

en cet endroit. Sur les côtés, la séparation est plus facile jusqu'à la circonférence de la tumeur. On voit alors à chaque extrémité du diamètre transversal une petite masse de tissu cellulo-adipeux, jaunâtre et très fin. Ce tissu enlevé, la tumeur se montre enveloppée d'une membrane d'un blanc mat et de consistance fibreuse; elle est sphéroïdale et supportée par un pédicule court, allongé dans le sens vertical, et plongeant dans le canal vertébral. Cinq prolongements latéraux, cylindroïdes, partent de la tumeur, et sont d'autant plus obliques, qu'ils sont plus inférieurs. On constate que cette membrane, d'aspect fibreux, est la dure-mère, et que les prolongements qu'elle fournit sont les gaines des nerfs spinaux de cette région. Le pédicule de la tumeur n'est autre que le resserrement de cette méninge à l'entrée d'une gouttière qui conduit dans le canal vertébral. Cette gouttière a des bords mousses, la consistance et l'aspect du tissu cartilagineux; elle résulte de l'absence de plusieurs lames vertébrales et sacrées.

La poche fibreuse ayant été incisée, il s'en est écoulé environ 40 grammes d'un fluide séreux, transparent, de couleur citrine. La cavité, étant vidée, s'est bientôt après emplie de nouveau; puis un suintement lent, continu et goutte à goutte, s'opérant par l'orifice du canal rachidien, imparfaitement bouché par la moelle et les méninges, a continué pendant plusieurs heures.

La surface interne de la dure-mère du sac herniaire offre le poli des séreuses. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde enveloppant la moelle est comme déchiré; ses lambeaux sont soulevés par le liquide qui suinte.

La moelle qui sort du canal rachidien se dévie en arrière pour entrer dans la cavité de la tumeur; elle s'applique contre la paroi postérieure, et va se fixer à la partie inférieure de cette paroi; elle est aplatie en forme de membrane, mais elle est consistante; on n'y distingue ni bifurcation, ni apparence fistuleuse. Les nerfs de la queue de cheval forment un faisceau lâche, dont les filaments nagent librement dans le liquide épanché, mais vont s'accoler à la poche ou s'engager dans les gaines fibreuses.

Dans ce cas, il existait réellement une hernie de la moelle; celle-ci avait perdu sa direction verticale pour se recourber et pénétrer, aplatie et presque membraneuse, dans le sac méningien.

12° Indépendamment des lésions qui viennent d'être signalées dans la tumeur du spina bifida, il s'y est quelquefois développé des productions anormales, des cloisons (1),

(1) Robert, *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 549.

des petites tumeurs, des kystes remplis de matière comme gélatineuse (1) ou presque purulente (2), situés derrière ou au devant de la moelle (3).

Physiologie pathologique. — Quelques questions pleines d'intérêt ont été soulevées à l'occasion du spina bifida.

On s'est d'abord demandé : par quels motifs cette maladie affecte-t-elle de préférence la région lombaire?

On a cherché à expliquer la fréquence de ce siège par la plus grande laxité de la dure-mère dans cette région, par le défaut du ligament dentelé (4), par l'épaisseur et la mollesse des cartilages intervertébraux. On a fait remarquer aussi que les progrès de l'ossification sont plus tardifs à la partie inférieure qu'à la partie supérieure du rachis. Ce dernier motif paraît être le plus réel, c'est celui qui s'accommode le mieux avec la théorie des arrêts de développement.

Le fluide contenu dans la tumeur est-il la cause de la maladie? Peut-on assimiler les changements survenus à la partie postérieure du canal rachidien à ceux que présente le crâne dans l'hydrocéphalie? En d'autres termes, le spina bifida est-il le résultat d'un hydrorachis? Cette opinion a été soutenue par divers auteurs. Ils ont vu, dans la présence d'un fluide descendu du cerveau ou formé dans le rachis, un obstacle à l'ossification des apophyses épineuses par la pression et la distension des parties encore molles (5).

La coïncidence de l'hydrocéphalie et du spina bifida, assez souvent observée, a pu donner quelque crédit à cette opinion. Mais la collection séreuse peut être tout à fait locale et circonscrite. On a vu la tumeur ne s'élever qu'après la naissance, lorsque déjà l'altération des os était très avancée. Il n'y a pas eu distension des os, des ligaments, etc., mais

(1) Amasa Trowbridge. (*Journal des Progrès*, t. XVII, p. 277.)

(2) Depaul, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 307.

(3) Cowan, *Med. chir. Review*, n° 27, p. 162.

(4) Murray, p. 205.

(5) Haller, *Elem. Physiol.*, t. IV, p. 87. — Dugès, *Éphémérides médicales de Montpellier*, t. II, p. 136.

arrêt de développement. Dans les grandes pertes de substance du rachis, l'étendue de l'effet serait hors de proportion avec le peu d'intensité de la cause. Il est impossible d'admettre ici une action purement mécanique.

Est-ce par les os que la maladie commence? En voyant les imperfections diverses du système osseux spinal, on a pu croire que le défaut de résistance de quelques points du canal rachidien était la première condition de l'accumulation d'un fluide et de la formation d'une tumeur. Tel était le sentiment de Murray. Mais il existe des altérations simultanées de la moelle et des nerfs?

M. Cruveilhier me paraît avoir formulé une théorie beaucoup plus plausible. Une inflammation aurait lieu dans une région du rachis, déterminant quelques points d'adhérence entre les parois du canal rachidien, les méninges et la moelle. Cette inflammation, enrayant le travail de l'ossification, laisse ce point mou, flexible, membraneux. L'irritation, provoquant une hypersécrétion séreuse, détermine une accumulation de fluide, d'où résulte la distension de ces tissus peu résistants et la formation de la tumeur.

Plusieurs faits s'expliquent aisément par cette théorie. Elle rend raison de la saillie de la moelle dans le sac, du maintien de sa longueur primitive, de l'adhésion des nerfs aux parois de la tumeur. La moelle, qui, au commencement de la vie intra-utérine, règne dans toute l'étendue du canal rachidien, y est retenue par les adhérences qu'elle a contractées, et c'est la même cause qui l'entraîne hors du canal, lorsque le fluide accumulé distend les parties membraneuses auxquelles elle est unie.

L'existence d'un état phlegmasique a été si souvent constatée, qu'on ne peut la révoquer en doute. Ces exsudations purulentes, ces productions anormales, ces kystes, etc., trouvés dans la tumeur, sont évidemment les résultats d'un travail morbide dont la nature inflammatoire est très probable.

Il est vrai qu'à la naissance, on ne trouve pas toujours les

restes, et par conséquent les preuves d'une phlegmasie locale; c'est qu'elle est dissipée depuis plus ou moins de temps. Remontant à la première période de la vie, elle a pu disparaître, et dans l'espace de cinq ou six mois se sont effacés les derniers vestiges de cette primitive altération. L'accumulation d'un fluide séreux, l'arrêt de développement des os, quelques adhérences, forment les seules traces de l'état morbide antérieur.

En admettant qu'une inflammation locale a été le promoteur du désordre, à quelle circonstance peut-on attribuer cette lésion première?

La convexité postérieure du rachis dispose cette partie à recevoir le contact des annexes du fœtus, et peut-être des pressions et des chocs qui, quelque faibles qu'ils soient, peuvent avoir des conséquences graves à un âge aussi tendre et avec des organes aussi mous, aussi délicats. Les déformations du crâne, les atrophies cérébrales, les atélencéphalies, les synécéphalies, sont des effets de ces impressions fâcheuses, de ces ébranlements nuisibles dirigés vers la tête. Des causes pareilles agissant sur le rachis, doivent avoir des conséquences analogues. La tumeur du spina bifida est souvent formée, à l'extérieur, par une membrane mince, demi-transparente et rougeâtre, qui donne l'idée d'une cicatrice.

Cet aspect ne permet-il pas de supposer qu'une contusion a pu déterminer un ramollissement, ou une adhérence, ou une érosion, dès les premiers temps de la maladie? Ne constate-t-on pas quelquefois que le tissu de la tumeur a été ulcéré ou même perforé en quelques points? Cette teinte livide de la peau, qui est si fréquente, n'est-elle pas une suite de l'injection habituelle des vaisseaux, d'une véritable hyperémie d'abord active, puis passive?

Cette pathogénie du spina bifida rend assez bien compte de celui qui réside dans les régions lombaire ou sacrée. Elle ne s'appuie pas sur une égale évidence à l'égard de celui qui a son siège au cou ou à la région dorsale.

Diagnostic. — Le spina bifida ne peut, le plus ordinairement, donner lieu à de graves difficultés quant au diagnostic.

On doit remarquer que c'est une maladie congénitale, qu'elle a un siège déterminé le long du rachis et sur la ligne médiane, qu'elle forme une tumeur molle, remplie par un fluide séreux, et qu'on peut distinguer par la palpation l'absence d'une ou de plusieurs apophyses épineuses, ou même des lames vertébrales. Ce sont des caractères très précis, qui permettent de porter un jugement certain.

Mais la tumeur peut ne se prononcer que quelques mois après la naissance; au lieu d'une tumeur, on peut ne voir qu'une plaque, une surface qui ressemble à une cicatrice ou à une brûlure. L'orifice de la division rachidienne peut être fort étroit. Dans ces divers cas, il faut beaucoup d'attention dans les recherches pour arriver à la vérité.

Si les parois de la tumeur, au lieu d'être minces, comme cela est ordinaire, sont épaisses, adipeuses et consistantes, elles empêchent de reconnaître d'une manière précise l'état des altérations osseuses. Il faut surtout alors s'attacher à discerner le mode d'union qui fixe la tumeur au rachis. On a pu être induit en erreur, et prendre un kyste pour un spina bifida du coccyx ⁽¹⁾. On ne devra donc pas toujours prononcer *à priori*; la réserve est commandée surtout si on croit à l'existence d'une loupe ou d'une autre tumeur, et si cependant quelque donnée faisait supposer qu'en réalité ce pourrait bien être un spina bifida.

Prognostic. — Le spina bifida est une maladie généralement mortelle dès les premiers temps qui suivent la naissance. La mort est la suite ordinaire de la rupture du sac, de la pénétration de l'air et de la production d'une méningite spinale.

La mort est rarement l'effet de la maladie elle-même. Placée ordinairement à l'extrémité de la moelle, elle demeure

⁽¹⁾ Giraldès, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 576.

loin des parties de cet organe dont l'intégrité est indispensable à l'exercice des fonctions.

On a vu, par un certain nombre d'exemples, que la vie peut se maintenir jusqu'à l'âge adulte; nous verrons que l'art a pu contribuer à cette prolongation de l'existence.

Le pronostic sera relatif à l'étendue de la solution de continuité des vertèbres, à la consistance plus ou moins grande des parois de la tumeur, à la force ou à la faiblesse de la constitution du sujet, aux coïncidences d'anomalies plus ou moins graves et qui sont assez communes dans cette maladie. Ces différences se conçoivent facilement.

Il est évident que lorsque plusieurs vertèbres sont largement ouvertes, lorsque la peau est fortement intempérée, lorsqu'il existe quelque coïncidence, comme l'hydrocéphalie ou des anomalies graves en d'autres organes, la mort devient avant peu inévitable.

Traitement. — Un traitement quelconque ne doit être institué que si la maladie ne paraît pas de nature à devenir prochainement mortelle.

Ainsi, lorsque le sujet est à terme, fort, bien nourri, suffisamment vigoureux et sans autre vice de conformation, si la tumeur est circonscrite et l'ouverture rachidienne plus ou moins étroite, l'art est pleinement autorisé à intervenir; mais il doit le faire avec prudence. Longtemps la règle a été de s'abstenir, en rappelant les exemples dans lesquels l'ouverture de la tumeur avait fait perdre la vie par l'écoulement de ce fluide, que, dans le siècle dernier, quelques auteurs regardaient comme le fluide nerveux (Bidloo, Lecat, etc.).

Toutefois, on citait des exemples contraires à cette crainte; on parlait de tentatives heureuses, et l'espoir d'arracher quelques infortunés à la mort avait fait essayer des moyens plus ou moins actifs.

Les chirurgiens ont été encouragés dans ces essais lorsque chez des enfants bien constitués, la tumeur, à base

étroite et peu douloureuse à la pression, semblait être ainsi dans de bonnes conditions.

Plusieurs procédés ont été expérimentés. Je me borne à les indiquer; c'est aux Traités de chirurgie qu'il appartient de les exposer en détail.

1° La compression méthodique à l'aide d'un bandage a paru suffisante lorsque la tumeur était petite, et qu'il était facile de faire refluer le liquide dans le canal rachidien; mais ce reflux s'opérant sur une certaine quantité de liquide pouvait avoir des inconvénients en agissant sur la moelle épinière et sur l'encéphale, car on a vu la tête se gonfler par la pression exercée sur la tumeur spinale.

2° On a préféré lier la base de la tumeur lorsque celle-ci était pédiculée. Howard a tenté cette opération dans une circonstance qui paraissait favorable. Il a échoué (1). Amasa Trowbridge a fait plusieurs fois cette ligature circulaire dans des conditions qui paraissaient contraires, et il a réussi (2).

3° Au lieu de lier circulairement le sac, on a tenté d'en rapprocher longitudinalement les parois, afin de favoriser l'agglutination des surfaces intérieures au voisinage de l'ouverture du rachis. La pression latérale a été exercée par deux tuyaux de plumes ou deux petites baguettes de bois, ou deux tiges d'acier maintenues fortement rapprochées à leurs extrémités. La tumeur s'est mortifiée; on en a opéré la résection. Ce procédé a été employé par M. Baynard, de Marmande (Lot-et-Garonne) (3), par M. Latil, de Thimecour (Ain) (4), par M. Moulia (5), par M. Dubois (6), par M. Guerrent (7), etc., avec des résultats le plus souvent heureux.

(1) *Med. and Physical Journal*, 1805, t. XIII, p. 496.

(2) *The Boston Med. and Surg. Journal*, 1829. (*Journal des Progrès*, t. XVII, p. 274.)

(3) *Gazette médicale*, 1842, t. X, p. 202.

(4) *Ibidem*, 1845, t. XIII, p. 765.

(5) *Revue médicale*, 1846, t. II, p. 115.

(6) Thèse de Villechêze de la Mardière, 1845, n° 74, p. 33. — Laborie, *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, 1846. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXX, p. 59.)

(7) *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 581.

C'est encore avec succès que M. Gigon, d'Angoulême, a enlevé une portion des parois avec l'écraseur linéaire, et a uni les bords de la division avec la suture entortillée (1).

4° La pensée d'ouvrir le sac spinal pour en évacuer le liquide s'est depuis longtemps présentée à l'esprit des praticiens. J. Maur. Hoffmann y céda et réussit (2). Camper vit un individu, âgé de vingt-huit ans, atteint d'un spina bifida qui avait été ponctionné à douze ans sans mauvais résultat. Néanmoins, la ponction était généralement redoutée des chirurgiens, lorsqu'en 1817 Astley Cooper la mit en honneur par deux succès éclatants (3). Des résultats heureux ont été également obtenus par Probart, de Hawarden (4); Ruggieri, de Padoue (5); Stevens (6), Hawthorn (7), Ilif (8). Nevins a vu, en 1850, un individu âgé de quarante ans qui, ayant été ponctionné dans son enfance, avait guéri (9).

A ces faits, on peut opposer : Des résultats douteux, les malades ayant succombé quelque temps après les ponctions, par des circonstances étrangères (10); des insuccès réels, la mort ayant suivi de près les opérations (11). M. Holmes a vu l'opisthotonos se manifester après la ponction, et le malade succomber à une inflammation diffuse des membranes et de la moelle (12). Les chirurgiens de Paris n'ont pas, en général,

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 599.

(2) *Ephemer. naturæ curios.*, dec. II, ann. V, obs. 208, p. 431.

(3) *Medico-chir. Transact.*, t. II, p. 324.

(4) *Medico-chir. Review*, 1827. (*Journal des Progrès*, t. VIII, p. 277.)

(5) *Annali universali, etc.* (*Journal des Progrès*, t. V, p. 253.)

(6) *The New-York Journal of Medicine*, 1843, sept., p. 149.

(7) *Dublin medical Press*, 1846, p. 378.

(8) *London med. Gaz.* (*American Journal*, 1850, t. I, p. 508.)

(9) *London med. Gaz.*, jan. 1850. (*Americ. Journ.*, 1850, avril, p. 508.)

(10) Skinner, *Archives*, 2^e série, t. XIV, p. 494. — Dumville, *American Journal*, 1847, january, p. 195. — André Vacca, *Edinburgh Journal*, t. XVII, p. 251. — Riffard, d'Annonay, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1848, mars, p. 109.

(11) Wardrop, *La Clinique*, 1828, t. II, p. 79. — Hayes, *London Med. and Physical Journal*, t. XXXIX, p. 183. — Pooley, *Gazette médicale*, 1845, p. 637. — Banner Ellis Jones, *London med. Gaz.* (*American Journal*, 1850, t. I, p. 508), etc.

(12) *Transactions of the pathol. Society of London*, 1856, t. VIII, p. 10.

été heureux (1), et plusieurs ont repoussé la ponction (2).

5° La ligature extérieure ayant paru insuffisante, plusieurs chirurgiens crurent plus avantageux de traverser la base de la tumeur par une aiguille, et d'y laisser le fil en forme de séton. Ghidella vit les parois se ratatiner, et la maladie guérir (3).

6° M. Dubourg, de Marmande, a pratiqué une opération plus complexe. Il a enlevé la tumeur par deux coups de bistouri, puis il a rapproché et maintenu les bords de la division au moyen de la suture entortillée. Il a obtenu trois guérisons (4). Roux a répété ce procédé, le malade est mort (5). Page a exécuté l'extirpation, suivie de la ligature, et a réussi (6). M. Royer a pratiqué la ponction, l'excision et puis la ligature, et guéri son petit malade, qui mourut, neuf mois après, d'une gastro-entérite (7).

M. Nott, de Mobile (Alabama), ayant enlevé la tumeur, qu'il prenait pour un fungus hématode, assujétit les bords de la plaie avec une épingle, et obtint une heureuse cicatrisation (8).

M. Tavignot, ayant blâmé le procédé de M. Dubourg (9), qu'il accuse de laisser pénétrer l'air dans le rachis, combine la ponction et la compression latérale avec l'excision et l'introduction des aiguilles à la base de la tumeur (10).

M. Beaunier cautérise d'abord circulairement le spina bifida, puis il passe une ligature (11); succès.

(1) Académie de Médecine de Paris, section de Chirurgie. (*Revue médicale*, t. X, p. 218.) — M. Robert a été plus heureux, dit la *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 121. Mais le même journal, 1847, p. 537, indique les résultats tout à fait défavorables qu'aurait eus le même opérateur.

(2) MM. Chassaignac, Lenoir, etc. (*Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 537.)

(3) *Bulletin des Sciences médicales de Férussac*, t. XIX, p. 48.

(4) *Gazette médicale*, 1841, p. 481. — *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 49.

(5) Fano, *Revue médico-chirurgicale*, t. III, p. 47.

(6) *Monthly Journal of med. Sciences*, 1847. (*Union médicale*, 1847, p. 340, — et *Archives*, 4^e série, t. XIX, p. 90.)

(7) *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1849, t. XXI, p. 34.

(8) *American Journal*, 1855, July, p. 77.

(9) *Gazette médicale*, t. IX, p. 573.

(10) *Expérience*, t. XIV, p. 135.

(11) *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. XIII, p. 149.

Casati fait, en premier lieu, la suture enchevillée; ensuite, il extirpe la partie saillante; la cicatrisation a eu lieu (1).

7° M. Évans était parvenu à réduire et effacer la tumeur en ajoutant aux ponctions réitérées l'application de la charpie imbibée de teinture d'iode (2); mais ce médicament, suffisamment étendu, a été employé en injection dans la cavité même du spina bifida, et les résultats de cette tentative ont été souvent heureux.

Les injections iodées ont été pratiquées par les docteurs Brainard, de l'Illinois (États-Unis) (3), De la Tremblaye, du département d'Indre-et-Loire (4); par MM. Chassaignac (5), Velpeau (6), Serres, d'Alais (7), Nélaton (8), Robert (9), Maisonneuve (10), Viard de Montbard (11).

Les observations ont été rapprochées par M. Ebra, qui en a dressé la statistique suivante (12): 14 fois l'injection iodée a été pratiquée chez des enfants ayant quatre jours, huit jours, deux mois, trois mois, quatorze mois et treize ans: pour des cas de spina bifida occupant 8 fois la région lombaire, 2 fois la région sacrée, 2 fois les lombes et le sacrum. La durée du traitement a varié de dix jours à dix mois. Il y a eu 10 guérisons, 1 résultat douteux, 1 insuccès et 2 cas de mort. Celle-ci paraît avoir été déterminée par le développement d'une méningite.

Parmi les accidents auxquels les enfants ont été exposés, on mentionne les convulsions et la paralysie. La guérison ne s'en est pas moins effectuée.

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LII, p. 563.

(2) *British and American Journal*, 1846. (*Archives*, 4^e série, t. XV, p. 260.)

(3) *Illinois and Indiana Med. and Surg. Journal*, Jan. 1848. (*American Journal*, 1848, July, p. 262.)

(4) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVI, p. 236.

(5) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLV, p. 65.

(6) *Ibidem*, t. XLVI, p. 123.

(7) *Ibidem*, t. LIV, p. 254.

(8) *Ibidem*, p. 258.

(9) *Ibidem*, p. 253.

(10) *Ibidem*, p. 255.

(11) *Ibidem*, p. 23.

(12) Thèses de Paris, 1858, n° 252, p. 29.

Le Dr Debout, après avoir soumis à un examen comparatif les faits, les méthodes diverses et les résultats obtenus, a conclu que les injections iodées ont donné le plus grand nombre de succès, et qu'elles constituent un progrès réel dans le traitement du spina bifida (1).

XVIII. — HYPERGÉNÉSIE MYÉLOCYTIQUE.

L'*hypergénésie*, ou nutrition exagérée augmentant le volume ou le nombre des parties constitutives d'un organe, est très rarement observée dans l'encéphale, tandis que les exemples d'agénésie, ou absence d'organe ou de parties d'organe, sont extrêmement nombreux, comme l'ont prouvé la plupart des précédents chapitres.

Ici peut se rapporter une anomalie vue par Sæmmerring chez une femme âgée de soixante ans. C'était une sorte d'appendice implanté à la partie antérieure de la décussation des nerfs optiques. Cette saillie était conique, allongée, dirigée en avant. D'après la figure, la base de cette éminence avait 3 à 4 millimètres et sa longueur 8. Il n'est pas indiqué de symptômes déterminés par cette production (2).

C'est surtout la substance grise de l'encéphale et de la moelle qui paraît susceptible de pulluler.

Voici un exemple dans lequel le *tuber cinereum* a été le point de départ d'une tumeur évidemment congénitale. Ce fait a été recueilli par M. le professeur Azam, qui en a donné une description exacte.

1^{re} OBSERVATION. — Cette pièce anatomique fut trouvée en 1851, chez un individu âgé de quarante ans, bien constitué, qui était mort de résorption purulente, suite de traumatisme, et qui n'avait offert aucun symptôme de lésion cérébrale. Il existait une tumeur au centre même de la base du cerveau, entre les pédoncules, la tige pitui-

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. L, p. 448 et 490; t. LIV, p. 248 et 301 — et *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 591.

(2) Noethig, *De decussatione nervorum opticorum*. Moguntiae, 1786, figura 4^a.

taire, les éminences mamillaires et la partie antérieure de la protubérance, implantée et suspendue par un pédicule au *tuber cinereum*, avec lequel son tissu se continuait. Sa forme était régulièrement sphéroïde; elle avait 1 centimètre et 75 millimètres de diamètre; sa couleur était blanche, analogue à celle des éminences mamillaires; son pédicule paraissait entièrement formé de substance grise. Sa densité était plus grande que celle des diverses parties de l'encéphale. A sa partie postérieure existait une artérole provenant de l'artère basilaire et se bifurquant derrière le pédicule.

Voici les détails relatifs à la structure de cette production: Le pédicule est exclusivement formé de substance grise, d'une couleur aussi foncée que celle du *tuber cinereum*; puis cette couleur décroît dans la tumeur, dont la partie périphérique est formée de substance blanche.

L'étude microscopique a montré dans le pédicule des corpuscules amorphes, des globules gris et des fibres cérébrales renflées en chapelets, éléments retrouvés dans le *tuber cinereum*. La partie périphérique de la tumeur contenait des fibres plus renflées et peu de corpuscules.

M. Azam a considéré cette production comme une dépendance du cerveau émanant du *tuber cinereum* (1).

Deux exemples de tumeurs appendues à la moelle épinière se sont montrés avec des analogies qui leur donnent le plus grand intérêt. On a constaté la genèse anormale des myélocytes (2).

II^e OBS. — Une personne de dix-huit ans accouche avant terme et sans difficulté, en novembre, d'un fœtus du sexe féminin qui n'a vécu que quatre heures, portant au bas des lombes une tumeur volumineuse. Ce fœtus, qui paraît n'avoir que six mois, est d'ailleurs bien conformé. La tumeur, qui pend entre les membres inférieurs, est sphéroïdale. A sa partie antérieure est l'ouverture anale, très distincte de la vulve, de l'orifice vaginal et du canal urinaire. En arrière, la peau qui recouvre la partie inférieure de la tumeur se continue avec une membrane mince et d'aspect violacé. Là, on sent une fluctuation manifeste; ailleurs, la consistance est demi-molle. Une incision fait couler un liquide blanchâtre mêlé de sang. C'est

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1851, p. 751, avec une figure.

(2) La thèse de M. Osorio, qui va être citée, contient (p. 19) une description de cet élément anatomique, empruntée à un manuscrit de M. Ch. Robin.