plus externe. Le pédicule, mince et long d'un centimètre, est tapissé de péritoine qui forme plusieurs et minces plis et quelques recessus peu profonds. Sous la séreuse se trouve une couche conjonctive épaisse, de structure délicate, pauvre en cellules et en fibres élastiques, parcourue par des capillaires sanguins et des lymphatiques. Au-dedans de cette couche on voit des faisceaux de fibres lisses, parallèles à l'axe du cordon ou légèrement obliques, plus ou moins gros, séparés par un conjonctif, émanation de celui de la couche plus extérieure, enveloppant nombreuses artérioles et veinules. L'axe du pédicule est occupé par des artères, veines et lymphatiques, séparés par un conjonctif où se trouvent quelques faisceaux de fibres lisses longitudinales.

Le kyste terminal de la formation possède une paroi mince dans laquelle se disposent concentriquement la séreuse, une mince couche conjonctive et un épithélium de cellules plates.

Dans le méso-salpynx les tubes wolffiens sont nombreux, empiétant sur la trompe. Leur étude donne des résultats entièrement concordants avec ceux auxquels nous sommes arrivés dans l'étude des annexes gauches.

LEGENDA DES GRAVURES

- Fig. 1: Gross. 41 \times . Tubes endométriaux de la zone profonde.
- Fig. 2: Gross. 87 \times . Coupe d'une artère utérine dont l'endartère présente épaississements irréguliers.
- Fig. 3: Gross. 45 \times . Endométrium de la corne utérine gauche. Pénétration de tubes épithéliaux dans le myomètre.
- Fig. 4: Gross. 35 \times . Myomètre de la corne utérine gauche. Tubes endométriaux siégeant au milieu des faisceaux musculaires, avec leur manchon de tissu cytogène.
- Fig. 5: Gross. 20 \times . Endométrium de la corne utérine gauche. Grande cavité au milieu des tubes épithéliaux.
- Fig. 6: Gross. 85 \times . Endométrium de la corne utérine gauche. Grande cavité endométriale.
- Fig. 7: Gross. 190 \times . Paroi du premier segment interstitiel de la trompe.
- Fig. 8: Gross. 50 \times . Myomètre de la corne utérine gauche. Formation au sein d'un faisceau de fibres lisses.
- Fig. 9: Gross. 44 \times . Corne utérine droite. Segment de la portion interstitielle de la trompe, immédiatement contiguë à la corne.
- Fig. 10: Gross. 42 \times . Deuxième segment de la portion interstitielle de la trompe droite.
- Fig. 11: Gross. 44 \times . Troisième segment de la portion interstitielle de la trompe droite.
- Fig. 12: Les annexes gauches: r trompe, rA trompe accessoire, A, B, C franges foliées polypiformes, κ kystes miliaires.
- Figs. 13, 14, 15: Gross. 205 \times . Épaississements de la tunique interne d'artères du pavillon.
- Fig. 16: Gross. 262 \times . Épaississement de l'endartère. Col. des éléments élastiques.
- Fig. 17: Gross. 250 \times . Épaississement de l'endoveine; les deux parties de la paroi mises en face par la dépletion du vaisseau. Col. des fibres élastiques.
- Fig. 18: Gross. 55 \times . Paroi de la trompe gauche. Continuité établie entre une artériole et une veinule.
- Fig. 19: Gross. 566 \times . Paroi des kystes miliaires du bord du ligament ovarique. Épithélium vu de profil (A) et de face (B).
- Fig. 20, A: Gross. 320 \times . Paroi des kystes de petites dimensions du épiphore. Col. des fibres élastiques. B: gross. 290 \times . Formations massives sous-séreuses, siégeant parmi les kystes miliaires.
- Fig. 21: Gross. 320 \times . Paroi des kystes moyens de l'épiphore; au milieu, la section transversale d'un pli.
- Fig. 22: Gross. 65 \times . Kyste très petit d'un tube wolffien.
- Fig. 23: Gross. 300 \times . Trois aspects de tubes wolffiens.
- Fig. 24: Gross. 160 \times . Variabilité de conformation d'un tube wolffien coupé longitudinalement dans une certaine étendue.
- Figs. 25 et 26: Gross. 290 \times . Tubes wolffiens en voie d'oblitération.
- Fig. 27: Gross. 320 \times . Idem. Col. des fibres élastiques.



Fig. 1

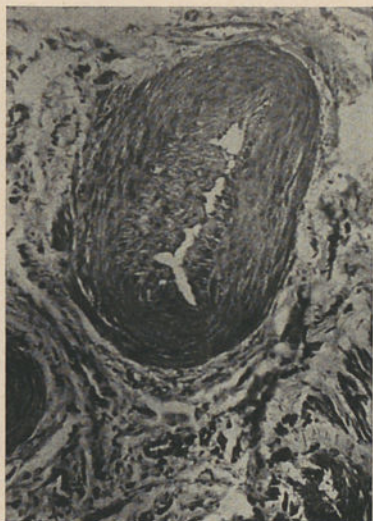


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

N 15-A



Fig. 5



Fig. 6

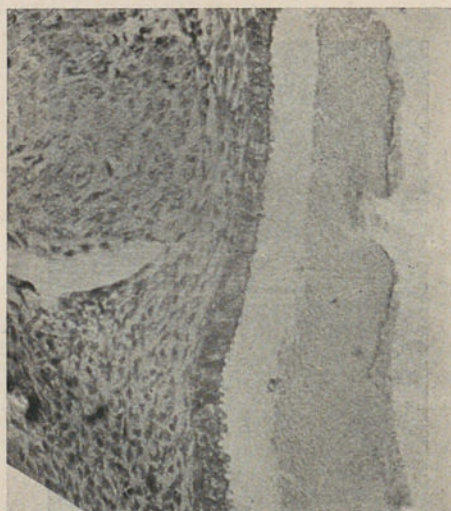


Fig. 7



Fig. 8

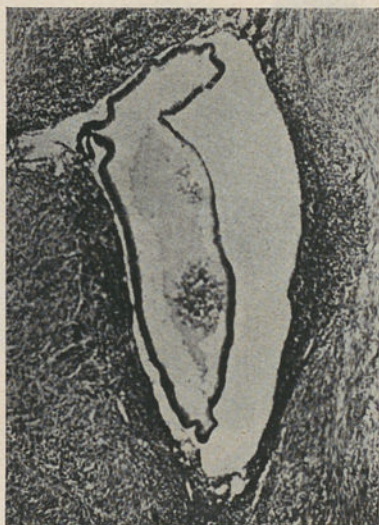


Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

N 15-A

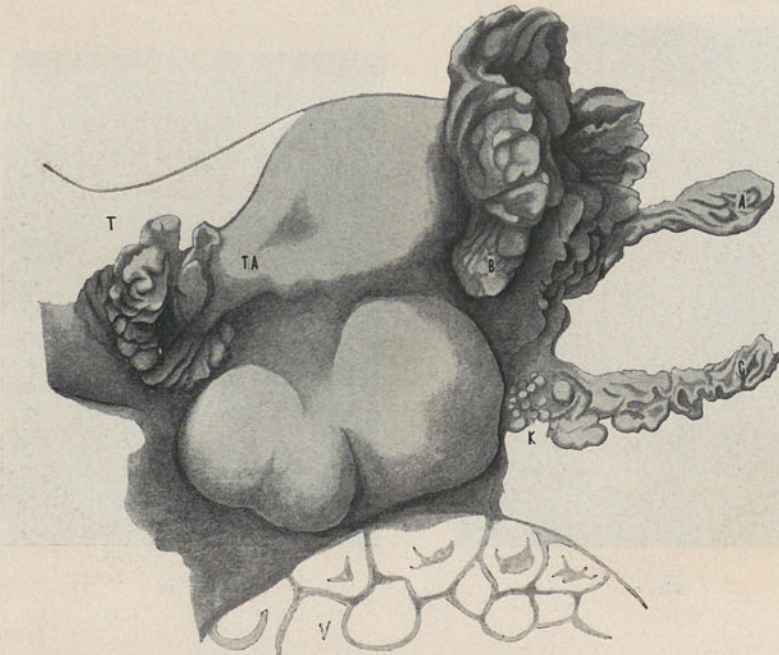


Fig. 12

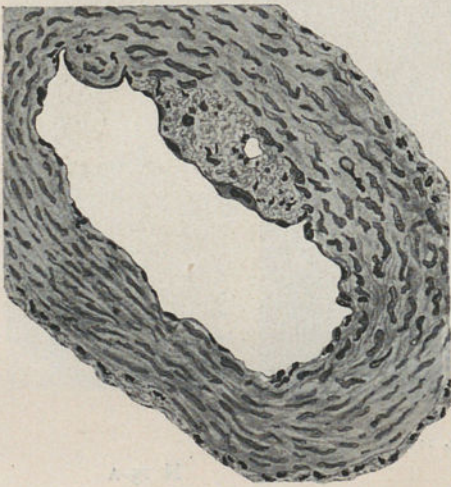


Fig. 13

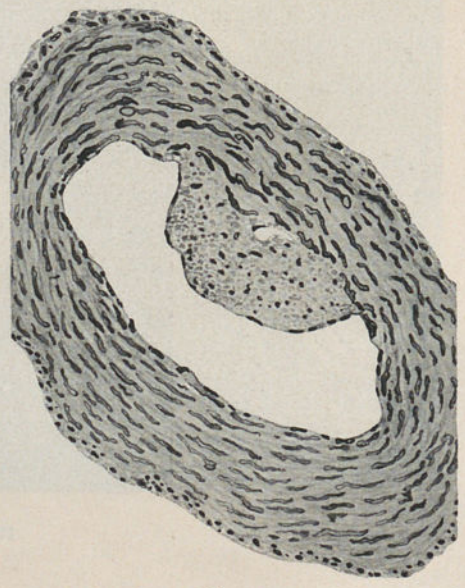


Fig. 14

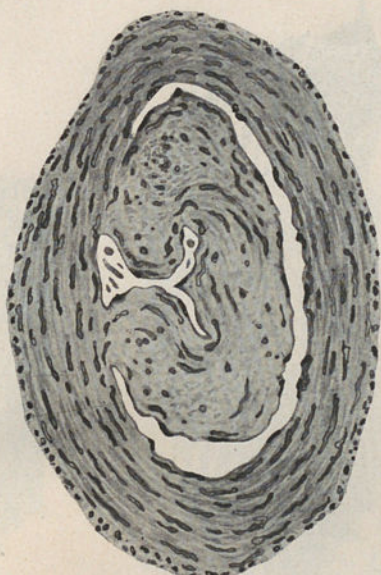


Fig. 15

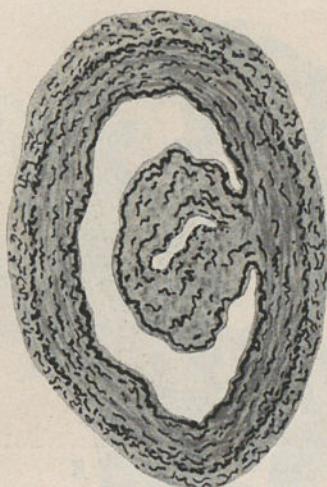


Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

N 15-A



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

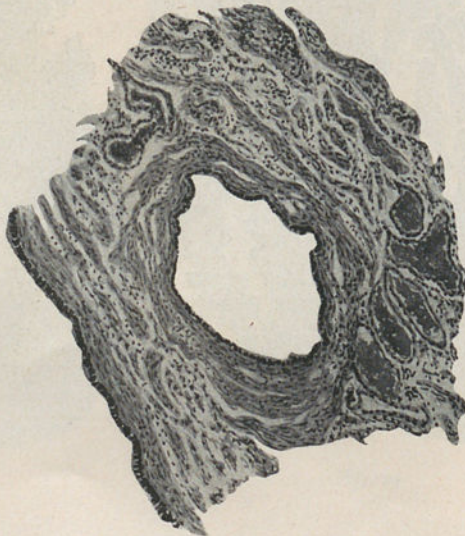


Fig. 22

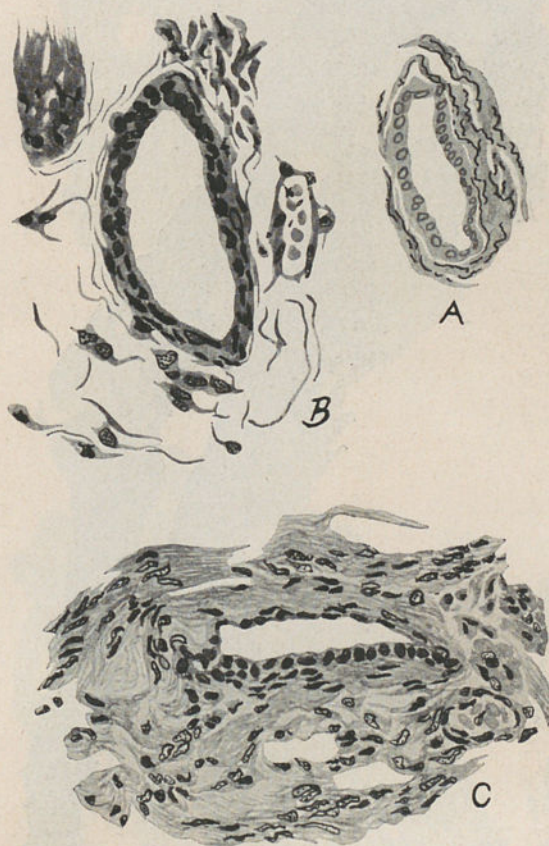


Fig. 23



Fig. 24

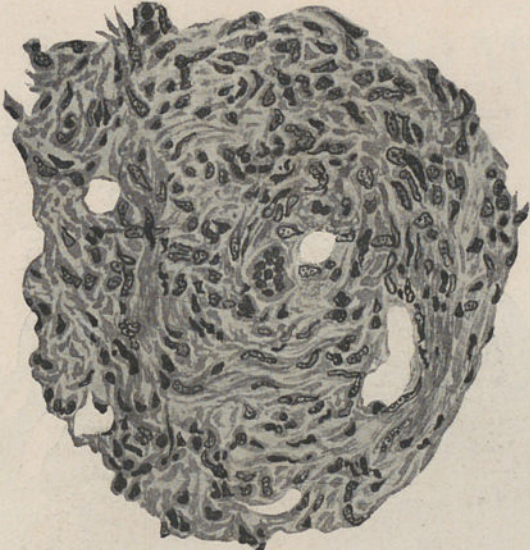


Fig. 25



Fig. 26

N 15-A

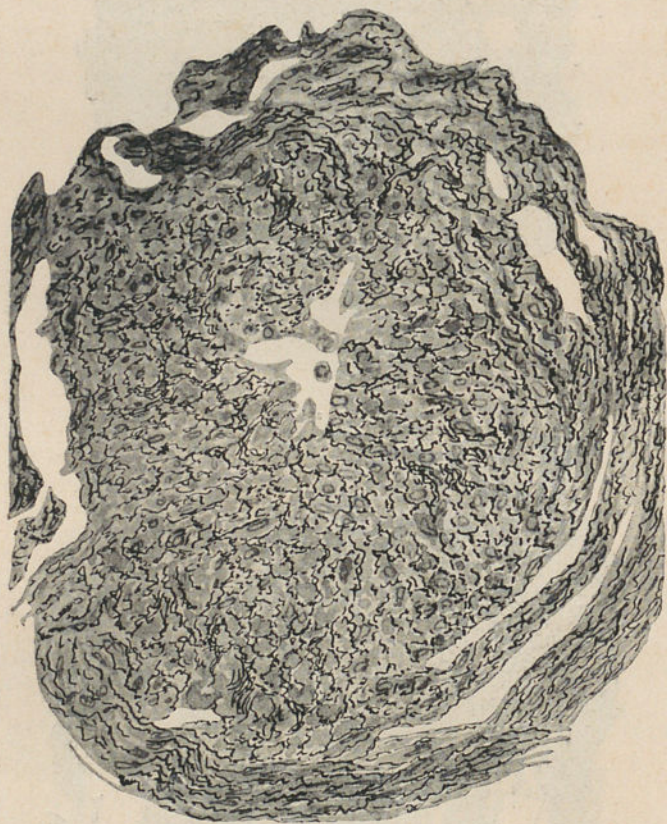


Fig. 27

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XV

N 16

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages reçus au cours de l'année 1940:

- Actualidades biológicas (Instituto Rocha Cabral)*. Vol. XIII, 1940.
Agüero (Augusto Latorre): *Observaciones hemato y linfológicas en anuros chilenos*. «Bol. Soc. Biología Concepción». T. XIII, 1939.
Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. T. XXV, N.ºs 1-8.
Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. T. XXI, N.º 2 (1938).
Anales de la Universidad Central del Ecuador. T. LXI. N.º 305 (1938).
Anales del Instituto de Biología (México). Tomo X, 1939; N.ºs 3, 4.
Anatomischer Bericht. Band 40, Heft 13, 14, 16. Band 41, 1-9 (1940).
Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Vol. XIV, (1939).
Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale. Tome 16 (1939-40).
Annales et Bulletin de la Société Royale des Sciences Médicales et naturelles de Bruxelles. Année 1939. N.ºs 1-2.
Anthropologie (Prague). Vol. XVII, 1939 — 1-4.
Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie. T. XVIII (1940). N.º 1-3.
Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia. Anno 1. Fasc. 3 (1940).
Archivos argentinos de Anatomía normal y patológica. (Buenos Aires — Rep. Argentina). Tomo 1, 1, 2, 3, 7 (1939).
Arquivo de Patologia. Vol. XII, N.ºs 1-2, 1940.
Arquivos do Instituto Biológico (S. Paulo). Vol. 10, 1939.
Arquivos de Patologia Geral e de Anatomia Patológica. Vol. XXVIII, 1939.
Askanazy (M.): *Démonstrations anatomo-pathologiques*. Soc. Méd. de Genève 14. v. 1936.
— *3. Tatung der freien Vereinigung der Schweiz. Pathol. Schw. med. Wschr.* 1937, Nr. 38.
— *Le sens et les buts de la pathologie géographique*. Presse méd. Nr. 47, 11. VI. 1938.
— *Metastasen, die eine neue essentielle Krankheitschaffen*. Schweiz. Med. Wschr. 1938, N.º 29.
— *Une appendicite vermineuse existe-t-elle?* Archiv. f. Verdauungskrankheiten 63, 1938.
— *Klassifikations-Prinzipien der Hirngeschwülste*. Schweiz. med. Wschr. 1938, Nr. 42.

- Askanazy (M.): 4. *Tatung der freien Vereinigungen der Schweizer Pathol.* Schweiz. med. Wschr. 1938, Nr. 47/48.
- *Quand les vaisseaux ombilicaux (placentaires) entrent-ils dans la tête du fœtus?* Schweiz. Zschr. f. allg. Pathol. 11, L. 1939.
- *Pathologisch-anatomische Demonstrationen.* Schweiz. med. Wschr. 1939, Nr. 14.
- 5. *Tatung der freien Vereinigung der Schweizer Pathol.* Schweiz. med. Wschr. 1939, Nr. 33.
- *Les principes étiologiques, morphologiques et fonctionnels des tumeurs malignes.* Rapport, Lisboa, Arquivo de Patologia XI-2, 1939.
- *Les conditions qui réalisent les métastases néoplasiques.* Rapport, Lisboa, Arquivo de Patologia XI-2, 1939.
- *L'évolution de la théorie cellulaire en biologie normale et pathologique.* Archives des Sciences physiques et naturelles, vol. 21, IX/X, 1939.
- *Leukämie und Tumoren.* Bericht. Schw. med. Wschr. 1940. Nr. 1 et 2.
- *La splanchnomégalie solitaire.* Rev. med. de la Suisse romande, 1940. N.° 7 et 8.
- Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena (sezione medico-fisica).* Série XI, Anno VI, N.° 3, Anno VII, N.°s 4, 6 (1939-1940).
- Atti della Società Italiana di Scienza naturali e del Museo Civico di Storia Naturali in Milano.* Vol. 79, Fasc. 1 a 3 (1940).
- Audeoud (Guy): *La thrombose triveineuse.* Thèse N.° 1672. Genève — Istituto Pathologique (Prof. Askanazy).
- Australian Journal of Experimental Biology and Medical Science.* Vol. XVII (1940), Parte 1.
- 1939, Parte 4.
- Aymon (Germain): *Un cas d'atrésie du duodénum avec dédoublement du cholédoque.* Thèse Lausanne, 1938.
- Backman (Gaston): *Wachstum und Sterblichkeit.* «Kungl. Fysiografiska Sällskapets Handlingar». N F. Bd 50, Nr 11.
- Baumann (A.): *L'innervation pulmonaire envisagée au niveau du hile.* «Schw. med. Wochsch.», Nr 29, 30, 1939.
- Berdach-Barber (Hilda): *Ein Fall von multiplen Abszessen hervorgerufen durch Leptothrix pleuritica.* Thèse Lausanne, 1939 (?).
- Bielik (P.): *Observações sobre a anastomose entre o «nervus myolohyoideus» e o «nervus lingualis» em negros e mulatos brasileiros.* «An. Fac. Med. Univ. S. Paulo». Vol. XIV, 1938.
- Biological (The) Bulletin.* Vol. 78, N.°s 1-2 (1940).
- Blaauw (A. H.), Ida Luyten en Annie Hartsema: *Snelle bloei van Hollandsche Irissen. II.* «Proceedings Koninklijke nederlandse Akademie van Wetenschappen». Vol. XLII, 1939.
- Boletim da Associação de Filosofia Natural (Pôrto).* Vol. I, N.°s 9, 10 (1940).
- Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra.* Vol. VIII, 1939.
- Boletim do Instituto de Orientação Profissional «Maria Luíza Barbosa de Carvalho».* 11 série, N.° 1, 1940.
- Boletim do Instituto Oscar Freire (S. Paulo).* Vol. IV, N.° 3 (1939).
- Boletim da Sociedade Broteriana.* Vol. XIII, 2.ª série (1938-1939).
- Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.* Año XXXI (1940), N.°s 1 à 5, 7 à 9, 11.
- Boletín de la Liga contra el Cancer (Habana).* Vol. XV, N.°s 1, 2, 3 (1940).
- Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cancer (Buenos Aires).* Año XVI, N.°s 51 e 52 (1939), Año XVII, N.° 53 (1940).
- Boletín de la Sociedad de Biología de Concepción (Chile).* T. XIII, N 2 (1939).
- Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario.* Año VII, 1940, N.°s 2-6.

- Bovero (A.): *Cartilagine della «plica semilunaris conjunctivae» o terza palpebra nell'Uomo e negli altri Mammiferi. Ricerche morfologiche ed istologiche.* Arq. Cir. Clin. Exper. Vol. 111, N.° 6, 1939.
- Brabant (A.): *Recherches sur la localisation et l'élimination de quelques sels de fer chez le Rat.* Bull. d'Hist. appliquée. T. XIV, 1937.
- Bujard (Eug.): *À propos du thymus et du système réticulo-endothélial.* «Bull. d'Hist. appliquée», 1939.
- *Essai de cinématique du développement.* «Bio-Morphosis». Vol. I, 1938.
- *A propos des mitoses consécutives aux injections intraveineuses de sucres: action du glucose.* «Schw. Med. Wochsch.». Nr 29, 30, 1939.
- Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.* VI série, T. IV, (1939).
- Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie.* T. IX, N 1-2.
- Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest.* 22^{me} année, N.° 1 (1940).
- Calasans (O. Marcondes): *Sôbre a anatomia do sistema muscular especifico do coração.* «Letras Médicas». Ano III, N 3, 1938.
- *Sôbre o «seio pterigóideo» (Serrano) ou «fosseta do tubérculo pterigóideo» (Lochi) do crânio humano.* «Arq. Cir. Clin. Exper.». Vol. 111, N 2, 1938.
- Castaldi (L.): *L'Anatomia in Italia.* «Acta Medica Italica». Anno VI, Fasc. II, 1939.
- Cellule (La).* T. XLVIII, Fasc. 2 (1939).
- Cerruti (U.): *A parte terminal do «ductus parotidicus» no Homem.* Pesquisas morfo-histológicas. «Rev. Assoc. Paulista de Medicina», Vol. XIV, n 6, 1939.
- Chanin (Israel): *Knochenmetaplasie im Endometrium des Uterus.* Thèse Lausanne, 1939.
- Chappins (Paul): *Le placenta dans les grossesses abdominales.* Thèse Lausanne, 1938.
- Clinica, Higiene e Hidrologia* (Lisboa). Ano VI, 1940, N.°s 1 a 8, 10.
- Clinica y Laboratorio.* T. XXX (1940). NN 169-177.
- Curtin (M. L.): *Le squelette dans l'état alcalosique créé par des injections intraveineuses de bicarbonate de soude.* Thèse en médecine dentaire N.° 131. Genève. Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Cytologia.* Vol. X (1940), N 4.
- Daoud (Joseph): *Contribution à l'étude anatomique des poumons chez les jumeaux.* Thèse. Lausanne, 1939.
- Demole & Rutishauser (E.): *Hypertension paroxystique dans un cas de tuberculose d'une surrénale.* Presse médicale, N.° 39, du 17-V-1933.
- Dicker (Serge): *Explication histogénétique des synoviomes.* Thèse. 1677. Genève. Institut pathologique (Prof. Askanazy).
- Dind (Elisabeth): *Endémie goitreuse et prophylaxie par le sel iodé dans le Canton de Vaud.* Thèse. Lausanne, 1939.
- Doret (M.): *Connexions du ganglion ciliaire chez un jeune embryon humain.* «Schw. Med. Wochschs.». Nr 29-30, 1939.
- Dubois-Ferrière: *À propos d'un insulome de la queue du pancréas. Existe-t-il des carcinomes par induction?* Helvética med. acta. Vol. 6, fasc. 4, 1939.
- *Cyphose du clivus consécutive à la localisation cranienne de la maladie de Paget.* Schw. Zschr. f. allg. Pathol. 111, I. 1940.
- Estermann (A.): *Blutbildung in der erkrankten menschlichen Milz.* Thèse. Nr 1654, Genève, Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Exchaquet (L.), Krafft (H.-G.), Nicod (J.-L.): *Intégrité de l'enfant malgré une tuberculose généralisée de la mère et une tuberculose placentaire.* «Rev. méd. de la Suisse Romande». 58^e année, 1938.

- Factos e documentos relativos ao Instituto de Histologia de Coimbra publicados por Geraldino Brites.* N.º VII.
- Fayad (M. Hani): *Etude anatomo-microscopique de l'intestin chez les jumeaux.* Thèse. Lausanne, 1939.
- Filippo (Usuelli): *La misura della resistenza vitale e la reazione Zambrini.* 1940.
- Fischer (Eugen): *Statistik und Erblehre* «Die Statistik in Deutschland nach ihrem heutigen Stand», 1939.
- *Erbe als Schicksal* «8. Technischen Tagung des Vereins für die bergbaulichen Interessen in Essen am 20 Juni 1939».
- *Gegen die Landflucht* «Die Oeffentliche Gesundheitsdienst». 5 Jahrgang 1939.
- Fischer (Max): *Fortpflanzung und Fruchtbarkeit.* «Der Oeffentliche Gesundheitsdienst». 5 Jahrgang, 1939.
- *Die Vorfahren Immanuel Kants.* «Allg. Zeitsch. f. Psychi in ihre Grenzgebiete». Bd 113, 1939.
- *Ueberkreuzehen.* «Archiv. f. Rassen—und Gesellschafts biologie». Bd 33, 1939.
- Flaks (J.) i A. Ber: *Badenia nad mechanizmem zniesienia reakcji hormonu Gonadotropowego przez rosnacy nowotwor* — «Czasopismo Lekarskie» 1938.
- *Zapolięgawezą działanie hormonu meskiego na powstawanie raków u myszy.* Idem, 1938.
- Folia Anatomica Japonica (Okajimas).* Bd XVIII, H 1, 2, 4, 5, 6.
- Gander (Georges): *La silicose pulmonaire.* Payot & C.^{ie}, Lausanne, 1939.
- Geipel: *Fingerabdrücke bei ein-und zweieiigen Zwillingen.* «Zeitsch f. menschliche Vererbungs-und Konstitutionslehre». Bd 24, 1939.
- Giornale medico della marca Trevigiana.* Série 11, Vol. 1, N.º 6 (1939), Vol. 11, N.º 2 (1940).
- Glaser (Kurt): *L'hémangiome de la parotide.* Thèse, Lausanne, 1939.
- Godlewski (H.): *Quelques observations concernant la micro incinération effectuée à l'aide d'un dispositif nouveau permettant le contrôle direct de ce processus.* «Bull. d'Hist. appliquée». T. xv, 1938.
- Grevet (H.) et Isaac-Georges (P.): *La réaction de Faust Zambrini dans la pratique pédiatrique.* 1940.
- Grohmann (Herbert): *Heterogenie der rezessiven Taubstummheit.* «Der Erbartz», Bd 7, 1939.
- *Zur Erbpathologie der Recklinghausenschen Krankheit.* Idem, ibidem.
- Guerra (Morais): *Contribuição para o estudo da inervação do «musculus pyramidalis».* «Arq. Cir. Clin. Exper.» Vol. 111, N 5, 1939.
- Guye (P.) & Queloz (M.): *Considérations sur l'équilibre lipidique et recherches expérimentales sur la resorption sous-cutanée des lipides chez le lapin.* «An. d'anat. pathol. et normale médico-chirurg.» N.º 4, 1939.
- Hadjioloff (A.): *Coloration intravitale des lipides cellulaires.* I. La voie enterale. «Bull. d'Histologie», T xv, 1938.
- *Coloration des lipides cellulaires chez les animaux.* II. La voie parentérale. *Importance biologique de la coloration intravitale des lipides.* Idem, ibidem.
- *La micro analyse topique des lipides du protoplasma.* «Arch. für experimentelle Zellforschung». Bd xx11, 1939.
- *Coloration des lipides au moyen de solutions hydrotropes de sudan et d'autres lipocolorants.* «Jahrbuch der Universität in Sofia». Bd xvii, 1937-1938.
- *Coloration intravitale des lipides cellulaires et des gâines de myeline.* «Revue médicale», N.º 3, 1939.

- Hadjioloff (A.) and Kalaidjief: *Intravitale Färbung der Lipide bei den Fischen*. «Jahrbuch der Univers. in Sofia». Bd xviii, 1938-1939.
- und Usonoff (G.): *Ueber den morphologischen Fettmetabolismus des Zentralnervensystems während der embryonalen Entwicklung*. «Jahrbuch der Univ. in Sofia». Bd xii, 1932-33.
- Hair (G. W.) and Mezen (J. F.): *A study of the functional innervation of the hypophysis*. «Endocrinology». Vol. 25, N.° 6, 1939.
- Hartsema (Annie M.) en Ida Leuyten: *Proeven over het uitloopen van de Knollen en het veroroegen van den bloei bij Froesia hybriden*. «Proceedings koninklijke nederlandse Akademie van Wetenschappen». Vol. XLII, 1939.
- *Snelle Bloei van de Narcis (Narcissus pseudonarcissus var. King Alfred)*. Idem. Vol. XL, 1938.
- en H. F. Waterschost: *De begrensde mogelijkheid van Hyacinthen-bloei in de tropen*. «Mededeelingen van de Landbouwhoogeschool». D 43, 1939.
- Hintzsche (E.): *Beitrag zur Histochemie des Nervengewebes*. «Schw. Med. Wochsch.», Nr 29-30, 1939.
- *Heterotopes Epithel in der Duodenalschleimhaut*. «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Hochstetter (F.): *Ueber die Tænia interclinoidea, die Commissura alicochlearis und die Cartilago supracochlearis des menschlichen Primordialkranium*. «Morphologisches Jahrbuch.» 84, 1939, p 220-243.
- Humphrey (Rufus Richard): *Studies on sex reversal in Amblystoma: XI Reversal in A. tigrinum females induced by ectopic implantation of testis preprimordia*. «Anat. Rec.», V. 72, 1938.
- *The growth of gonads derived from heteroplastic transplants of their preprimordia in Amblyostoma*. «Am. J. Anat.», V. 65, 1939.
- and Burns (R. K.): *An incompatibility manifested in heteroplastic parabiosis or grafting in Amblystoma due to a toxin of cutaneous origin*. «J. Exp. Zool.» Vol. 81, 1939.
- Ichowicz (M.): *A propos de la pénétration des colorants dans les tissus sous l'influence du courant galvanique*. «C. R. de l'Ass. des Anatomistes». Bâle, 1938.
- *Réaction mitotique dans la peau du rat après électrophorèse*. «Schw. Med. Wochsch.» N.°s 29, 30, 1939.
- Jentzer (A.) & Rutishauser (E.): *Atrophierende chronische Thyreoiditis und doppelseitige Nebennierentüberkulose mit eigentümlichen Auswirkungen*. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 252, H. 10.
- Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society*. Vol. 56, 1940, N.° 1.
- Junet (Robert): *Histopathologie du squelette acromégalique et ses modifications*. Thèse N.° 1681. Genève, Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Kastein (G. W.): *Ueber Megalencephalie*. «Acta neerlandica Morphologiae normalis et pathologica. Vol. III, N.° 3, 1940.
- *Megalencephalie*. «III Congrès neurol. intern.», 1939.
- *Abnormale schedels*. «Zuid-Hollandsche neurologenvereniging», 1939.
- Kayal (Rafet): *La necrose du corps jaune*. Thèse Lausanne, 1939.
- Khaled (Bakri): *Etude du triangle de Scarpa sur coupes microscopiques chez les jumeaux*. Thèse Lausanne, 1939.
- King (Wuhon Wayne): *Die Hautleisten am Mittel- und Grundglied von Chinesenkündern und deren übriges Leistensystem*. «Zeitsch. f. Morph. u. Anthropol.» Bd xxxviii, 1939.
- Koenig (P.): *Recherches sur le développement du ligament triangulaire du poumon*. «Schw. Med. Wochschir». Nr 29-30, 1939.

- Konopacki (M.):** *Organizacja Komórki jajowej.* «Panietnika v Zpazdu Polakiego Towarzystwa Anatomiozno-Zoologicznego w Krakovie». «Folia Morphologica». Vol. VII, Nr 4.
- Kriptide (Neeltje):** *De ontwikkeling der knoppen van enkele voorjaarsgewassen II (Begonia tuberosa Hort).* «Mededeelingen van de Landbouwhoogeschool». D 43, 1939.
- Krüger (Wilhelm):** *Ueber die Arbeit der vier Gliedmassen des Pferdes beim Gallopp.* «Tierärztliche Rundschau». Nr 13, 1939
- *Bemerkungen zur Gliedmassenfolge beim Renngallopp beim Sprung des Pferdes.* Idem. N 15, 1939.
- *Ueber die Schwingungen der Wirbelsäule — insbesondere der Wirbelbrücke — des Pferdes während der Bewegung.* «Berliner und Münchener Tierärztlichen Wöchenschrift». Nr 13, S 197, 1939.
- Krynski (B.):** *Varices et ulcères variqueux du canal digestif.* Thèse N.° 1697, Genève, Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Küpfer (M.):** *Halbkastration und Eileiterabbindungen bei Schafen zum Zwecker der Feststellung ob extra-oder intrauterine Eiüberwanderung.* «Schw. Med. Wochschr.» Nr 29-30, 1939.
- Landau (E.):** *Quelques mots sur le neurone.* «Rev. Méd. Suisse Romande», LX° année, Juin 1940.
- *Quelques réflexions sur les procédés d'imprégnation des neuro-fibrilles par le nitrate d'argent.* «Bull. d'Histologie appliquée». Tome XVII, Mars 1940.
- *Repérage d'un projectile de guerre dans le cerveau à l'aide d'une méthode comparative anatomo-radiologique.* «Rev. méd. Suisse romande», LX° année, Juillet 1940.
- Lehmann (Ilse):** *Die Paravaginaldrüse von Hemicentes.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Lemser (H.):** *Zur Erb- und Rassenpathologie des Diabetes mellitus. II. Die Frage einer Rassenpathologie beim Diabetes mellitus.* «Archiv. für Rassend- und Gesellschaftsbiologie». Bd 33, 1939.
- Lieberhen (Albert):** *Contribution à l'étude des modifications histologiques consécutives à l'injection de NaCl, de KCl, de MgCl₂ et CaCl₂ chez le rat.* «Thèse Genève», 1939.
- Lipschütz (Alexandre):** *Les grands problèmes de la tumorigénèse expérimentale et les tumeurs conjonctives provoquées par l'hormone folliculaire.* «Livro de homenagem aos Profs. Alvaro e Miguel Ozório d'Almeida». Rio de Janeiro, 1939.
- **Murillo (Ruperto), Vargas Fils (Luis) et Koref (Oscar):** *Nouvelles études sur l'action antitumorigène de l'ovaire.* «C. R. Soc. Biol.» T. 131, 1938.
- **et Vargas Fils (Luis):** *Etude «quantitative» de la tumorigénèse conjonctive due à l'hormone folliculaire.* «C. R. Soc. Biol.» T. 131, 1939.
- *Tumorigenic powers of stilbæstrol and follicular hormones.* «The Lancet». March, 23, 1940.
- **and Ruz (O):** *Antitumorogenic action of testosterone.* «The Lancet», Oct. 21, 1939, p. 867.
- **and Murillo (Ruperto):** *Antitumorogenic action of progesterone.* «The Lancet», 1939.
- Lisboa Médica.* Ano XVII. N.°s 1 a 10 (1940).
- Locchi (R.):** *Ricerche anatomiche sul «foramen œsophagicum» del «diaphragma» in negri e meticci (mulatti) brasiliani.* «Arq. Cir. Clin. Exp.», Vol. IV, n.° 1, 1940.
- Lœwenthal (N.):** *De l'origine et de l'évolution de la glande zygomatoc-lacrymal.* «Schw. Med. Wochschft», 1939, 689.

- Lüth (Karl-Friedrich): *Untersuchungen über die Alkoholblut Konzentration nach Alkoholgaben bei einriügen und 10 zweiseiügen Zwillingspaaren*. «Deutsche Zeitsch. f. gesamte gerichtliche Medizin». Bd 32, 1939.
- Maillard (Arthur): *Contribution à l'étude des monstres doubles: Un cas de diprosopie*. «Thèse Lausanne», 1939.
- Martin du Pan (G.) & Will (G.): *Ueber Enterokystome mit eigenem Nervenapparat nach eigenem Beobachtungen*. «Helvetica med. acta». Band 6, Heft 1, 1939.
- Martins d'Alte (José): *Notes teratológicas IV-V*. «Anais da Faculdade de Ciências do Pôrto, Tomo xxv, 1940.
- e Moitas (Alvaro): *Malformação do tragus*. «Bull. Soc. Port. de Sc. Naturelles». Tome xiiii, N.º 17, 1940.
- *Agenesia dos peitorais direitos*. «Portugal Médico». N.º 7, 1940.
- Massart (Gurzio): *Contributo allo studio dei fasci muscolari interdigestrici*. «Arch. ital. di Anat. e di Embr.» Vol. xl, 1938.
- *Morfologia e sviluppo del sistema tiro-paratiroideo con ricerche originali nei Chirotteri (Vesperugo pipistrellus)*. Idem. Vol. 44, 1940.
- *Morfologia e sviluppo del timo con ricerche originali nei Chirotteri (Vesperugo pipistrellus)*. Idem. Ibidem, 1940.
- Mathes (Ernst): *Söbre una notável anomalia dentária no hipopótamo*. «Arquivos do Museu Bocage». T. x, 1939.
- *Dimensões, forma e feição dos caninos inferiores do hipopótamo*. «Revista da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra». Vol. viii, n.º 1, 1939.
- *Abnorme mandibularcanini bei Hippopotamus*. «Zeitsch. f. Anat. u. Entw. gesch.» Band, 110, 1939.
- Mayor (G.): *Lymphogranulome solitaire hépato-biliaire*. Thèse N.º 1702. Genève. Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Medicina (Lisboa)*. Ano iv, n.º 40, 1940.
- Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*. 11 série, tome 1, fasc. 1, 1939. Tome 1, fasc. 2, 1939.
- Memórias e Estudos do Museu Zoológico da Universidade de Coimbra*. Série 1, n.ºs 113, 114 (1939-1940).
- Van der Meulen: *Över den Bowen de periodieke ontwikkeling der Bloemknoppen bij Coffea-soorten*. «Verhandelingen der Koninklijke nederlandse Akademie van Wetenschappen, afdeling natuurkunde». Vol. xxxviii, 1939.
- Michalovici (Eugénie): *L'état des nerfs sympathiques et parasymphatiques dans les pneumopathies aiguës et chroniques*. Thèse. Genève, 1939.
- Michalowski (R.): *Recherches sur le rôle du foie, comme organe érythropoétique chez les embryons du Porc*. «C. R. Soc. Biol.» T. cxxiii, 1936, p. 34.
- *Hématifformation dans les pancréas embryonnaire*. Idem. T. cxxv, 1937, p. 163.
- Miszurski (B.): *Reserches on the keratinisation of the epithelium in tissue-cultures*. «Arch. f. exp. Zellforschung besonders gewebezüchtung (Explantation)». Bd xx, 1937.
- *Recherches sur l'influence des extraits des embryons de différent âge sur la croissance et la différenciation du cartilage et de l'os en culture*. Idem. Bd xxii, 1938.
- Moitas (Alvaro): *Pintainhos opódimos*. «Boletim da Associação de Filosofia Natural». Vol. 1, N.º 11, 1940.
- Morais (Lacaz de): *Estudos de Antropometria Constitucional dos brancos nativos do Estado de S. Paulo*. Tese de doutoramento. S. Paulo, 1939.

- Nicod (J. L.):** *Pancréatite chronique chez le nourrisson et sténose du pylore.* «Schw. Med. Wochs.» 105, 1938.
- *Le réticulo-endothéliome lymphatique de l'utérus.* «Bull. Assoc. Franç. Etude du Cancer». T. 27, 1938.
- *Un cas autochtone de blastomycose des méninges.* «Schw. Med. Wochs.» 234, 1938.
- *Embolie graisseuse chez le nouveau-né.* Idem, 1938.
- *Le cancer provoqué chez la souris par le méthylcholanthrène.* Idem, 1938.
- *Démonstrations anatomo-cliniques: Métastase dans la trachée d'un carcinome de l'ovaire. Hémangiome de la parotide. Chondrome de la loge cérébelleuse gauche.* «Gesellschaft schweiz. Hals-und Orenärzte, 26 Jahresversammlung in Lausanne, 1938.
- *Le Leptothrix pleuriticus et son rôle pathogène.* «Tagung der freien Vereinigung der Schweizer Pathologen in Zürich, Juin, 1939».
- **et Regamey (J.):** *Les cancers provoqués par le méthylcholanthrène chez la souris.* «Bull. Assoc. fr. pour l'étude du Cancer». T. 27, 1928.
- Noticias farmacêuticas (Coimbra).* Ano v, 1, N.^{os} 3 a 7 (1940).
- Noticioso Médico Mundial.* Buenos Aires, 1940, N.^{os} 26-28, 1939.
- Novah (G.):** *Alguns dados sobre a «concha ossis sphenoidis» e sua sinostose com os ossos etmoide e esfenoides.* «Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo». Vol. xv, 1939.
- *Duas variedades do «sistema frênico-parafrênico» no homem: 1) nervo parafrênico independente até o diafragma; 2) n. frênico ventral à veia subclávia.* «Rev. de Med.» Vol. 23, N 69, 1939.
- Odier (J.):** *Le nerf phrénique chez le fœtus humain.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Ohio biological survey.* Vol. vii, N 1-2 (1940).
- Ohio Journal of Science.* Vol. xl, N.^{os} 2-5 (1940).
- La opinion medica.* Año x (1940), N.^{os} 115-118, 123, :25, 127.
- Perret (Henri):** *Contribution à l'étude de la néphrite de Lœhlein.* Thèse Lausanne, 1938.
- Pessler (Gottfried):** *Untersuchung über den Einfluss der Grosstadt auf die Kopfform sowie Beiträge zur Anthropologie und Stammeskunde Hannovers.* «Zeitsch. f. Morph. u. Anthropol. Bd xxxviii, 1939.
- Pidoux (Joanne):** *Quelques constatations nouvelles sur les terminaisons nerveuses périphériques.* Thèse Lausanne, 1940.
- Pires de Lima (J. A.):** *A linguagem anatômica de Fernão Lopes.* «Memórias da Academia das Ciências de Lisboa». T. 111, 1939.
- *Grandeza e decadência do bigode (Estudo de Morfologia e Etnografia).* «A Medicina Contemporânea». Fevereiro, 1940.
- Popoff (Nicolas):** *La fasciculation des nerfs périphériques chez le nouveau né.* «P. R. Assoc. Anat.» 33.^e réunion. Bâle, 1938.
- *Dents humaines diversement colorées.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Preux (Chs-Henr de):** *Un cas de sarcoma de la vessie chez un enfant.* Thèse Lausanne, 1938.
- Rassegna Medica Sarda.* Ano 42, 1940. N.^{os} 1-3, 5-7.
- Revista da Associação Paulista de Medicina.* Vol. 16, N.^{os} 1 e 2 (1940), xv, 1, 2, 1939.
- Revista portuguesa de Estomatologia.* 5.^o ano. N.^{os} 20 e 21, 1940.
- Revista sud-americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimioterapia.* Ano xxiii, 1940, 1-9.
- Revista uruguaya de Dermatologia e Sifilografia (Montevideo).* Año 111, N.^o 12 (1938). Año v, N.^o 17, 18 (1940).

- Revue belge des Sciences Médicales.* T. XII, 1940, N.ºs 1-2.
- Rivista di Neurologia.* Año XIII, Fasc. I, 1940.
- Rocha (Heriberto Peña):** *Estudios hematológicos en las especies Liolæmus nigromaculatus (Philippi) y Liolæmus pictus (Duméral y Bibron).* «Bol. Soc. Biol. Concepción». T. XIII, 1939.
- Rodríguez (Fernando):** *Estudio experimental comparativo sobre la dosis histerotrófica útil y la dosis tumorigena de los hormonas foliculares libres (Estradiol y Estrona).* «Publ. Med Exp.» (Chile), 1940.
- Rutishauser (E.):** *Anatomie pathologique des lipoidoses.* «Schweiz. med. Wschr.» 1938, Nr. 15.
- *Ein Lungenknoten aus schilddrüsenähnlichem Gewebe.* «Schweiz. med. Wschr.» 1938, Nr. 29.
- *Osteopathies généralisées.* «Schweiz. med. Wschr.» 1938, Nr. 40.
- *Mangelosteopathie der Hühner.* «Schweiz. med. Wschr.» 1938, Nr. 47.
- Santos (Marques dos):** *Dois casos de neoplasmas primitivos do encéfalo. Meduloblastoma cerebeloso. Pineoblastoma.* «Arquivos de Patologia Geral e de Anatomia Patológica» 1935, vol. xxiv.
- *Linfosarcoma plasmocitário.* Idem, vol. xxvi, 1937.
- *Fibrosarcoma gigante da glândula mamária direita.* Idem, vol. xxvii, 1938.
- *Adenoma maligno da hipófise.* Idem, vol. xxviii, 1938.
- *Profilaxia da raiva.* Coimbra, 1938.
- *Glioblastoma heteromorfo.* «Arquivos de Patologia Geral e de Anatomia Patológica». Vol. xxviii, 1939.
- Schapira (Max):** *Beitrag zur Frage der Oxyurensalpingitis.* Thèse Lausanne, 1939.
- Siegrist (P.):** *Développement de l'innervation de la capsule surrénale chez le fœtus humain.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Simon (Félix):** *Sur la réaction de Zambrini.* 1940.
- Sosa (Júlio Maria):** *Contribución a la neuro-histopatología de les avitaminosis experimentales (Avitaminosis B).* Actas del Congreso Internacional de Biología de Montevideo (7-12 Octubre 1930).
- *El aparato de Golgi en la Asta de Ammon. Golgicito-arquitectura.* Idem.
- *Las reacciones patológicas del aparato de Golgi en las neuronas.* Idem.
- *Heterotopia neuronal e hipocitomorfofosis de les neuronas de Purkinje del Cerebelo.* «Arch. de la Soc. de Biol. de Montevideo». Vol. v, 1933.
- *Modificaciones de la red neurofibrilar en correlación con la acumulación pigmentaria (lipofucsina en las neuronas. Degeneración lipocromoneurofibrilar).* Idem. Vol. vi, 1935.
- *Tres especies de aves no señaladas para el Uruguay.* Idem, vol. viii, 1937.
- *Contribucion al estudio de les variaciones patológicas del aparato de Golgi de la neuroglia.* «Arch. de la Soc. de Biol. de Montevideo». Vol. viii, 1937.
- *Heteromorphodromie neuronale.* Vol. viii, 1937.
- *Las variaciones fisiológicas del aparato de Golgi en las células de Purkinje del Cerebelo («Columba livea»).* Acta del Congreso Internacional de Biología de Montevideo (7-12 Octubre 1930).
- *Aparato de Golgi y nomenclatura celular.* Idem.
- **et Menegazzi (Juan Antonio):** *L'appareil de Golgi des neurones de «Helix Aspersa».* «Arch. de la Soc. de Biol. Montevideo». Vol. ix, 1939.
- *The Golgi apparatus of striated muscle fibre of «Hirudo Medicinalis» and its relations hip with contractile activity.* Idem. Vol. x, 1940.

- Souza (O. Machado de): *Sobre a Anatomia e a significação funcional da «fascia umbilicalis» (Richet)*. «Ann. Fac. Med. Univ. S. Paulo», Vol. XIV, 1938.
- *Observações anátomo-topográficas sobre a parte parotídica do nervo facial em brancos e negros brasileiros*. «Arq. Cir. Clin. Exp.» Vol. III, N 4, 1939.
- *Estudo sobre a arquitectura da mandíbula dos xenarthra*. «Bol. Fac. Fil. Cien. Letr. Univ. S. Paulo», XI, Zool., n.º 3, 1939.
- *Observations sur l'architecture de la mandibule humaine*. «Folia Clin. Biol.» Vol. XI, N 1, 1940.
- Spitz-Rabinowitsch (Beate): *Beitrag zur Frage der Ektopischen Schwangerschaft in einem rudimentären Nebenhorn*. Thèse Lausanne, 1939.
- Stein (J.): *Sur la formation de la biliverdine dans les cellules hépatiques cultivées in vitro*. «Arch. f. exper. Zellforschung bes. Gewebezüchtung (Explantation)». Bd xx, 1937.
- Steinmann (E.): *Les lésions tuberculo-toxiques au niveau du foie à la suite d'injections d'Alt-tuberkulin Koch*. Thèse en médecine dentaire N.º 122, Genève, Institut Pathologique (Prof. Askanazy).
- Strauss (F.): *Die intraovarielle Befruchtung und die Ovulation bei Eri-culus*. «Schw. Med. Wochsh.» Nr 29-30, 1939.
- Trabalhos da Sociedade portuguesa de Antropologia e Etnologia*. Vol. IX, fasc. 1 e 2 (1939).
- Travaux de l'Institut d'Anatomie et d'Embryologie* (1940), 1 (Prague).
- Tuberculose*. «Boletim de Assistência Nacional aos Tuberculosos». 5.ª série, vol. II, n.ºs 1-2 (1940).
- Upsala Läkaresällningens Förhandlingar*. Bd XLV. Heft 5-6 (1939-40). Bd XLVI, Heft 1-2 (1940-41).
- Vauthey (Marius): *Le nerf dentaire inférieur chez les jumeaux (Texture microscopique)*. Thèse Lausanne, 1938.
- Vitali (G.): *Sur les troubles fonctionnels et sur les lésions histologiques dépendant de la destruction de l'organe nerveux de sens que j'ai décrit dans l'oreille moyenne des oiseaux*. «Arch. ital. Biologie». T. 64, fasc. 1, 1915.
- *Contributo allo studio del sistema muscolare specifico del cuore. Le spansioni nervose nelle fibre di Purkinje in Ovis aries*. «Anat. Anz.», Bd 84, 1937.
- *Le morfologia funzionale nello studio comparato degli organi del sistema della linea laterale. L'opera di Lorenzini e di Savi*. «Annali delle Università Toscane». Vol. I, 1926.
- Vorträge deutscher Anthropologen gehalten auf dem Internationalen Kongress der Anthropologischen und ethnologischen Wissenschaften von 31 Juli bis 6 August 1938 in Kopenhagen*. «Zeitsch. f. Morph. u. Anthrop. Bd XXXVI, 11, 1939.
- Vuilleumier (P.): *Néphrite épithéliale chronique et protéinurie de Bence-Jones*. «Ann. d'Anat. Path.» T. 15, 1938.
- Weber (A.): *Développement de la bourse séreuse du muscle obturateur interne*. «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Wenger (Fr.): *Résultats de l'application de rayons ultraviolets de longueur d'ondes différentes sur les embryons*. «Schw. Med. Woch.» Nr 29-30, 1939.
- Will (G.): *Ueber Verknöcherung der Aderhautgeflechte*. «Schweiz. Arch. f. Neur. & Psychiatrie». Vol. XLIV, f. 1.
- *Zur Pathogenese der Lungen-Enchondrome*. «Schweiz. Zschr. f. allg. Pathol.» 11, 3, 1939.

- Wolf-Heidegger (G.):** *Zur Frage der Durchwanderung farbloser Blutzellen durch das Darmepithel.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Wolf-Heidegger (G.):** *Die Anwendung von Kawa-kava in der Histotechnik unter besonderer Berücksichtigung der Fixierung des Dünndarnes.* «Schw. Med. Wochsch.» Nr 29-30, 1939.
- Zweibaum (Jules):** *Sur la caractéristique des fibroblastes et des cellules migratrices (histiocytes et lymphocytes) basée sur la coloration vitale.* «Arch. f. exper. Zellforschung bas. Gewebezüchtung (Exploitation)». Bd xxii, 1938.

La Rédaction adresse à tous ses remerciements.



CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS
EM ECONOMIA APLICADA
ROMULO DE CARVALHO

VOL. XV



1940

«COIMBRA EDITORA»
MCMXL



CENTRO DE ESTUDIOS AVANÇADOS
ROMULO DE CARVALHO

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, AMÂNDIO TAVARES, GERALDINO BRITES, MENDES
FERREIRA (A. E.), PIRES DE LIMA (J. A.), SANCHEZ BREZMES (M.)

VOL. XV



1940

«COIMBRA EDITORA»
MCMXL

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, AMÂNDIO TAVARES, GERALDINO BRITES, MENDES
FERREIRA (A. E.), PIRES DE LIMA (J. A.), SANCHEZ BREZMES (M.)

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, AMÂNDIO TAVARES, GERALDINO BRITES, MENDES
FERREIRA (A. E.), PIRES DE LIMA (J. A.), SANCHEZ BREZMES (M.)

VOL. XV



1940

«COIMBRA EDITORA»
MCMXL



INDEX

	N N
BREZMES (MARTIN SANCHEZ): <i>Anomalias do músculo digástrico da mandíbula</i>	15
BRITES (GERALDINO): <i>L'état endometrioiide de la trompe de Fallope tuberculeuse</i>	1
— <i>Atrophie avec ectasie d'une glande sudoripare par suite d'oblitération du tube excréteur</i>	2
— <i>Petite contribution à la casuistique des formations tubuliformes de l'ovaire chez la Femme</i>	3
— <i>A técnica de exame do apêndice cecal</i>	4
— <i>Ainda a propósito da técnica do exame do apêndice cecal</i>	7
— <i>La radiographie de l'appendice cæcal excisé et sa valeur au point de vue anatomo-pathologique</i>	8
— <i>Formations lymphoïdes de la trompe de Fallope</i>	10
— <i>Sur un petit organe lympho-épithélial du sigma colique</i>	11
— <i>Apêndice cecal, apêndicite crônica e hipogênese nervosa apêndicular</i>	12
— <i>Contributions à la connaissance de la morphologie du fœtus fils de portugais. I — Reins et surrénales</i>	13
— <i>Matériaux pour l'étude des formations ou modifications structurales utéro-annéxielles supposées pathologiques — Obs. I</i>	15-A
FERREIRA (ANTÓNIO E. MENDES): <i>Etude morphologique des nucléoles et rapports nucléo-nucléolaires des cellules hépatiques au cours de la régénération suivant l'extirpation partielle du foie</i>	6
LIMA (J. A. PIRES DE): <i>Monstros ciclocefalios</i>	14
MOITAS (ÁLVARO): <i>Dois pintainhos céfalo-toracópagos monossimétricos (SCHWALBE)</i>	9
RÉDACTION: <i>Bibliographie</i>	16
TAVARES (AMANDIO): <i>O epitelioma mumificado ou calcificado da pele (Epitelioma de Malherbe)</i>	5

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

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

EDITEUR: PROF. GERALDINO BRITES

Les FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS publient des mémoires originaux et des études d'Anatomie descriptive et topographique, d'Anatomie pathologique, d'Histologie et d'Embryologie.

Les FOLIA rédigées en portugais sont suivies d'un résumé en français, en anglais ou en allemand, au choix de l'auteur. Les fascicules contenant une ou plusieurs FOLIA, paraissent au fur et à mesure que les articles sont imprimés, d'après l'ordre de réception des manuscrits.

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

Les communications concernant la rédaction et l'administration des FOLIA ANATOMICA doivent être adressées à M. le Prof. Geraldino Brites, Institut d'Histologie et d'Embryologie, Coïmbre, Portugal.