

# FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

PRIÈRE D'ÉCHANGER  
WE WISH TO EXCHANGE  
BITTEN TAUSCHEN

VOL. XI



NN 5-6

«COIMBRA EDITORA»  
MCMXXXVI

## INDEX

	NN
GERALDINO BRITES: <i>Le sarcome de la mamelle: Observations: XV — Sclérose glandulaire. Sarcome lymphoblastique. XVI — Sarcome fibroblastique, fuso-cellulaire. XVII — Fibro-adénome tubuleux. Sarcome fibroblastique fuso-cellulaire . . . . .</i>	5
LUIZ FERNANDES DANTAS: <i>Un cas d'anomalies multiples, artérielles et urinaire .</i>	6

# 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 réalisés dans les laboratoires de l'Université de Coïmbre.

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

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

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

# FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XI

N 5

## LE SARCOME DE LA MAMELLE

PAR

GERALDINO BRITES

*(Reçu par la rédaction le 25 Juillet 1936)*

### OBSERVATIONS

XV

SCLÉROSE GLANDULAIRE. SARCOME LYMPHOBLASTIQUE

Cas des archives de l'Institut d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Lisbonne (Directeur M. le Prof. Henrique Parreira).

Pas de renseignements cliniques.

Dans toutes les coupes, quel que soit le morceau de la tumeur qui aît été débité, il y a un stroma et des cellules qui infiltrent très largement le conjonctif, en formant de vastes nappes ou des cordons longs et fort minces, quoique irréguliers, ou encore des îlots bien circonscrits (Figs. 1 et 2).

La plupart de ces cellules infiltrantes sont arrondies, plutôt polyédriques, quand elles sont pressées les unes contre les autres; les cellules allongées sont nombreuses et fréquentes celles dont la forme n'est pas aisément recon-



naissable. Elles sont souvent appliquées contre des faisceaux conjonctifs et quand ceux-ci sont très grêles et isolés, ils semblent prolonger la cellule qui prend alors la forme étoilée.

Parmi les cellules arrondies, il y en a de volume très varié, les plus grandes ne dépassant pas le gros mononucléaire du sang, les cellules petites étant égales aux lymphocytes plus petits. Les cellules allongées ou irrégulières dépassent en volume ces cellules arrondies.

Le corps cellulaire est en grande partie occupé par le noyau, le cytoplasme étant irrégulièrement distribué contre la membrane nucléaire, sous forme d'une lame parfois si mince que le noyau paraît nu dans une certaine étendue de sa surface, ou formant de petits massifs (Fig. 5). Dans les cellules petites le cytoplasme est relativement plus abondant et plus vivement coloré que celui des cellules volumineuses.

Les noyaux arrondis sont les plus nombreux, mais parfois cette morphologie n'est qu'apparente: En effet un examen plus approfondi fait voir que souvent ces noyaux occupent plusieurs plans, s'allongeant ou prenant des formes bizarres (Fig. 6: 9, 13, 14, 21, 22, 28, 36, 37, 43, 47); fréquemment aussi deux petits noyaux contigus, égaux ou de volume différent ne sont que deux parties d'un même noyau, leur continuation s'établissant dans un autre plan (Fig. 6: 34, 41, 49, 33, 28). En général les noyaux plus petits sont ceux plus régulièrement arrondis.

Les noyaux plus grands, quelle que soit leur forme, sont très clairs (Figs. 5 et 6), la chromatine se présentant sous forme de petits grains, peu nombreux d'ailleurs et d'une poussière de granulations éparpillées sans ordre ou groupées autour des plasmosomes. Ceux-ci sont en général peu visibles, leur affinité pour l'éosine étant à peu près la même que celle des débris du réseau de linine qui encombrent le noyau. C'est parmi les cellules à gros noyau qu'on voit les figures de mitose, le plus souvent atypiques, et de division directe.

Les noyaux plus petits sont très sombres, entièrement comparables par la distribution de leur chromatine, aux

noyaux lymphocytaires; parfois ils sont noirs et rattatinés et alors le cytoplasme est vivement coloré en rose par l'éosine, quoique agranuleux. Ces formes sont à mettre en rapport avec d'autres éléments où au sein du cytoplasme, il n'y a que quelques débris informes et hyperchromatiques du noyau, formes nettement pycnotiques.

Parmi les noyaux moyens il y a lieu de faire deux groupes: *a*) noyaux qui par leur réduction de volume, coalescence des grains de chromatine et leur hyperchromie et basophilie générale, acidophilie excessive du cytoplasme qui les entoure, peuvent être rangés dans une série parfaite de transition graduelle entre les gros noyaux et les formes lymphocytoïdes (Figs. 6: 3, 31, 17, 42, 26, 27); *b*) noyaux déformés, recroquevillés par rétraction, clairs, appartenant à des cellules dont le cytoplasme est rose vif, isolées (Fig. 6: 30, 11, 38, 48) ou groupées en bandes plus ou moins longues ou circulaires (Fig. 6: 8). Nous pouvons déjà avancer que la comparaison de ces cellules avec celles que l'on voit à l'intérieur des tubes glandulaires encore intacts, montre que celles-ci ne sont que des cellules glandulaires en régression en conséquence de la dissociation plus ou moins avancée faite par les éléments néoplasiques.

Parfois les noyaux se pressent si étroitement les uns contre les autres que l'individualité des cellules correspondantes reste douteuse et la disposition plurinucléaire est à suspecter. Mais indépendamment de ces formes douteuses (Fig. 6: 37, 49) on trouve d'autres dont la disposition syncytiale est nette, des amas uniformes de petits noyaux occupant une masse de protoplasma indivis (Fig. 6: 5, 45).

Partout des granulocytes neutrophiles, parfois en pycnose, se trouvent disséminés discrètement.

Le stroma présente des aspects très variés: Sur de grandes étendues il est fort éparpillé (Fig. 1) et les faisceaux sont tellement minces (Fig. 5) que seules les préparations obtenues dans le but de colorer spécifiquement le collagène et le précollagène permettent de bien juger le développement de la charpente connective. C'est un réseau com-

plexe de fibrilles précollagènes dont les mailles contiennent des cellules néoplasiques isolées ou en petits groupes.

D'autres parties des coupes, d'étendue considérable aussi, présentent des cordons de faisceaux conjonctifs (Fig. 2), épais, unis par d'autres faisceaux plus minces, orientés de telle façon que de larges bandes sont coupées en tous sens; les cellules néoplasiques en occupent les lacunes. Ici le conjonctif prédomine et ce fait est facilement reconnaissable quelle que soit la technique employée. Le Foot-Wilder montre qu'au précollagène appartient une partie moins importante qu'ailleurs.

Il y a parfois une disposition nodulaire du tissu, apparemment pauvre en stroma et cela s'observe surtout dans les parties où la densité des cellules néoplasiques est plus considérable (Fig. 3). Ce tissu à stroma surtout précollagène est encerclé par du tissu collagène à gros faisceaux (Fig. 4).

Dans ce stroma les vaisseaux sont nombreux et des capillaires dont la paroi est réduite à l'endothélium, attirent surtout l'attention. Ces cellules endothéliales sont si minces qu'il faut employer des grossissements forts pour voir le liséré de la lumière, et si étendues que les noyaux sont très rares.

Les capillaires sont doublés directement de cellules néoplasiques.

Les coupes sont accidentées par deux catégories de formations: D'une part des formations glandulaires, d'autre part des amas de vésicules adipeuses.

Les formations, représentant la partie glandulaire de la mamelle, sont des groupes de sections de tubes, contenant des cellules, entourés d'épais manchons conjonctifs. Un gros canal galactophore a été intéressé dans l'une des coupes. Le tissu reliant ces manchons est plus ou moins infiltré de cellules néoplasiques.

En étudiant ce tissu on peut vérifier la dissociation des manchons conjonctifs par des cellules néoplasiques, la rupture de la paroi du tube, le mélange de cellules glandu-

lares aux cellules néoplasiques, à la fin la dispersion des éléments fibrillaires de l'enveloppe des tubes.

Dans les tubes intacts les cellules glandulaires sont déplacées, dissociées, rattatinées; leur cytoplasme devient fortement acidophile et homogène et le noyau rappétissé et clair.

Ces faits donnent l'explication de l'existence, en plein tissu néoplasique, dans les zones à stroma précollagène prédominant, de groupes de cellules dont le cytoplasme est si vivement coloré en rose par l'éosine qui porterait à les considérer comme des métamyélocytes éosinophiles. Il suffit de constater l'absence de granulations dans le cytoplasme, l'aspect trop clair du noyau, et d'autre part, de rappeler les modifications des cellules des tubes glandulaires, pour se certifier de la nature glandulaire de ces cellules, en atrophie plus ou moins avancée.

Les vésicules de graisse sont nombreuses sur plusieurs points, quelques unes très petites; elles sont séparées les unes des autres par des nappes de cellules néoplasiques. On peut reconnaître des étapes de cette infiltration du conjonctif, petit à petit, en étouffant les cellules adipeuses. Dans celles-ci on ne voit aucune manifestation réactionnelle.

Les manchons épais des tubes glandulaires, l'étendue considérable des bandelettes conjonctives, plutôt fibreuses, dissociées, témoignent la sclérose glandulaire. D'autre part la disposition nodulaire du tissu néoplasique, les caractères du stroma de ces nodules, le refoulement du tissu riche de faisceaux conjonctifs, renfermant les traînées de cellules néoplasiques, portent à croire au développement de la néoplasie au dépens du conjonctif intra-lobulaire et à l'invasion du tissu de sclérose intra et interlobulaire.

Par les caractères décrits cette néoplasie doit être classée parmi les sarcomes lymphoblastiques.

## EXPLICATION DES PLANCHES

- Pl. I — Fig. 1: Partie de la tumeur pauvre en stroma; cellules néoplasiques de faible densité. Grossissement 300×.  
 Fig. 2: Partie de la tumeur riche en tissu fibreux; lacunes remplies de cellules néoplasiques. Gross. 300×.
- Pl. II — Fig. 3: Zone à densité cellulaire plus considérable. À gauche, nodule ayant par axe un tube glandulaire; refoulement du tissu fibreux, infiltré, vers la droite. Gross. 300×.  
 Fig. 4: Même zone que la précédente. Fibres précollagènes et faisceaux collagènes, établissant une différence nette entre le tissu nodulaire et le tissu refoulé. Gross. 300×.
- Pl. III — Fig. 5: Cellules néoplasiques. Zone pauvre en stroma. Gross. 1100×.  
 Fig. 6: Cellules néoplasiques et cellules glandulaires en atrophie. Gross. 1100×.
- Pl. IV — Fig. 7: Groupes de tubes glandulaires pourvus de manchons conjonctifs; infiltration de cellules néoplasiques dans le tissu péri-tubulaire. Gross. 215×.

Tous les clichés reproduisent des préparations colorées par l'hématoxyline-éosine, à l'exception de celui qui correspond à la Fig. 4, dont la préparation a été faite suivant la méthode de Foot-Wilder pour les fibres précollagènes.



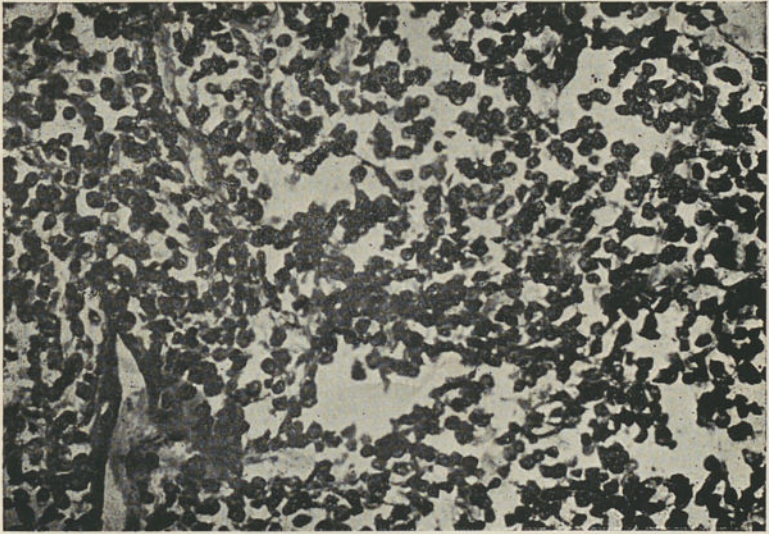


Fig. 1

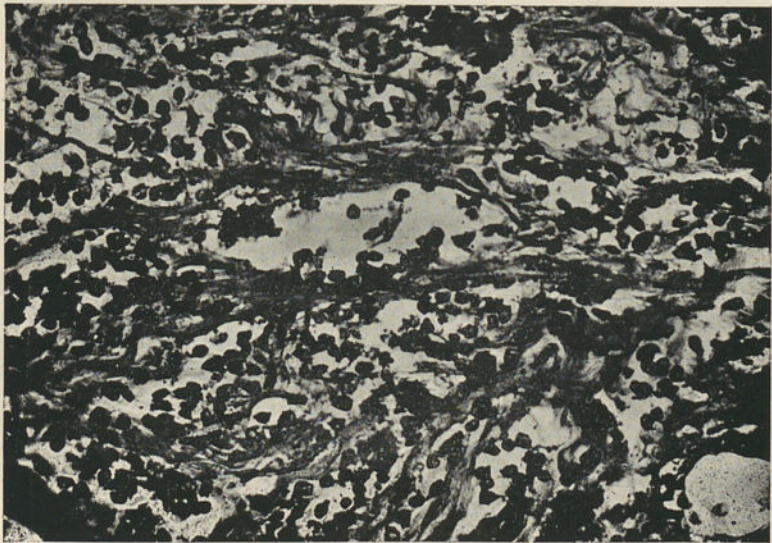


Fig. 2

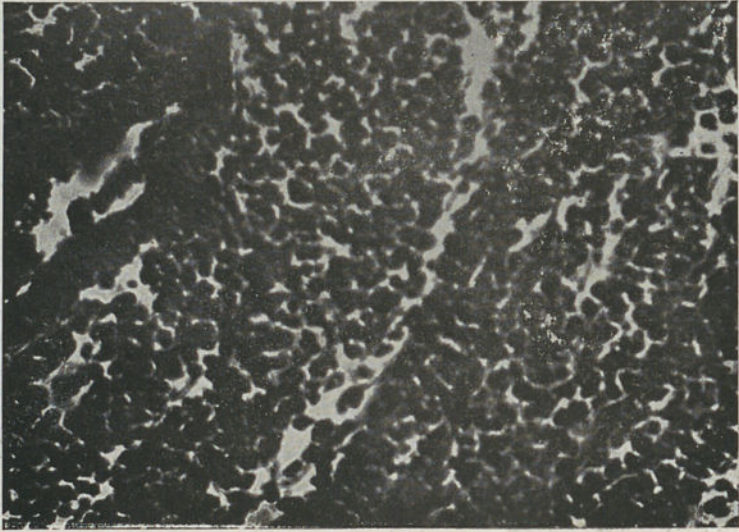


Fig. 3



Fig. 4

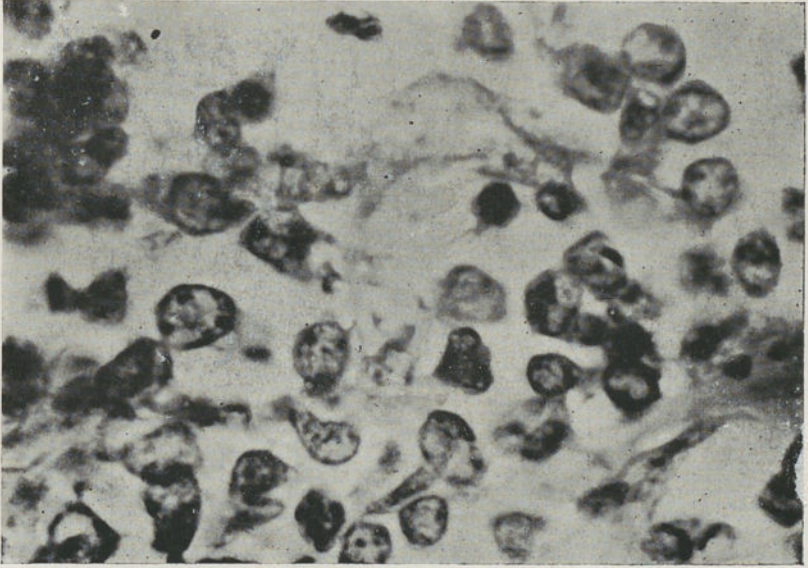


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

## SARCOME FIBROBLASTIQUE, FUSO-CELLULAIRE

Cas des archives de l'Institut d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Lisbonne (Directeur M. le Prof. Henrique Parreira).

Pas de renseignements cliniques.

Dans les coupes il y a des zones à tissu compact et d'autres où la densité cellulaire est moindre.

Les zones compactes sont généralement bien délimitées et au contact immédiat du tissu fibreux glandulaire (Fig. 5). Elles sont formées d'éléments (Fig. 6: 5) pourvus d'un noyau allongé, fusiforme ou bosselé, à chromatine poussiéreuse et membrane fort mince, si serrés les uns contre les autres que leurs limites deviennent imprécises. Ces éléments se groupent en formant des faisceaux orientés en tous sens et se présentant en conséquence coupés en travers, en longueur ou obliquement, par îlots. Il en résulte un aspect nettement fasciculé. Parmi ces noyaux on trouve quelques uns remarquables par leurs dimensions ou par celles-ci et par leur forme. En effet on y voit des noyaux qui, tout en maintenant leur forme habituelle, sont très volumineux, et d'autres très bosselés, tordus, ramassés sur eux-mêmes (Fig. 6: 4, 9), donnant parfois l'image d'amas

de noyaux déformés. À côté de cette forme mégacaryocytoïde, rare d'ailleurs, on constate l'existence d'éléments nettement plurinucléés (Fig. 6: 1, 3), parmi lesquels les figures de mitose monstrueuse sont nombreuses. Le tissu est creusé de lacunes sanguines et de capillaires très larges et nombreux, contenant du sang. Des petites hémorragies interstitielles sont bien apparentes.

L'application, à nos coupes, des méthodes spécifiques du collagène et précollagène (Mallory-Löwenstein et Foot-Wilder), nous a permis de comprendre le fond rose et confus des préparations colorées par l'hématoxyline-éosine. On y voit une charpente admirable de fibrilles précollagènes dont les plus épaisses sont orientées dans le sens des faisceaux d'éléments fusiformes et les plus grêles se croisent en tous sens, enveloppant ces cellules. C'est le négatif des préparations ne révélant que les cellules.

Les fibres collagènes sont rassemblées autour des vaisseaux plus volumineux, toutes les fentes et capillaires étant entièrement dépourvues d'enveloppe collagène.

C'est l'image typique du sarcome fibroblastique, fusocellulaire.

Sur plusieurs points de ces zones à tissu compact, les éléments sont moins resserrés (Fig. 1) et alors la disposition fasciculée n'est qu'ébauchée par-ci par-là. Les espaces plus ou moins larges entre les noyaux, sont occupés par un protoplasme flou, vacuolisé. Ici les figures de mitose sont plus nombreuses, souvent multipolaires, et de même les formes géantes et polynucléées, quelques unes renfermant des centaines de petits noyaux. Le polymorphisme nucléaire est remarquable et on y voit des noyaux très petits, arrondis qu'on ne peut comprendre que considérant les sections transversales de noyaux allongés (Fig. 6: 8).

Partout de minces interstices, entre les cellules néoplasiques contiennent des rosaires d'érythrocytes. Les cavités contenant du sang, lacunaires ou vasculaires sont tellement nombreuses que des aspects comme celui de la Fig. 4 sont fréquents.

Dans le tissu que nous venons de décrire il y a des nappes où la nécrose se montre en étapes variées. Elle se manifeste au début par la perte de l'affinité chromatique, basophile des noyaux; à la fin ces noyaux ne sont représentés que par des tâches très légèrement acidophiles au sein d'un tissu filamenteux d'une extrême délicatesse (Fig. 3). Quelques noyaux de fibrocytes (Fig. 6: 7), quelques granulocytes neutrophiles et lymphocytes sont les seuls accidents à interrompre l'uniformité de ces parties en nécrose. Les vaisseaux pleins de sang deviennent de plus en plus nets et des globules rouges sont éparpillés au sein des nappes de cellules néoplasiques nécrosées. La charpente précollagène a été épargnée par le processus et la délicatesse du tissu est encore plus frappante dans les préparations faites pour la coloration de la réticuline.

Dans les zones où la densité cellulaire est moindre il y a prédominance nette de cellules fusiformes (Fig. 2), les cellules mégacaryocytoïdes et les cellules plurinucléées étant rares. Un examen attentif porte à reconnaître que cette dissociation des éléments néoplasiques est due à l'infiltration œdémateuse.

Dans les coupes se trouvent des parties montrant la nature de l'organe atteint par la tumeur: Ce sont des sections de canaux galactophores, entourés de tissu fibreux (Fig. 5). On y voit aussi du tissu adipeux envahi par la tumeur.

Nonobstant notre propos de réserver la critique pour l'ensemble des cas étudiés, nous ferons ressortir dès ce moment quelques faits singuliers concernant cette observation: Il faut tout d'abord enrégistrer que, malgré une irrigation sanguine très abondante, la nécrose sévit, mais épargnant les vaisseaux et prenant une allure particulière: En effet elle atteint surtout les noyaux.

Dans toutes les coupes étudiées les érythrocytes abondent au dedans des vaisseaux et des lacunes et même dans les interstices, formant des traînées ou petits foyers hémorragiques; malgré cela on ne rencontre pas des faits de

phagocytose de la part des cellules néoplasiques. Parfois ces cellules, doublant l'endothélium d'un capillaire, les érythrocytes semblent contenus dans un gros vacuole, mais cette supposition ne résiste pas à un examen quelque peu soigné. À ce propos, la rareté des cellules mégacaryocytoides est à rappeler.

L'absence de cellules d'infiltration est frappante: en effet on ne voit que de rares lymphocytes et granulocytes neutrophiles; pas un seul plasmocyte.

Le bouleversement de la disposition fasciculée est l'œuvre d'une prolifération plus active et plus désordonnée des cellules néoplasiques.

---

#### EXPLICATION DES PLANCHES

- Pl. I — Fig. 1: Partie de la tumeur où le polymorphisme nucléaire est plus net. L'orientation fasciculée est presque disparue. Grossissement 215×.
- Fig. 2: Partie fasciculée et fortement œdématisée. Gross. 170×.
- Pl. II — Fig. 3: Bande de nécrose, interposée à deux plages où le polymorphisme nucléaire est bien apparent. Gross. 40×.
- Fig. 4: Tissu en partie nécrosé. Vaisseaux distendus par le sang. Gross. 55×.
- Pl. III — Fig. 5: Zone de contact du tissu néoplasique avec le tissu fibreux mammaire. Gross. 170×.
- Pl. IV — Fig. 6: Plusieurs aspects des cellules néoplasiques. Gross. 1120×.

Tous ces clichés et le dessin ont été pris sur des coupes colorées par l'hématoxyline-éosine.



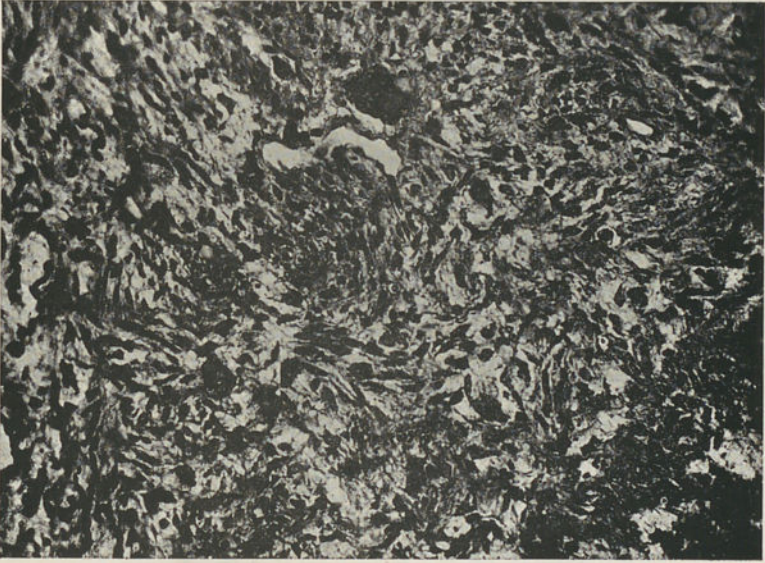


Fig. 1

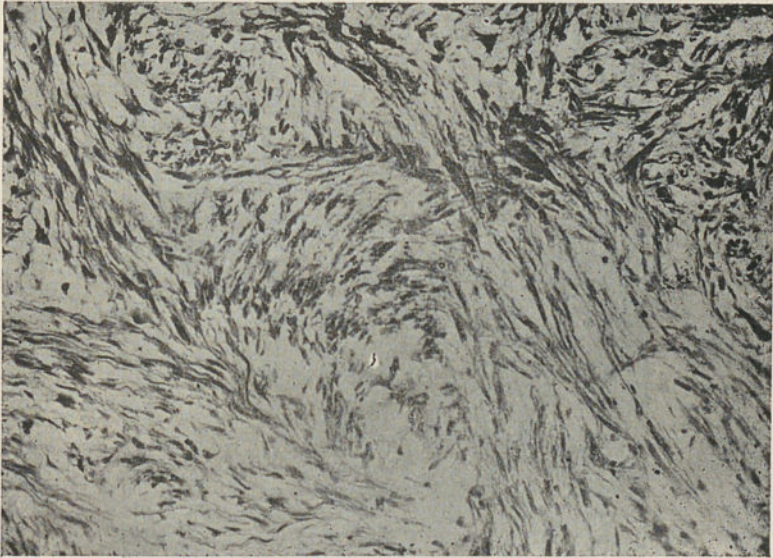


Fig. 2

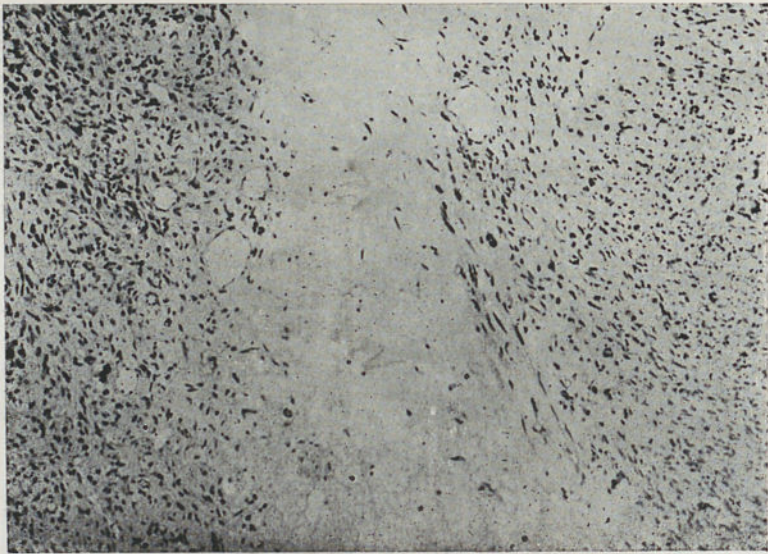


Fig. 3

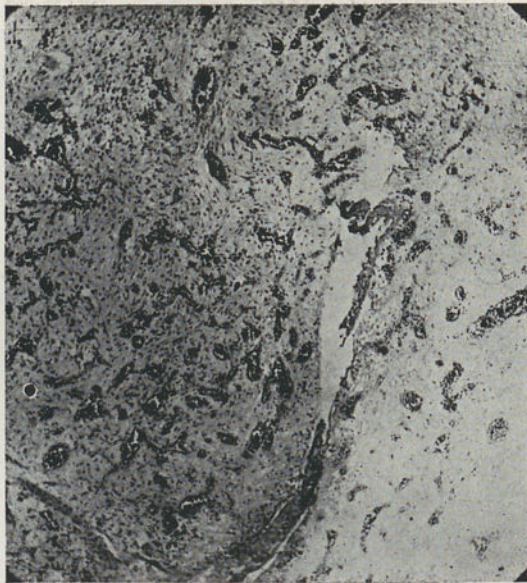


Fig. 4



Fig 5

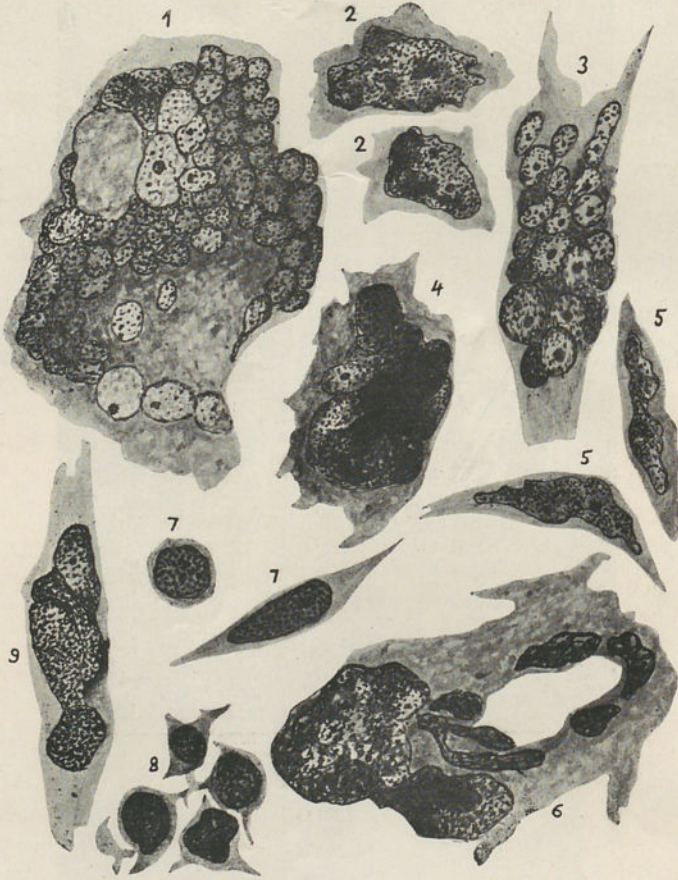


Fig. 6

FIBRO-ADÉNOME TUBULEUX. SARCOME FIBROBLASTIQUE,  
FUSO-CELLULAIRE

Cas des archives de l'Institut d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Lisbonne (Directeur M. le Prof. Henrique Parreira).

Pas de renseignements cliniques.

Trois petits morceaux de la tumeur, présentant macroscopiquement des aspects différents, ont été débités en coupes.

Les coupes, dont la structure a été jugée plus caractéristique (Fig. 1), montrent une disposition cellulaire nettement fasciculée, parfois ébauchant des tourbillons. On y voit des cellules allongées, fusiformes ou quelque peu irrégulières (Fig. 6: 6, 7), pourvues d'un noyau allongé aussi dans les cellules plus grêles, arrondi, elliptique dans les cellules grosses et courtes, toujours clair, leur chromatine étant distribuée en de petits grains; un à quatre plasmosomes sont bien visibles. Les figures de mitose anormale sont nombreuses et à ce processus doit être rapportée l'existence de cellules possédant 2 ou 3 noyaux, égaux ou différents en dimensions, ne différant des noyaux voisins que par leur volume.

Les cellules fusiformes laissent entr'elles des interstices se présentant comme des fentes vides, souvent contenant des érythrocytes, ou traversées par des filaments qui semblent des prolongements latéraux des cellules dans les préparations colorées par l'hématoxyline-éosine. Dans ces préparations on ne réussit pas à établir l'indépendance des cellules fusiformes. D'après les coupes traitées par le Mallory, de minces fibres bleues parcourent les espaces intercellulaires, correspondant aux filaments roses ci-dessus mentionnés. La méthode de Bielchowsky démontre leur nature précollagène (Fig. 4).

Parmi ces cellules fusiformes se rencontrent quelques unes retrécies, atteintes de nécrose reconnaissable par leur noyau petit, rattatiné, violet noir uniforme par l'hématoxyline, et par leur cytoplasme montrant une acidophilie exagérée. Des formes monstrueuses ne sont pas rares, soit sous forme d'éléments de forme irrégulière, pourvus d'un seul noyau, mais déchiqueté, lobé, bourgeonnant (Fig. 6: 2, 3), soit présentant un amas muriforme de noyaux arrondis, sombres (Fig. 6: 1, 4). À son voisinage les fibrilles précollagènes sont refoulées et s'entassent d'autant plus que le volume des cellules est plus considérable.

Toutes ces cellules se groupent en formant de gros faisceaux qui dans les préparations se montrent coupés sous les incidences les plus diverses. Les sections transversales ou légèrement obliques (Fig. 6: 5) des cellules fusiformes semblent des éléments arrondis, sombres, ne montrant que rarement leurs plasmosomes; les fibres précollagènes leur donnent parfois un aspect spiculé dans les préparations colorées par l'éosine.

Les interstices des gros faisceaux sont occupés par un tissu plus flou qui enveloppe les vaisseaux plus volumineux, soit des veinules très ectasiées, soit des artérioles.

Cette structure s'observe sur de grandes étendues des coupes, mais par endroits elle est modifiée par une large intervention du connectif et par bouleversement de la disposition fasciculée.

Le tissu conjonctif se présente comme un entremêlement touffu de fibres conjonctives centré par un vaisseau, laissant des lacunes occupées par une seule ou par un petit groupe de cellules néoplasiques.

Des cavités fissuraires, de trajet irrégulier, revêtues par un épithélium, rappelant des tubes glandulaires étalés par le développement de bourgeons fibro-vasculaires, se trouvent dispersées. Celles-ci permettent de comprendre ces parties à riche charpente conjonctive qui sont simplement des zones fibromateuses intra-canaliculaires, envahies par les cellules sarcomateuses. Cela est confirmé par l'étude d'un autre morceau de la tumeur, dont les coupes montrent des aspects caractéristiques du fibro-adenome intra-canaliculaire (Fig. 8) dont le tissu fibreux présente déjà un discret envahissement par les cellules néoplasiques. L'hyperplasie épithéliale de cette zone est remarquable, les sections des tubes glandulaires étant séparées les unes des autres par du conjonctif très abondant.

La disparition de l'orientation fasciculée coïncide avec quelques faits à enregistrer: *a)* Modification de forme des noyaux qui tendent à s'arrondir; *b)* Modification de la structure du noyau se traduisant par l'agrandissement des plasmosomes et leur acidophilie plus nette et par une plus grande richesse de chromatine; *c)* Nombre plus considérable des noyaux géants, à formes bizarres, de noyaux muriformes et de cellules en division, et en conséquence polymorphisme nucléaire plus remarquable. Il s'agit donc de centres de développement plus actifs du néoplasme, tendant à perdre le caractère fuso-cellulaire.

Des coupes du troisième des morceaux prélevés dans la tumeur, nous ont procuré des aspects tout à fait différents de ceux que nous venons de décrire. Étendue là, comme pour affirmer la provenance commune de tous les morceaux, une petite zone montre la structure typique du sarcome fuso-cellulaire, à orientation fasciculée.

Au surplus on est en présence d'un feutre lâche, d'une délicatesse extrême, uniformément semé de cellules.

La charpente filamenteuse, rose par l'éosine, donne alors l'image d'un coagulum fibrineux; par le Mallory-Löwenstein la structure filamenteuse est plus nette et la méthode de Bielschowsky démontre la nature précollagène de ces fibrilles. Au voisinage des vaisseaux le feutre est plus dense (Fig. 6).

Les cellules possèdent un noyau en général arrondi, parfois légèrement allongé (Fig. 2); leurs plasmosomes sont très nets et la chromatine peu abondante et en petits grains; le cytoplasme ne présente pas de limites précises et il semble effiloché à la surface, les filaments se mélangeant à ceux de la charpente.

Les figures de mitose anormale sont plus nombreuses qu'ailleurs et de même les éléments géants et pluri-nucléés.

Ces cellules montrent une fragilité remarquable et des plages de nécrose se voient partout: La caryorrhesis et la pycnose atteignent de grandes étendues (Fig. 5) en même temps que le cytoplasme devient granuleux ou farci de vacuoles qui par leur coalescence transforment les cellules en de petits sacs où le noyau en nécrose est suspendu par de minces filaments; à la fin ces sacs subissent la désagrégation et des cavités remplies de débris et d'un liquide coagulé, spumeux, apparaissent (Figs. 6 et 7). La charpente en est aussi atteinte et les filaments se réduisent à des débris. C'est une véritable fonte cytoplasmique nodulaire, par liquéfaction.

Parmi les éléments structuraux du noyau celui qui résiste plus longtemps à la nécrose est le plasmosome; il paraît devenir plus volumineux, son acidophilie est augmentée et il reste encors intact après la désagrégation totale de la cellule.

Les vaisseaux de plus grand calibre résistent au processus de nécrose au delà de la limite marquant la désagrégation des tissus contigus. En conséquence on peut voir au sein d'un plage necrotique, des vaisseaux fortement distendus par le sang.



Dans ces dernières parties elles-mêmes où les éléments géants ou plurinucléés sont si nombreux, on ne vérifie pas l'existence d'aspects de phagocytose réelle ou apparente. Il faut encore enrégistrer l'absence d'infiltrations cellulaires.

## EXPLICATION DES PLANCHES

- Pl. I — Fig. 1: Partie de la tumeur à structure nettement fasciculée. Col. par l'hématoxyline-éosine. Grossissement 95 ×.  
 Fig. 2: Partie de la tumeur, à structure globo-cellulaire, pseudo-mixoïde. Col. par l'hématoxyline-éosine. Gross. 205 ×.
- Pl. II — Fig. 3 et 4: Charpente collagène et précollagène dans les parties fuso-cellulaires. Méthode de Bielchowsky. Gross. 245 ×.
- Pl. III — Fig. 5: Plage de nécrose, renfermant une zone de liquéfaction. Col. par l'hématoxyline-éosine. Gross. 125 ×.  
 Fig. 6: Partie de la tumeur à structure globo-cellulaire en partie nécrosée, avec formation de cavités par fonte tissulaire. Méthode de Bielchowsky. Gross. 245 ×.
- Pl. IV — Fig. 7: Partie de la tumeur en nécrose très avancée. Méthode de Bielchowsky. Gross. 125 ×.  
 Fig. 8: Partie fibro-adénomateuse, intra-canaliculaire. Col. par l'hématoxyline-éosine. Gross. 40 ×.
- Pl. V — Fig. 9: Cellules néoplasiques. Plusieurs aspects pris après coloration par l'hématoxyline-éosine. Gross. 119 ×.

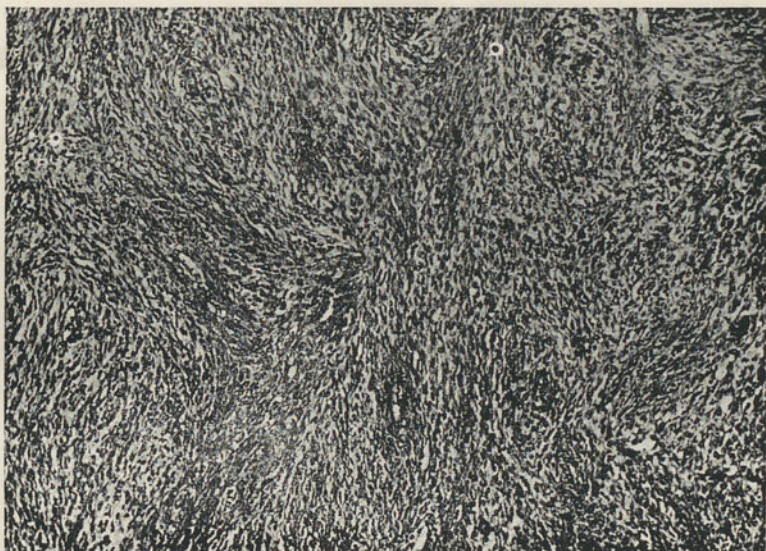


Fig. 1

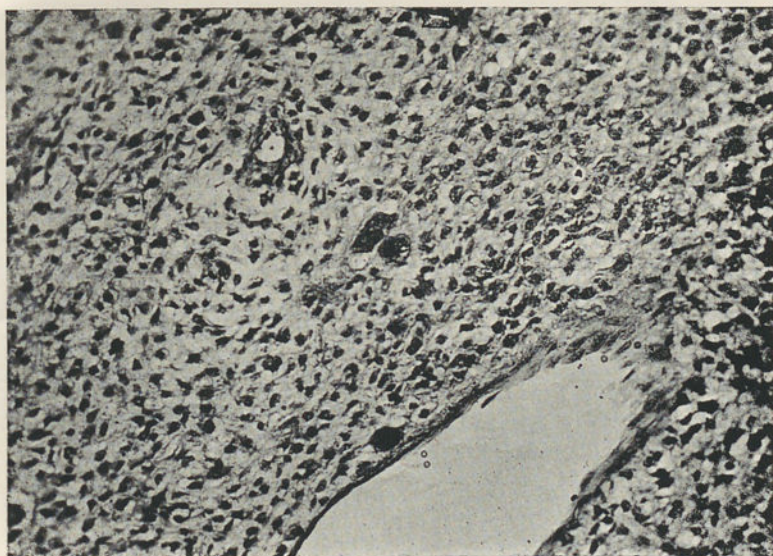


Fig. 2

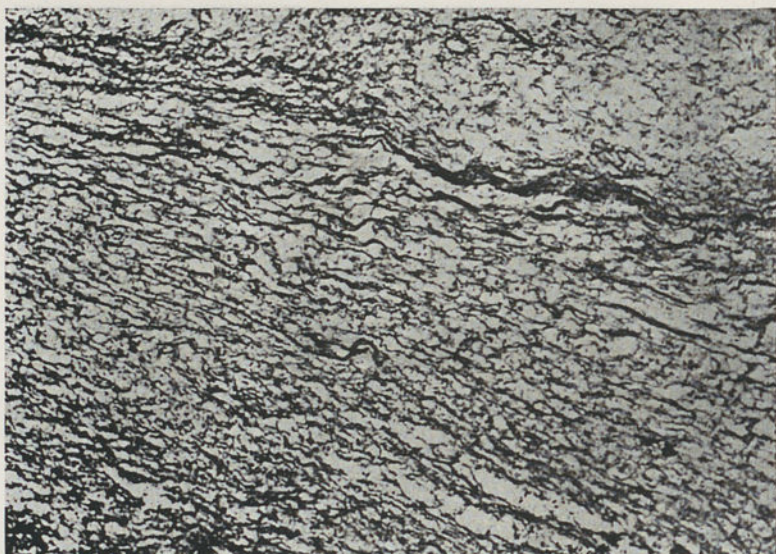


Fig. 3

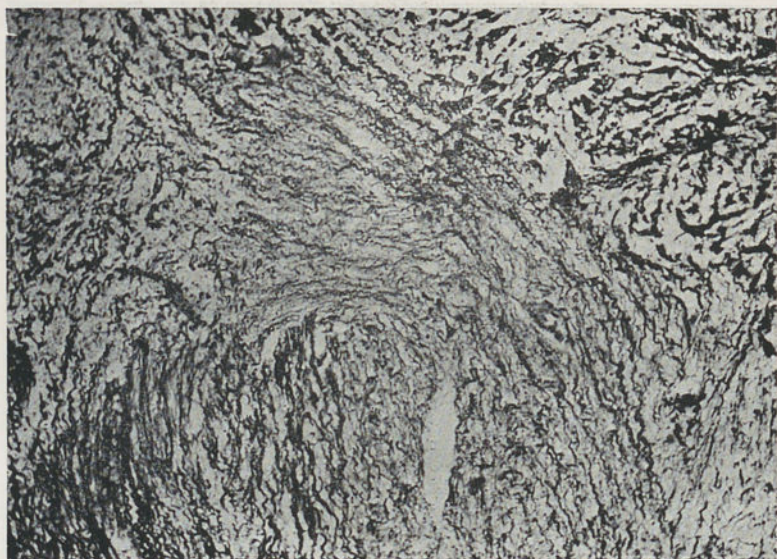
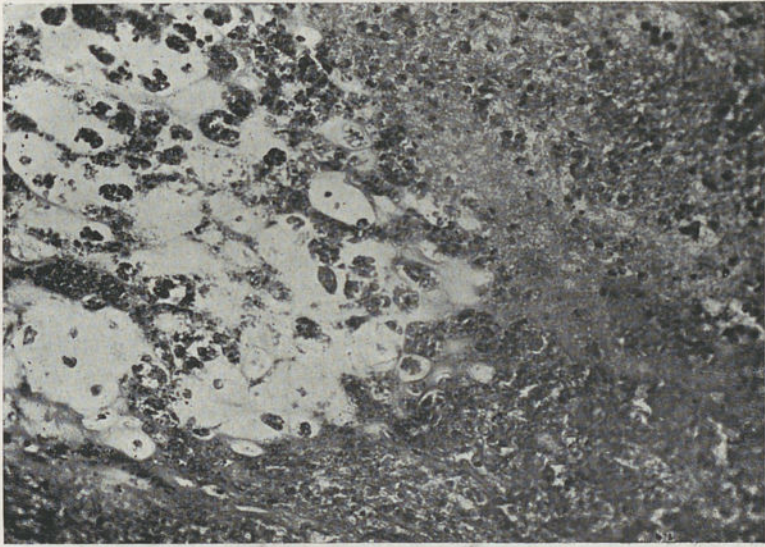


Fig. 4



F.g. 5

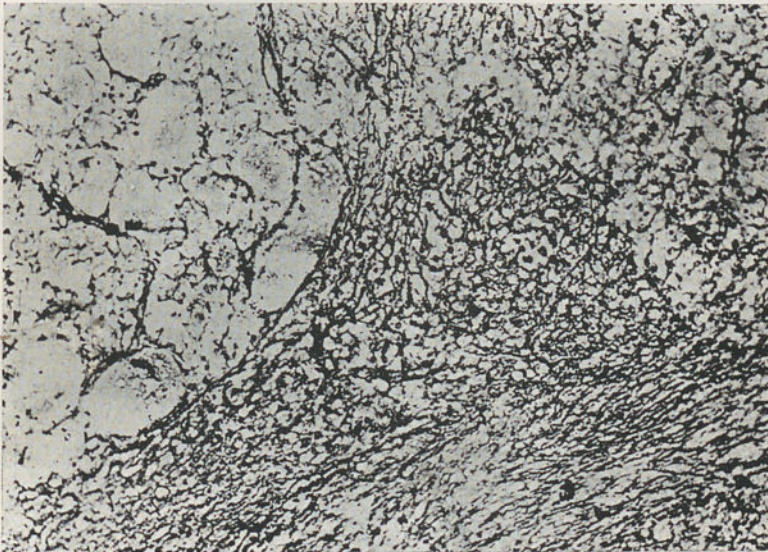


Fig. 6

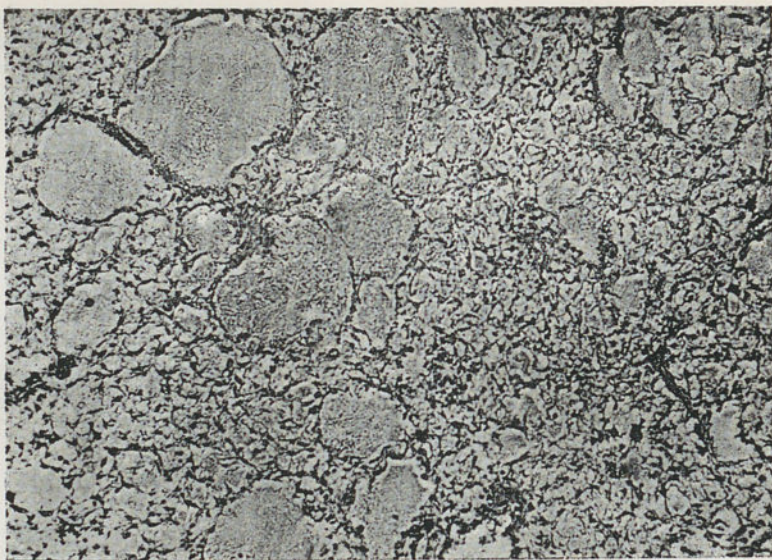


Fig. 7

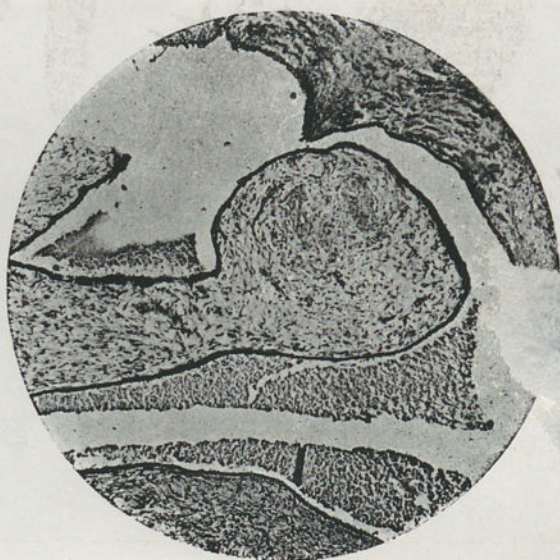


Fig. 8

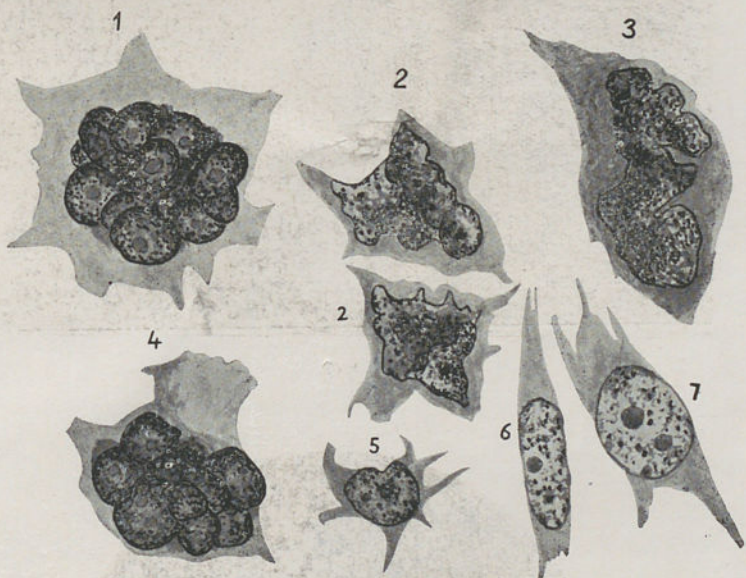


Fig. 9





# FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XI

N 6

## UN CAS D'ANOMALIES MULTIPLES, ARTÉRIELLES ET URINAIRE

PAR

LUIZ FERNANDES DANTAS

*(Reçu par la rédaction le 2 Septembre 1936)*

Au cours des travaux de dissection, nous avons rencontré dans le cadavre d'une femme âgée de 47 ans, plusieurs anomalies artérielles et des uretères.

Les premières se rapportent à l'origine, calibre et parcours de plusieurs artères. En effet, à gauche l'artère humérale, longue de 2-3 centimètres, se bifurquait au tiers supérieur du bras, en donnant naissance à une artère superficielle et à une autre profonde, l'une et l'autre présentant à l'avant-bras, le trajet et les rapports des artères radiale et cubitale. C'est une disposition bien connue parmi les variations de l'humérale.

L'artère diaphragmatique inférieure droite prenait son origine de l'artère rénale droite, au niveau de son parcours sur la face postérieure de la cave inférieure; ensuite elle passait au-devant du pilaire droit du diaphragme, traversant le trou aortique et se divisait en deux branches.

L'artère diaphragmatique inférieure gauche naissait sur la face gauche du tronc cœliaque; elle se bifurquait ensuite et éparpillait ses ramifications sur le diaphragme de la même façon que l'artère homologue droite.

L'artère ovarienne, après son origine, passait en arrière de la cave inférieure.

L'artère rénale gauche présentait une collatérale postérieure, qui s'orientait vers la partie moyenne de la capsule surrénale.

L'artère sacrée moyenne montrait un calibre exceptionnel. La lombo-iliaque naissait à la face postérieure de la branche de bifurcation postéro-interne de l'iliaque interne.

L'artère fessière donnait naissance à l'artère sacrée latérale.

L'anomalie urétérique était à gauche: Deux uretères naissaient du bacinet, se maintenant isolés jusqu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque; alors ils se réunissaient, le tube unique, qui en résultait, terminant de façon normale.

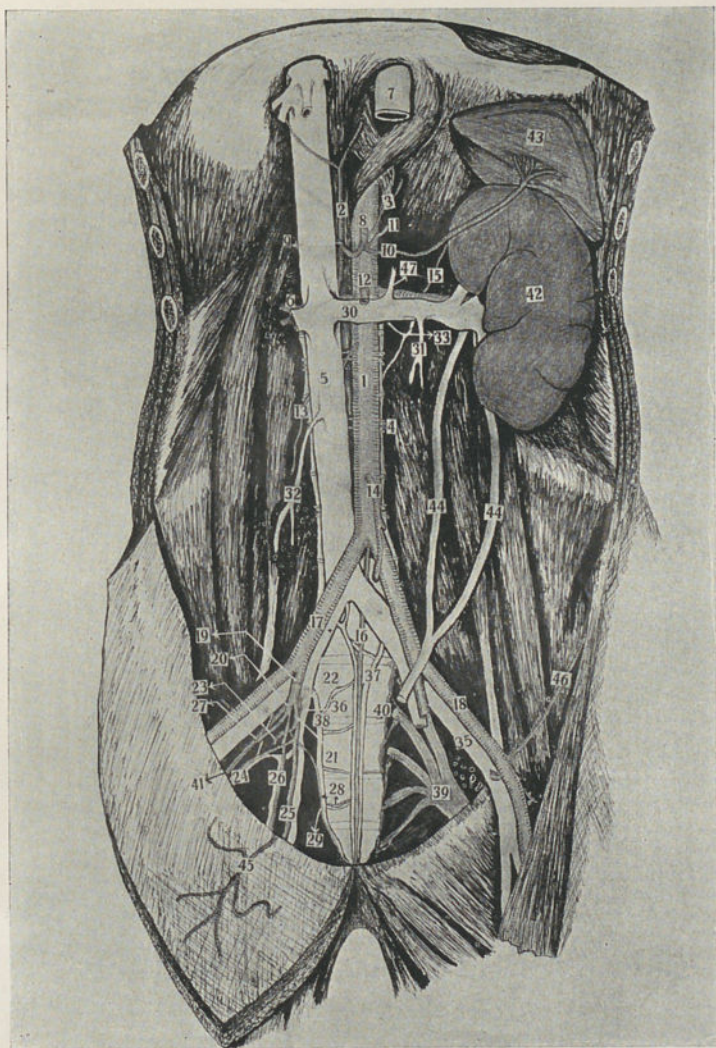
On peut se passer d'une description plus minutieuse, en recourant au dessin ci-joint, demi-schématique, fait par nous même, d'après l'exemplaire étudié.

(Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Coïmbre.  
Directeur M. le Prof. Maximino Correia).

## EXPLICATION DE LA PLANCHE

- 1—Aorte abdominale.
- 2—Artère diaphragmatique, inférieure, droite.
- 3—A. diaphragmatique, inférieure, gauche.
- 4—Artères lombaires.
- 5—Veine cave, inférieure.
- 6—A. rénale droite.
- 7—Partie inférieure de l'œsophage.
- 8—Tronc cœliaque.
- 9—A. hépatique.
- 10—A. splénique.
- 11—A. coronaire, stomachique.
- 12—A. mésentérique, inférieure.
- 13—A. ovarienne.
- 14—A. A. mésentérique, inférieure.
- 15—A. capsulaire, moyenne.
- 16—A. sacrée, moyenne.
- 17—A. iliaque, primitive.
- 18—A. iliaque, externe.
- 19—A. iliaque, interne.
- 20—Branche antérieure et externe de l'artère iliaque, interne.
- 21—Branche postérieure et interne de l'artère iliaque, interne.
- 22—A. lombo-iliaque.
- 23—A. fessière.
- 24—A. obturatrice.
- 25—A. honteuse interne.
- 26—A. ischiatique.
- 27—A. utérine.
- 28—Anastomose de l'artère sacrée, latérale avec la sacrée, moyenne.
- 29—A. sacrée, latérale.
- 30—Veine rénale, gauche.
- 31—V. ovarienne, gauche.
- 32—V. ovarienne, droite.
- 33—Tronc réno-azygo-lombaire.
- 34—V. iliaque, primitive.
- 35—V. iliaque, externe.
- 36—V. iliaque, interne.
- 37—V. sacrée, moyenne.
- 38—V. sacrée, latérale.
- 39—Plexus sacré.
- 40—Sympathique sacré.
- 41—Nerf obturateur.
- 42—Rein.
- 43—Rate.
- 44—Uretères.
- 45—A. épigastrique.
- 46—A. circonflexe, iliaque.





1.49

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF TORONTO



1



