

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

VOL. XIII



N N 7-13

«COIMBRA EDITORA»
MCMXXXVIII

INDEX

NN

PEDRO MAYER GARÇÃO: <i>Os músculos flexores do antebraço nos portugueses de condição humilde</i>	7
J. A. PIRES DE LIMA et AMÂNDIO TAVARES: <i>Deux cas d'encephalocèle naso-frontal</i>	8
J. A. MARTINS D'ALTE e ÁLVARO MOITAS: <i>Amputação congénita num gato doméstico</i>	9
— — —: <i>Estudo dum pombo pigómelo</i>	10
JOSÉ BACELAR: <i>Sur l'existence de cellules muqueuses et ciliées dans la thyroïde</i>	11
A. CHAVES DE CARVALHO: <i>Um caso de anoftalmia bilateral (aparente?)</i>	12
ANTÓNIO PAUL e ANTONIO FRAGOSO: <i>Anomalias e mutilações dentárias nos Bantos de Angola e Moçambique</i>	13

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

(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 memoires 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. XIII

N 7

OS MÚSCULOS FLEXORES DO ANTEBRAÇO NOS PORTUGUESES DE CONDIÇÃO HUMILDE

POR

PEDRO MAYER GARÇÃO

Ex-Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

(Recebido pela Redacção em 2 de Abril de 1938)

Dos três flexores antebraquiais propriamente ditos é, sem dúvida, o flexor comum superficial dos dedos o que oferece mais interessantes e numerosas particularidades¹. No entanto, a variedade não exclui a unidade e essa unidade morfológica parecia não ser a que vinha descrita no tratado que os alunos ainda agora compulsam (*Testut*, 7.^a éd., 1921).

Já em 1912, no Arquivo de Anatomia e Antropologia, que superiormente dirige, o Sr. Prof. H. de Vilhena apresentava nas *Observações Anatómicas* algumas variedades do flexor comum superficial dos dedos, fazendo-as anteceder das seguintes pala-

¹ Segundo Frohse e Fränkel é o músculo mais complicado do antebraço, talvez mesmo de todo o corpo: *Der M. flexor digitorum sublimis ist, wie wir bei der Muskelbeschreibung kennen gelernt haben, der komplizierteste Muskel des Armes, vielleicht sogar des ganzen Körpers* (p. 729).



bras: «A respeito dêste músculo ainda não posso uma observação suficientemente sistematizada para me determinar sôbre a sua architectura mais comum e assim repudiar ou aceitar a que se descreve vulgarmente, seguindo a tradição clássica, ou aquela que certos anatomistas, como Theile e Poirier, adoptaram de preferência».

Com efeito, êsses autores (como Henle, Chudzinski, Cruveilhier, Dujarier, Rouvière, W. Krause, Frohse & Fränkel, etc.) fazem do referido músculo uma descrição muito diferente da que naquele tratado se expõe: Enquanto que, para *Testut*, o flexor comum superficial dos dedos é constituído por uma massa carnosa, única e homogénea, que, na parte média do antebraço, termina em quatro tendões destinados aos quatro últimos dedos, para Poirier, por exemplo, o músculo é nitidamente formado por duas porções, uma superficial, outra profunda, e esta com uma disposição notável, pois tem um tendão intermediário a duas porções carnosas, uma superior e outra inferior, e a inferior um ventre duplo para o 2.º e 5.º dedos, respectivamente o indicador e o auricular. Enfim, uma configuração que, além de muito dissemelhante da geralmente apontada na quasi totalidade dos livros clássicos, seria a mais usual, senão a única.

Na verdade, a *Miologia de L. Testut* da 8.ª edição, 1928 (revista por A. Latarjet) já vem a falar nessa disposição e nos principais autores que a subescrevem, mas ainda a relega para um plano secundário na freqüência. Foi para assentar na mais habitual morfologia do músculo flexor comum superficial dos dedos que o Sr. Prof. Vilhena nos encarregou de fazer disseccções nêsse sentido. Depois o Sr. Prof. Vilhena resolveu que incluíssemos no nosso assunto os três flexores do antebraço e são êles que êste modesto trabalho versa.

MATERIAL

A nossa observação, que compreendeu o período decorrido entre 19 de Dezembro de 1931 e 31 de Maio de 1934, incidiu sobre 61 cadáveres masculinos, 39 femininos e 13 fetos, num total de 226 antebraços. Entre os primeiros, figuram crianças, adolescentes, adultos e velhos. Foi-nos, assim, possível ter uma noção (aliás muito perfunctória) das condições de evolução dêsses músculos, não deixando de considerar, ao mesmo tempo, tudo o que dizia respeito às inserções, inervação, acção e variação.

Para que possamos devidamente documentar-nos, fazemos seguir a lista de todos os exemplares estudados:

FETOS

Obs. N.º	Idade	Naturalidade	Causa da morte	Pêso	Data da dissecação
10	De termo	Lisboa	—	2 850	26 5-34
9	»	»	—	2.250	17 5-34
8	»	»	—	2.800	15 5-34
7	8 m. de gestação	»	Inviabilidade	2.450	21-4-34
6	8 » » »	»	Asfixia do cordão	3.250	21-4-34
5	7 » » »	»	Inviabilidade	2 170	12-4-34
4	7 » » »	»	»	1.750	12-4-34
3	7 » » »	»	»	2.250	1-2-34
2	7 » » »	»	»	2 500	3 6-33
1 c	7 » » »	»	»	2 650	1-6-33
1 b	6 » » »	»	»	2.400	4 5-33
1 a	5 » » »	»	»	1.500	3-12-33
1	5 » » »	»	»	1.500	2-7-33

Obs. N.º	Idade	Profissão	Naturalidade	Causa da morte	Identificação	Data da dissecção
♂ 99	42	Funilheiro	Vizeu	Septicémia	P. G. L. 34. C. F.	24-4-34
98	34	Marítimo	S. Martinho do Porto	Miocardite crónica	J. T. C. 27. C. F.	3-4-34
96	73	Vendedor	V. F. de Xira	Caquexia crónica	A. S. 10. C. F.	6-3-34
94	32	Jornaleiro	Logar de Paços	Icto apoplético	F. P. 17. C. F.	20-3-34
90	41	»	Ponte de Sôr	—	S. J. T. 88. C. E.	17-2-34
87	3	—	Peniche	Encefalite	S. P. M. 88. C. E.	3-2-34
86	59	—	—	Apoplexia cerebral	J. C. P. 78. C. E.	1-2-34
80	35	Trabalhador	Penalva do Castelo	Ed. agudo do pulmão	M. R. M. 27. C. E.	9-11-33
79	55	—	Ferreira do Zézere	Alcoolismo agudo	A. M. S. 25. C. E.	4-11-33
78	76	—	—	Insuf. cardio-renal	J. C. 18. C. E.	28-10-33
76	19	Jornaleiro	Cadaval	Tuberc. pulmonar (T. C)	A. Z. 17. C. E.	24-10-33
75	25	—	—	Demência precoce	C. B. 89. C. D.	20-7-33
72	60	Sapateiro	Louçã	Epitelioma da faringe	A. B. 72. C. B.	6-7-33
70	58	Jornaleiro	Golegã	Perit. generalizada	G. S. G. 70. C. D.	1-7-33
69	22	»	Oldemira	Pleurite purulenta	A. J. 66. C. D.	29-6-33
68	32	Marítimo	China	Diabético	T. K. T. 67. C. D.	28-6-33
67	30	Trabalhador	Leiria	Perit. tuberculosa	A. M. P. 64. C. D.	22-6-33
66	57	—	Lisboa	Hemor. cerebral	R. C. L. 52. C. D.	15-6-33
65	52	Alfaiate	Ovar	Perit. purulenta	J. P. 51. C. D.	13-6-33
64	50	—	Lisboa	Tuberc. óssea	J. S. 50. C. D.	3-6-33
63	53	Jornaleiro	Azeitão	Cancro do estômago	F. M. 44. C. D.	27-5-33
62	58	»	—	Miocardite crónica	M. E. N. 37. C. D.	18-5-33
61	57	Vendilhão	Santarém	T. P.	L. L. G. 32. C. D.	10-5-33
58	74	Mendigo	Viana do Castelo	Miocardite crónica	M. R. 18. C. D.	18-4-33
56	67	Carpinteiro	Lisboa	Insuf. aortica	J. S. 79. C. B.	10-2-33
55	33	Marítimo	Olhão	Bronco-pneumonia	J. A. C. 77. C. B.	14-2-33
50	65	Jornaleiro	Santarém	Úlcera de perna	J. F. M. 31. C. B.	13-12-32
49	68	—	—	T. P.	J. A. 27. C. B.	6-12-32
48	39	Jornaleiro	Santarém	Aneurisma da aorta	J. R. 24. C. B.	29-11-32
47	28	Descarregador	—	T. P.	M. S. 23. C. B.	27-11-32
46	46	—	—	Hemorragia interna	—19. C. B.	19-11-32
45	45	Jornaleiro	Coimbra	Endocardite	M. A. R. 18. C. B.	17-11-32
44	69	»	Bragança	Doença mitral	J. J. R. 15. C. B.	15-11-32

Obs. N.º	Idade	Profissão	Naturalidade	Causa da morte	Identificação	Data da dissecação
42	21	—	Beja	Demência precoce?	J. V. 10. C. B.	5-11-32
40	33	Motorista	Viscu	T. P.	J. M. F. 4. C. B.	28-10-32
39	42	Tipógrafo	Castelo Branco	Pneumonia	D. A. 3. C. B.	28-10-32
36	34	Trabalhador	Santarém	Abcesso urinoso	J. F. 98. C. A.	20-10-32
34	52	—	Beja	Tabes dorsal	E. A. A. 69. C. A.	14-7-32
32	56	—	Tôrres Vedras	T. P.	A. C. 67. C. A.	7-7-32
31	35	Trabalhador	Cintra	Miocardite	D. J. C. 66. C. A.	5-7-32
30	38	—	Lisboa	T. P.	A. S. C. 64. G. A.	2-7-32
29	42	Trabalhador	Leiria	Mielite	J. S. M. 62. C. A.	28-6-32
28	7	—	Cascais	Peritonite tuberculosa	J. M. S. 63. C. A.	28-6-32
26	72	Operário	Lisboa	Adenoma da próstata	J. J. S. 58. C. A.	21-6-32
25	39	Marítimo	Funchal	Eczema crónico	M. N. 54. C. A.	18-6-32
24	36	Trabalhador	Lisboa	Lues cerebri	G. C. 48. C. A.	9-6-32
23	68	Jornaleiro	—	Neoplasia	J. S. 46. C. A.	7-6-32
22	26	Trabalhador	Faro	—	P. A. 44. C. A.	4-6-32
20	25	Jornaleiro	Lisboa	Hemorragia cerebral	J. M. 42. C. A.	31-5-32
19	61	—	—	—	A. M. 35. C. A.	24-5-32
17	42	—	—	—	V. A. M. 34. C. A.	19-5-32
15	37	Descarregador	Pôrto	—	S. M. S. 22. C. A.	23-4-32
14	48	Salcicheiro	Viana do Castelo	T. P.	V. D. 25. C. A.	21-4-32
13	42	Emp. comércio	Famalicão	Cirrose hepática	A. M. S. 12. C. A.	7-4-32
11	36	—	Leiria	Colite ulcerosa	L. L. G. 95. B. Z.	17-3-32
10	31	Cosinheiro	Pontevedra	Miocardite crónica	J. M. C. 87. B. Z.	12-3-32
8	58	Marítimo	Olhão	Insuficiência cardíaca	A. L. 83. B. Z.	1-3-32
7	80	—	Lisboa	Furunculose, Caquexia	A. A. C. 77. B. Z.	22-2-32
6	25	Descarregador	Castelo Branco	T. P.	C. A. 72. B. Z.	19-2-32
5	34	Jornaleiro	Loures	Nefrite mixta	J. B. 61. B. Z.	4-2-32
1	10	—	Caparica	Pleurite	M. E. 26. B. Z.	19-12-31
Q 100	54	Doméstica	Montijo	Miocardite crónica	D. C. 43. C. F.	10-5-34
97	21	—	Troviscal	Apêndice aguda	M. A. P. 29. C. F.	7-4-34
95	48	—	V. N. de Portimão	Pleurite sero-fibrinosa	M. F. 18. C. F.	20-3-34
93	78	—	Ang. do Heroísmo	Osteopatia	M. C. L. 13. C. F.	13-3-34
92	49	—	S.ª Comba Dão	Epilepsia essencial	M. D. S. P. 11. C. F.	6-3-34
91	10	—	—	Diabetes grave	M. B. J. 99. C. E.	27-2-34

Obs. N.º	Idade	Profissão	Naturalidade	Causa da morte	Identificação	Data da dissecação
89	7	Doméstica	Lisboa	Tumor do cerebello	D. C. T. 87 C. E.	7-2-34
88	27	Criada	Portalegre	—	L. A. 86. C. E.	6-2-34
85	35	Doméstica	Crato	Carcinoma rectal	C. C. 80. C. E.	30-1-34
84	43	»	Espanha	Cir. atrofica do fig.	M. R. R. 43. C. E.	16-12-33
83	10	—	Tavira	Tuberc. peritonial	M. I. 34. C. E.	23-11-33
82	49	Doméstica	Covilhã	Miocard. descompensada	A. P. 31. C. E.	21-11-33
81	60	—	Barreiro	Úlcera de perna	M. H. 30. C. E.	18-11-33
77	5	—	Portimão	Púrpura	F. D. 15. C. E.	26-10-33
74	70	Asilada	Montijo	Hemor. cerebral	G. M. 84. C. D.	18-7-33
73	43	Doméstica	Tavira	Pielonefrite	A. C. C. 79. C. D.	11-7-33
71	50	»	Beja	Epitel. do coiro cabeludo	F. A. 65 C. D.	4-7-33
60	46	»	Lisboa	T. P.	A. C. 28. C. D.	2-5-33
59	11	—	Chamusca	Oclusão intestinal	—20. C. D.	22-4-33
57	35	Tolerada	Rio Maior	Úlcera de perna	I. J. B. 85. C. B.	7-3-33
54	66	Doméstica	Carregal	Pneumonia	E. M. 82. C. B.	27-2-33
53	39	»	Aveiro	T. P.	M. A. D. B. 40. C. B.	7-1-33
52	60	»	Vizeu	Arteriosclerose	A. J. F. 53. C. B.	5-1-33
51	29	»	Setúbal	Lues	—37. C. B.	3-1-33
43	38	»	Santarém	Caquexia	J. A. C. 12. C. B.	7-11-32
41	60	»	Cova da Piedade	Peritonite purulenta	M. C. S. 7. C. B.	2 11-32
38	52	»	Lisboa	Tub. miliar	A. M. 1. C. B.	25 10 32
37	32	»	Leiria	T. P.	E. F. D. 97. C. A.	22 10 32
35	39	—	Setúbal	Úlcera juxta-pilórica	M. C. 94. C. A.	18 10 32
33	20	Doméstica	Vale Passos?	Lupus vulgar	C. P. 68. C. A.	9 7 32
27	19	»	Celorico da Beira	T. P.	A. C. 60. C. A.	25 7 32
21	44	—	Serpa	Lues	A. G. B. 43. C. A.	2 6 32
18	29	Doméstica	Lisboa	Insuf. cardiaca	A. C. 38 C. A.	21-5-32
16	25	»	Leiria	—	D. R. 27. C. A.	28 4-32
12	27	»	—	Rutura de aneurisma	M. R. R. 97. B. Z.	19-3-32
9	42	»	Valadares	Miocardite crónica	M. L. R. 85. B. Z.	5 3-32
4	60	»	Viseu	Arritmia completa	M. C. 55. B. Z.	23 1-32
3	40	—	—	—	— 33. B. Z.	19-1-32
2	22	Vendedeira	Lisboa	Sarcoma	P. C. 29. B. Z.	24-12-31

FLEXOR COMUM SUPERFICIAL DOS DEDOS

- Primus digitus moventium (Vesalius).
- Quartus manus interior musculus (Colombus).
- Primus musculus (Arantius).
- Digitorum secundi internodii flexor (Spigel).
- Perforatus (Cowper).
- Sublimis (Albinus, Riolan).
- Perforatus, communiter sublimis (Winslow).
- Épitrochléo phalangien commun (Chaussier).
- Épitrochléo-coroni-phalangien (Dumas).
- Huméro digital-palmaire (Léveillé).
- Fléchisseur digital superficiel (Bichat).
- Flexor digitorum sublimis seu flexor manus ulnaris (Krause).
- Le sublime (Hunauld).
- Fléchisseur commun superficiel des doigts (Testut).
- Épitrochleo-digital palmar (Serrano).

O flexor comum superficial dos dedos ou sublime (nome por que preferentemente o designaremos) tem, como todos os músculos, uma parte carnosa e uma parte tendinosa. A primeira ocupa exclusivamente o antebraço; a segunda, o têrço inferior do antebraço e a mão.

Está situado por debaixo dos músculos palmares, grande e pequeno; para dentro do longo supinador e redondo pronador; para fora do cubital anterior, ao qual adere no têrço superior. Separando-o dêste último, descobre-se entre ambos o nervo cubital, a que se juntam, mais abaixo, os vasos homónimos. Repousa directamente sôbre os flexores profundos, comum e próprio. Quando falta o pequeno palmar¹,

¹ *Il n'est pas un anatomiste qui ne l'ait constatée* (Le Double). Para Quain seria o músculo mais variável de todo o corpo.

o que verificámos na proporção de 14⁰/₀, o sublimo forma a maior parte da face anterior do primeiro plano muscular que se encontra, logo que se elimina a pele.

A sua configuração adapta-se com dificuldade a qualquer simile. Dir-se-ia que possui uma forma lanceolada, com a porção larga e achatada voltada para cima.

As inserções superiores estabelecem-se: 1.^o Na face anterior da epitróclea, onde se funde com o redondo pronador, grande palmar, pequeno palmar e cubital anterior (ditos *músculos epitrocleanos*); 2.^o No ligamento lateral interno da articulação do cotovelo; 3.^o No bordo interno da apofise coronóideia, imediatamente para dentro do tendão braquial anterior e do redondo pronador; 4.^o Na metade superior do bôrdo anterior do rádio.

Estas diversas inserções, que se orientam obliquamente de cima para baixo e de dentro para fora, limitam um buraco ovalar (parecido com o do solhar), por onde penetram o nervo mediano e a artéria cubital.

As inserções inferiores fazem-se por intermédio de quatro tendões divergentes, segundo uma modalidade que mais adiante explicaremos, na parte média dos bordos interno e externo da segunda falange dos quatro últimos dedos.

O músculo, de que nos vimos ocupando, é essencialmente constituído por duas camadas (fig. 1), uma superficial, que fornece as porções carnosas do médio e do anular, outra profunda, revestida e envolvida pela precedente, que dá as porções carnosas do index e do mínimo. Esta última, onde reside o principal interêsse do músculo, começa por um ventre carnoso, de origem epitroclear; segue-se-lhe um curto tendão, da parte inferior do qual se destacam dois corpos carnosos: um, delgado, que vai

prender-se por um tendão comprido e tenue ao mínimo; outro, mais volumoso, que, por um tendão também mais forte, se dirige ao index.

Não compartilhamos, pelo exagero que a nosso ver encerra, do critério de Chudzniski, que faz do plano profundo do sublime um único músculo *flexor digástrico do index*, nascendo o flexor perfurado do mínimo do t. intermediário aos dois ventres daquele.

Mas as duas camadas, superficial e profunda, não são completamente individualisáveis. O ventre carnoso, supra-tendinoso, confunde-se na origem com a porção do anular e participa das suas inserções superiores; depois liberta-se dessa porção, mas torna a anastomosar-se com ela por meio de uma lâmina car-

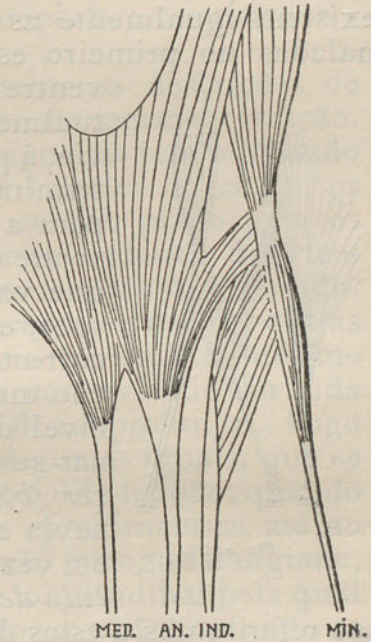


Fig. 1

nosa que provém da parte inferior do tendão intermediário. Para baixo dessa lâmina, que reveste o terço superior do músculo do index sem lhe aderir, o ventre duplo mostra-se livre.

É esta a disposição mais freqüente que encontramos.

Verificámo-la em 87% dos casos. O esquema (fig. 1), que a representa, mostra as duas referidas camadas separadas uma da outra. Não é essa, bem entendido, a realidade anatómica; mas a parte profunda, que só pode ser estudada pela face posterior do músculo, não é figurável em desenho senão sob

a condição de «espalmar» no mesmo plano, os elementos constitutivos de todo êle.

Os restantes 13⁰/₀ dos nossos casos ficam para a outra arquitectura que observámos (fig. 2). Nesta, existem igualmente as anastomoses carnosas assinaladas no primeiro esquema; mas, além disso, o

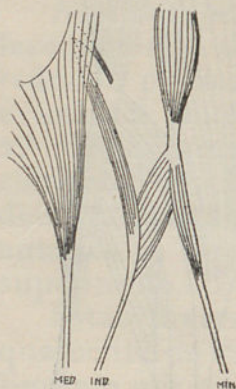


Fig. 2

ventre carnoso do index (e eventualmente o do mínimo, obs. 3o) envia, a partir da origem do seu tendão terminal, um *feixe recorrente* (a) para a parte posterior e superior do ventre carnoso do médio. Êsse feixe, que vai adelgaçando à medida que sobe, e por isso o denominamos recorrente, faz a inserção por um tendão muito fino no sítio apontado, ao nível do qual vimos sempre originar-se um *feixe acessório de Gantzzer* (b). Só uma vez (ob. 53) não havia acessório; de outra (obs. 51), em vez do acessório, partia um *músculo de Gantzzer*. (Na devida altura nos referiremos a estas duas formações)¹.

Os dois esquemas que ilustram estas descrições, permitindo melhor compreendê-las, correspondem às disposições habitualmente encontradas por nós. Até mesmo nos 13 fetos que dissecámos, de 7 a 9 meses de gestação, elas poderiam verificar-se. A digastri-

¹ A existência do referido *feixe*, que imprime uma nova modalidade à estrutura do flexor sublime, encontrámo-la assinalada pelo Sr. Prof. Vilhena que, já em 1912, descrevia e desenhava (in *Observações Anatômicas*, 1. Arq. de Anat. e Antrop., vol. 1, págs. 45-46; fig. 45) um caso idêntico. Era uma «anastomose bastante comprida que partia do tecido aponedrotico profundo e superior do corpo superficial e chegava ao lado do ventre inferior, na origem do tendão do segundo dedo». Mais tarde, em 1934, o Sr. Prof. Vilhena (in *Observações Anatômicas*, IX. Arq. de Anat. e Antrop., vol. XVI, figs. 2 e 3, págs. 427-429) torna a descrever e a esquematizar duas disposições semelhantes, ambas de inserção inferior igual, início do tendão para o

cidade da camada profunda, ousamos afirmá-lo, não sofria excepção. O seu tendão intermediário apparecia, é certo, umas vezes só esboçado, outras já definido, mas sempre presente.

Vejamos agora como se comportam os quatro tendões terminais.

Em nada teremos de alterar as descrições de Poirier e Testut, tão exactas na pormenorização. Chegados à palma da mão, depois de terem passado debaixo do ligamento anular anterior do carpo, os quatro tendões divergem no mesmo plano para os dedos respectivos, caminhando adiante dos tendões correspondentes do flexor comum profundo. Ao nível da articulação metacarpo-falangica, outras vezes immediatamente abaixo, o tendão do sublime apresenta uma goteira, cuja concavidade dirigida para trás envolve o tendão do flexor profundo. Logo a seguir divide-se em duas linguetas iguais, que se afastam e descem contornando o dito tendão; quando chegam a sua face posterior aproximam-se até ao contacto, ao nível da articulação falango-falangiana, formando assim uma *botoeira* longitudinal pela qual se mete o tendão do profundo, que de profundo se torna superficial. Esta disposição fez-lhes merecer os nomes, de tendão perfurante e tendão perfurado por que também são conhecidos. Depois, o tendão do sublime, reconstituído, forma-lhe uma nova goteira, agora com cavidade dirigida para cima e vem

dedo indicador. Só a inserção superior differia um pouco numa delas; além de se fazer «na parte inferior da porção do *bôrdo anterior do rádio*, em que se origina também o plano superficial do músculo», prendia-se «na parte inferior da *apófise coronóideia do cúbito*», isto é, o feixe muscular tinha dupla origem.

Em mais nenhum autor vimos mencionada esta particularidade da morfologia, que diz com as nossas investigações, à excepção de Frohse e Fränkel, que não a descrevem no texto, quando tratam dos flexores, mas representam-a numa figura, apresentada longe da descrição de conjunto, sem qualquer referência verbal.

fixar-se como já dissemos, na parte média dos bordos interno e externo da segunda falange.

A maneira por que se faz a inserção inferior condiciona a acção do músculo, a qual se exerce directamente sôbre a segunda falange, obrigando-a a flectir-se sôbre a primeira. Daí a designação do *flexor das segundas falanges* (*Benger der zweiten Phalangen*) que lhe foi dada por Suchenne e Wernicke. A título secundário, pode flectir os quatro últimos dedos sôbre a mão, a mão sôbre o antebraço e esta sôbre o braço.

Estudada a configuração do músculo (o que principalmente nos interessa) e as suas inserções, ficamos por referir as dimensões das partes componentes. Em virtude da complexidade da estrutura do sublime, compreende-se a dificuldade em fazer medições correctas, pelas quais sempre nos empenhamos. Todos os nossos exemplares foram rigorosamente medidos; as diferenças, mesmo entre os dois sexos (excluindo, é claro os fetos) não podiam deixar de ser sensíveis. Da média que apurámos, resultam os números seguintes, que inscrevemos nos próprios esquemas (figs. 3 e 4).

OBSERVAÇÃO—O feixe carnoso do médio lança-se mais abaixo que o feixe carnoso do anular. Há geralmente uma diferença de 2 a 3 cents., diferença que se reflecte em sentido inverso nos tendões, de onde resulta um comprimento global igual, a partir da epitróclea, em ambos os feixes.

Os feixes carnosos do indicador e do auricular lançam-se nos respectivos tendões à mesma altura, mas a porção carnosa do indicador, além de mais volumosa, tem uma emergência mais alta.

Por último, duas palavras sôbre a inervação. Os filetes nervosos, que se lhe destinam, em número

de 4 a 6, vêm todos do nervo mediano; penetram pela face profunda e parte superior do músculo. Os esforços para demonstrar, também no homem, a

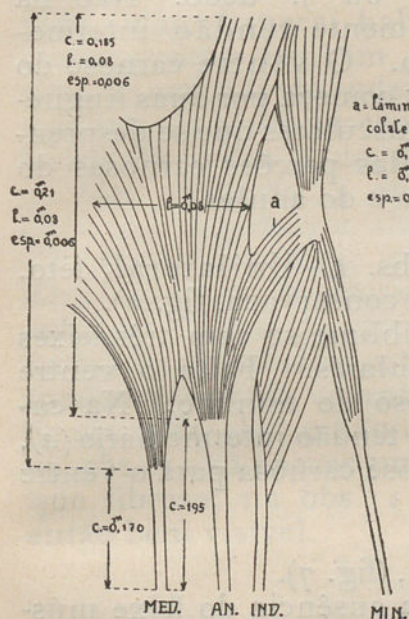


Fig. 3

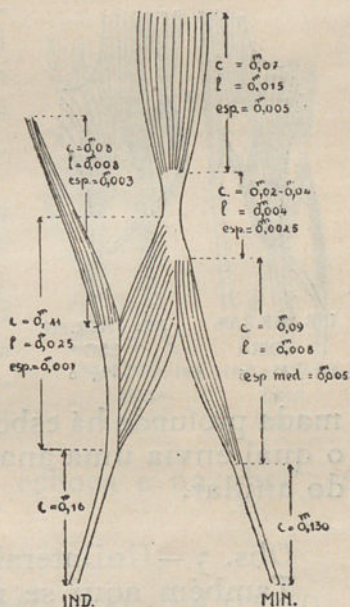


Fig. 4

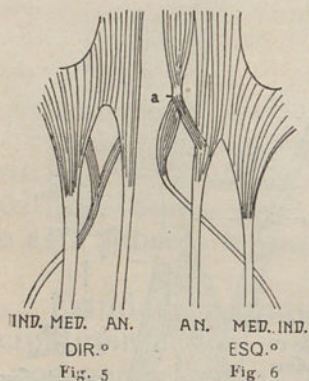
dupla inervação do flexor sublime pelo n. mediano e o n. cubital têm resultados infrutíferos. Frohse e Fränkel, que neles principalmente se empenharam, declaram ter encontrado um único caso, que faz, a título de exceção muito rara, incluir o flexor sublime na lista dos músculos diploneuros.

VARIAÇÃO

1) — AUSÊNCIA DO VENTRE CARNOSO PARA O DEDO MÍNIMO

Obs. 9 — Disposição unilateral, (peça conservada, fig. 5).

O sublime está reduzido a três ventres carnosos que se destinam ao index, ao médio e ao anular. Falta o ventre carnososo correspondente ao dedo mínimo ou 5.º dedo. Não há igualmente tendão intermediário. O ventre carnososo do index começa por duas linguetas musculares que se desprendem das porções carnosas do médio e do anular.



Obs. 4 — Unilateral, feto, (peça conservada, fig. 6).

Sublime só com três feixes musculares. Falta o ventre carnososo do mínimo. Na camada profunda há esboço de tendão intermediário (*a*), o qual envia uma anastomose carnososa para o ventre do anular.

Obs. 3 — Unilateral, feto, (fig. 7).

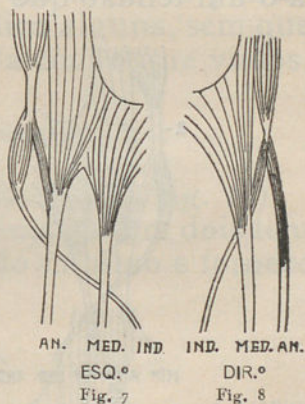
Também aqui se nota a ausência do feixe músculo-tendinoso do mínimo. O tendão intermediário da porção profunda, bastante nítido, termina em dois ventres carnosos: um, destina-se ao index; o outro, que se dirige para o feixe do anular, tem a particularidade de se implantar no seu tendão. (Representado a traço cheio; está riscado o que vai para a massa muscular do anular).

Obs. 1 — Bilateral, feto, (fig. 8).

Sublime só com três feixes musculares. Ausência do ventre carnososo para o mínimo. O tendão intermediário é neste caso representado por um tabique fibroso, no qual se originam os fascículos do index e do anular. Esta última configuração aumenta o interesse do exemplar, por isso que muito se afasta

da normalidade. O ventre do anular que, como dissemos na descrição geral, faz sempre parte da camada superficial, encontra-se aqui incluído na camada profunda, saindo do tendão intermediário. Êste, que fornece habitualmente, como também já foi dito, os ventres do index e do mínimo, dá assim nascença aos feixes do index e do anular.

São, portanto, 4 observações que registam a ausência do ventre muscular para o dedo mínimo. É interessante salientar como se comporta nestas circunstâncias o tendão intermediário da camada profunda: Na obs. 9 não existe; na obs. 1, há apenas um tabique fibroso; na obs. 4 já se esboça e na obs. 3 é então bem visível.



III) — VENTRE DO DEDO MÍNIMO REDUZIDO A UM TENDÃO

Obs. 97 — Unilateral, (fig. 9).

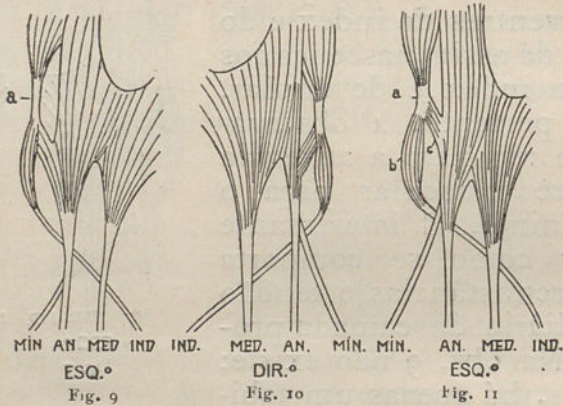
Não há ventre carnoso para o dedo mínimo. Êste é apenas servido por um pequeno tendão (60^{mm} de comprimento) que vem do tendão do anular, onde se implanta. Do tendão intermediário (*a*) partem duas carnes: uma para o index; outra para a massa muscular do anular.

Obs. 31 — Unilateral, (fig. 10).

Configuração idêntica à da observação anterior. O dedo mínimo recebe apenas um tendão (100^{mm} de comprimento) que se destaca do tendão do anular, ao nível da goteira do corpo.

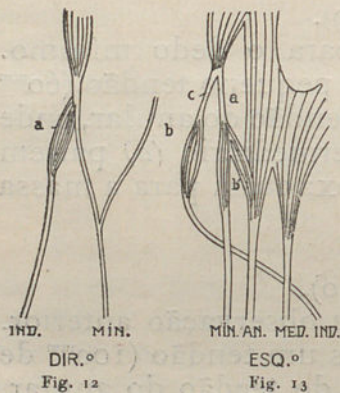
Obs. 41 — Unilateral, (fig. 11).

O tendão intermediário (*a*) fornece o ventre carnososo do index (*b*) e a lâmina muscular para a carne do anular (*c*). Falta o ventre do mínimo; representa-o um tendão que tem aqui a particularidade de se



originar, não no tendão do anular (como nas obs. 87 e 31), mas, mais acima, na própria massa muscular que serve êste dedo.

Obs. 4 — Feto, (fig. 12).



Da parte inferior do tendão intermediário parte o ventre carnososo do index (*a*) e um tendõesinho (sem carne) que recebe um outro (*b*) que vem da face muscular do flexor comum profundo dos dedos, e, assim fundidos, constituem o tendão do dedo mínimo.

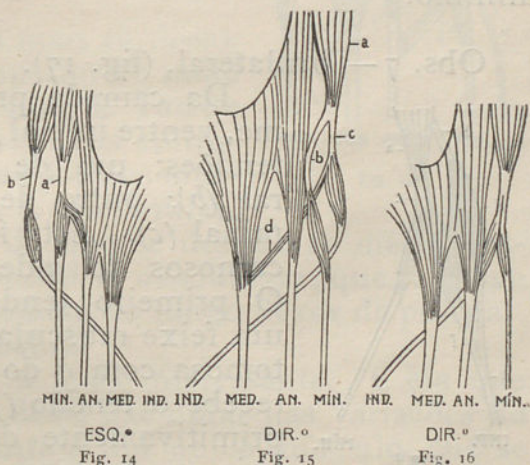
Testut e Latarjet também verificaram a ausência do fascículo destinado ao dedo mínimo, mas viram-no substituído a maior parte das

vezes por um fascículo mais curto (*curto flexor do mínimo*), que tomava origem na vizinhança do carpo e se comportava como aquê. Quere-nos parecer que «vizinhança do carpo» é uma expressão muito vaga, que nos habilita a pensar em diversos pontos de origem. Le Double já especifica alguns, sem que qualquer dêles, todavia, coincida com o que vimos.

III) — TENDÃO INTERMEDIÁRIO DUPLO

Obs. 95 — Unilateral (peça conservada, fig. 13).

Da camada profunda do sublime partem dois tendões um (*a*), conduz ao ventre do mínimo e fornece a anastomose colateral (*b*) à massa do anular; outro (*c*) continua-se pelo ventre do index. Êste último ventre envia ao médio, fibras musculares que não estão representadas no esquema, para o tornar mais inteligível.



Obs. 99 — Bilateral (peça conservada, fig. 14).

Tendão duplo e dupla porção carnosa, supratendinosa. Na obs. 95, a massa carnosa que origina os dois tendões é única; aqui, cada tendão vem de fascículo carnoso próprio. Mas, como na obs. precedente, ambos os tendões intermediários enviam anastomoses musculares: o do mínimo (*a*) ao ventre do anular; o do index (*b*) ao ventre do médio, igualmente não representadas pela razão acima exposta.

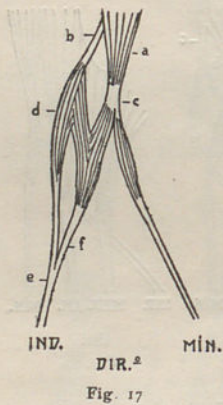
Obs. 96 — Unilateral, (fig. 15).

Do ventre carnoso inicial (*a*), curto e cônico, da camada profunda, partem dois tendões (como na obs. 95): um (*b*) envia fibras anastomóticas ao ventre do anular, continua-se em tendão e acaba por constituir o feixe do mínimo; outro (*c*) envia uma lingüeta muscular (*d*) ao ventre do médio e dá o feixe do index.

Obs. 49 — Unilateral, (fig. 16).

Tendão intermediário formado por duas lingüetas fibrosas, juxtapostas e não isoláveis; de cada uma delas partem os feixes musculares do index e do mínimo.

Obs. 7 — Unilateral, (fig. 17).



Da camada profunda do sublime, ventre inicial (*a*), dimanam dois tendões; um de emergência lateral (*b*); outro de emergência terminal (*c*). Este fornece os ventres carnosos do index e do mínimo. O primeiro tendão (*b*) conduz a um feixe muscular (*d*) que se anastomosa com o do index (*e*), o qual recebe o tendão (*f*) feixe do index, primitivamente descrito. Trata-se, pois, neste caso, além da duplicidade do tendão intermediário, de

um ventre carnoso também duplo para o index, com um tendão distal comum.

IV) — FLEXOR PRÓPRIO SUPERFICIAL DO INDEX

Obs. 46 — Unilateral (peça conservada, fig. 18).

Flexor próprio superficial do index. Insere-se só no rádio, ao mesmo nível do longo flexor próprio

do polegar. Para comodidade descritiva, podemos esquematizar o sublime em 3 porções: A 1.^a (a mais complexa) começa por um ventre carnoso (*a*), triangular, cujo vértice é continuado por um tendão intermediário (*b*); dêste partem; uma lâmina muscular anastômica (*c*) para o tendão do anular (geralmente é no músculo que esta lâmina costuma implantar-se); o fascículo carnoso do mínimo (*d*) e um tendão (*e*), bastante ténue, que vai terminar no tendão profundo do mínimo, a que nós chamaremos *tendão de Gantzer*, por analogia com o músculo do mesmo autor.

A 2.^a porção (a mais carnosa), insere-se no 1/3 superior do rádio e na epitroclea, onde se funde com os outros músculos epitrocleanos; constitui as porções musculares do médio e do anular.

Da face profunda da que se destina ao médio desprende-se o *feixe acessório de Gantzer*, que se dirige para a origem do tendão do longo flexor do polegar. Não figura no esquema.

A 3.^a porção é a mais interessante. É ela que motiva a inclusão dêste exemplar nas variações do sublime. Representa-a um único músculo, que se insere exclusivamente no rádio, quasi ao mesmo nível do longo flexor próprio do polegar. O seu tendão vai servir o dedo indicador. Afecta, portanto, uma independência que permite considerá-lo como um *flexor próprio superficial do index*.

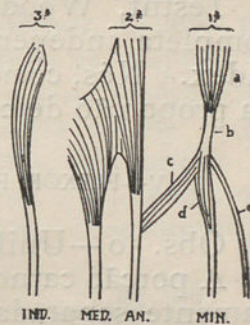


Fig. 18

Obs. 41—Unilateral, (fig. 19).

O tendão intermediário (*a*) não dá, como normalmente, dois feixes carnosos para o index e mínimo, mas apenas o feixe (*b*) que se destina ao mínimo

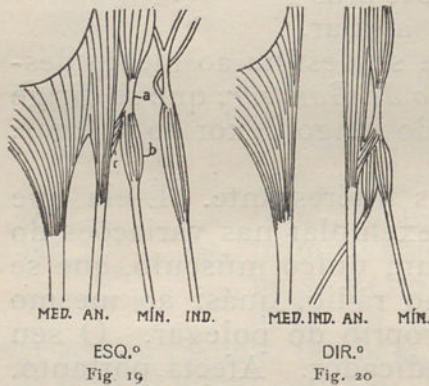
e a lâmina muscular (*c*) para o anular. Para o index vem um feixe carnoso individualizado desde cima, onde toma uma tríplice inserção por tendões pequenos, no ventre carnoso inicial da camada profunda, na epitróclea e no bordo interno da apófise coronoideia. O esquema não o mostra na situação normal; só fugindo à realidade anatómica se consegue tornar compreensível pelo desenho a sua configuração.

Testut, Wood e Macalister registam casos de completa independência do fascículo destinado ao index. Nós, como ficou demonstrado, verificámo-la na proporção de 2 para 100.

V—FLEXOR PRÓPRIO SUPERFICIAL DO MÉDIO

Obs. 50—Unilateral, (fig. 20).

A porção carnosa, que vai para o médio, está nitidamente separada das outras porções constitutivas do músculo. É bem a individualização do feixe acessório, radial, que Poirier descreve nestes termos: «larga lâmina muscular, que nasce por curtas fibras tendinosas misturadas com as fibras carnosas da metade superior do bordo anterior do rádio, no sítio onde êste se inflecte para a tuberosidade radial, atravessando oblíquamente a face anterior do osso».



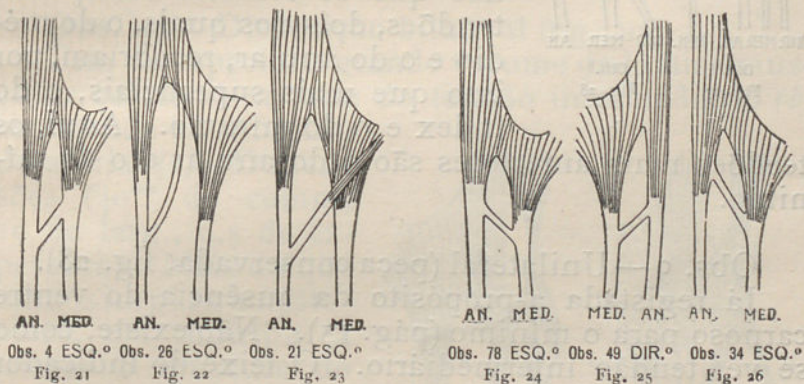
A Obs. 45, igualmente unilateral direita fornece um outro caso de independência completa do feixe carnoso destinado ao médio, cujo esquema, por ser sobreponível ao da Obs. 50, nos dispensámos de

apresentar. Esta variação do sublime, que assim entra na nossa estatística pessoal na percentagem de 2 foi também observada por Testut.

VI — ANASTOMOSE TENDINOSA ENTRE O TENDÃO DO MÉDIO E O TENDÃO DO ANULAR

Observámos seis casos desta particularidade. Embora ofereça um interêsse medíocre, nunca a vimos mencionada. Quando muito, Turner, citado por Testut-Latarjet, viu os tendões do flexor superficial reunidos entre si, na palma da mão, por fitas fibrosas.

A referida anastomose tendinosa ou se dirige obliquamente de cima para baixo, do tendão do médio para o anular, ou vice-versa. Às vezes, origina-se no músculo correspondente. Esquematiza-



mos os seis casos nas figs. 21 a 26, com as duas disposições em número igual.

VII — AUSÊNCIA DO TENDÃO INTERMEDIÁRIO

Obs. 90 — Bilateral (peça conservada, fig. 27).

O sublime dispõe-se em dois planos; o plano superficial fornece os feixes carnosos do anular e do

mínimo (e não os feixes carnosos do anular e do médio, como habitualmente se verifica); o plano profundo, de que o esquema só representa os tendões, dá as porções musculares do index e do médio, que só podem ser estudadas pela face posterior do músculo. Vê-se, então, que há uma massa muscular

única, solidária; não existe tendão intermediário a qualquer porção carnosa e essa ausência imprime as modificações registradas.

Mas nem mesmo neste caso podia realizar-se a adaptação ao descritivo da quasi totalidade dos autores clássicos, para quem o sublime era um corpo homogêneo que se resolvia em quatro tendões, dois dos quais, o do médio e o do anular, recobriam, por isso que mais superficiais, o do index e o do mínimo. Aqui, os

tendões mais anteriores são o do anular e o do mínimo.

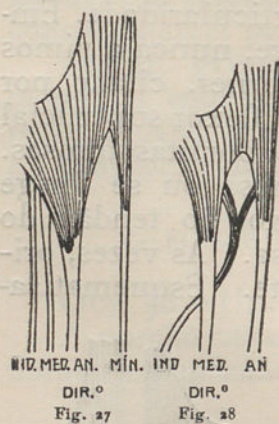


Fig. 27

Fig. 28

Obs. 9 — Unilateral (peça conservada, fig. 28).

Já registada a-propósito da ausência do ventre carnoso para o mínimo (pág. 15). Não existe, como se vê, tendão intermediário. O feixe do indicador vem de uma dupla lingüeta que toma inserção nas porções carnosas do médio e do anular.

VIII — TENDÃO INTERMEDIÁRIO ORIGINANDO TRÊS VENTRES MUSCULARES

Obs. 94 — Unilateral (fig. 29).

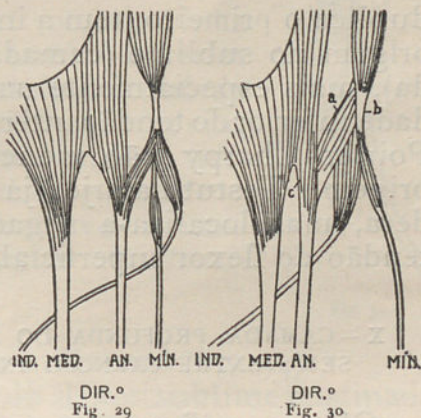
Como já por várias vezes temos acentuado, a camada profunda do sublime possui uma segmenta-

ção tendinosa com duas extremidades: A superior, liga com uma porção carnosa, que mais não é do que o ventre inicial da dita camada; a inferior dá nas- cença aos fascículos musculares do index e do mí- nimo. Do corpo dessa segmentação tendinosa, que tão curiosamente se interpõe aos ventres carnosos assinalados, desprende-se uma lâmina carnosa que se dirige para a massa do anular e assim estabelece uma anastomose muscular entre a camada profunda e a camada superficial. De tal forma se manifesta constante esta lâmina colateral que acabámos por estabelecer como regra a tríplice emergênci- a fasci- cular do tendão intermediário. A observação que aqui reproduzimos esquemáticamente tem a parti- cularidade, bastante rara, de mostrar o tríplice feixe a destacar-se da extremidade distal do tendão.

Obs. 57 — Disposição bilateral (fig. 30).

Tem de especial o grande volume da lâmina mus- cular colateral (*a*) que do tendão intermediário (*b*) se estende ao músculo do anular (*c*). Dimen- sões (40^{mm} de comp., 10 de larg., 0,5 de es- pessura). Mais do que uma simples anasto- mose, ela contribui a formar o músculo do anular; por isso, me pareceu digno ser men- cionado.

Foi de-certo o conhe- cimento de casos como os que acabamos de apontar, que levou Theile a descrever a camada profunda como um músculo trigástrico.



IX — TENDÃO INTERMEDIÁRIO
DANDO ORIGEM A UM LOMBRICÓIDE SUPRANUMERÁRIO

Obs. 25 — Disposição bilateral (fig. 31).

O tendão intermediário (*a*), depois de fornecer os ventres carnosos do index e do mínimo, degenera, a dois dedos travessos acima da prega de flexão do punho, num tendão fininho que conduz a um pequeno músculo de configuração peniforme. Êste, juntamente com o primeiro lombricóide, que vem do tendão profundo do index, ao qual se reúne pela lingüeta terminal, contorna o lado externo da articulação metacarpo-falângica do index e vai inserir-se na expansão tendinosa do primeiro interósseo dorsal, prendendo-se, com ela, no tendão do extenso respectivo.

É, portanto, um *lombricóide supranumerário* que duplica o primeiro; tem a inserção de origem no sublime (camada profunda), mais especialmente na extremidade inferior do tendão intermediário. Poirier-Charpy não menciona esta origem. Testut-Latarjet já a considera, mas localiza-a vagamente no tendão do flexor superficial.

X — CAMADA PROFUNDA DO SUBLIME
SEM VENTRE CARNOSO INICIAL

Obs. 43 — (fig. 32).

Não há porção carnosa acima do tendão intermediário. Êste (*a*) é mais comprido e forte que habitualmente (80^{mm} de comp.,

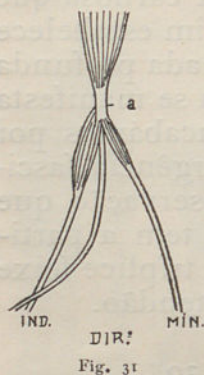


Fig. 31



Fig. 32

0,5 de larg.) e prende-se em cima na epitróclea. No terço superior, serve de base de implantação a três formações gantzerianas (dois músculos e um acessório), a que faremos referência nas variações no flexor comum profundo dos dedos.

XI — FLEXOR SUBLIME COM UM FEIXE DE ORIGEM RADIAL E COM TERMINAÇÃO OU NO LIGAMENTO ANULAR ANTERIOR DO CARPO, OU NA FACE PROFUNDA DA APONEVROSE PALMAR

Obs. 34 — Disposição unilateral esq. (fig. 33).

Sôbre o flexor próprio do polegar (em pontilhado) deparou-se-nos um feixe carnoso (*a*) de 0^m,07 de comprimento, 0^m,05 de largura e 0^m,004 de espessura, que afilava para as extremidades, terminando em tendões: O de cima (0^m,06) prendia-se ao rádio, para fora da inserção do flexor próprio do polegar, participando da inserção radial do flexor sublime; o de baixo, mais resistente, embora mais curto (0^m,02), vinha terminar no ligamento anular anterior do carpo, na metade externa do bôrdo superior. A acção fisiológica seria, actuando sôbre o ligamento anular, flectir a mão sôbre o antebraço.

O Sr. Prof. Vilhena descreve um caso semelhante nas *Observações Anatômicas*, IX, pág. 436.

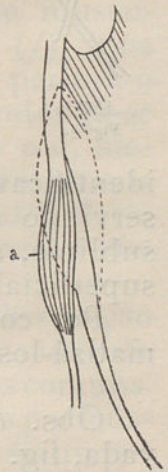
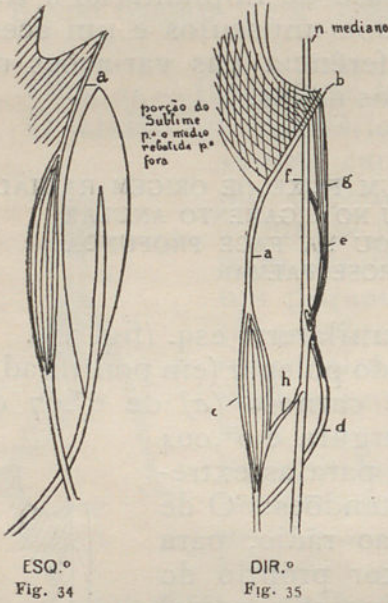


Fig. 33

Obs. 72 — Disposição unilateral (fig. 34).

A inserção do ventre do flexor sublime destinada ao médio (aqui esboçada) faz-se em parte directamente no rádio, em parte num tendão ($a = 0^m,05$) que se fixa no osso, logo acima da inserção proximal do flexor próprio. A êsse tendão segue-se um feixe

carnoso ($0^m,11$ de comp., $0^m,015$ de larg., $0^m,005$ de espessura média), que vai tomar fim, por um tendão curto ($0^m,03$), mas resistente, na face profunda da aponevrose palmar. No trajecto, sobrepuja o lado ântero-externo do flexor próprio, e é em grande parte revestido pelo flexor sublime.



ESQ.º
Fig. 34

DIR.º
Fig. 35

Observámos mais dois casos idênticos. Um (obs. 97) podia sobrepor-se ao da obs. 34. Ia do rádio, fundindo aí as inserções com as do flexor sublime, até o ligamento anular; outro (obs. 23)

identificava-se ao da obs. 72, e estendia-se do rádio, servindo de implantação ao feixe radial do flexor sublime, até à face profunda da aponevrose palmar superficial propriamente dita.

Por conseqüência, pareceu-nos escusado esquematizá-los.

Obs. 63 — Disposição unilateral (peça conservada, fig. 35).

Como sabemos, a porção carnosa do flexor sublime que se destina ao médio (rebatida para fora e para cima) tem uma larga inserção no rádio (metade superior do seu bôrdo anterior). Mas, neste caso, não existe essa inserção, ou antes, essa inserção não se faz directamente no osso, mas nos $\frac{2}{3}$ superiores de um tendão ($a = 0^m,06$) e numa faixa tendinosa (b) os quais se prendem no rádio, ao nível da inserção

superior do flexor próprio do polegar. O referido tendão (*a*), depois de se libertar do ventre superficial do médio, dá origem a um feixe carnoso ($C = 0^m,09$, compr., $0^m,01$ larg.) que vai prender-se, utilizando uma curta formação tendinosa ($0^m,005$), no bôrdo superior do ligamento anular anterior do carpo. Esta porção tendinosa da inserção inferior é reforçada por um tendãozinho (*d*) com $0^m,08$ de comprimento, que se continua por um delgado feixe carnoso (*e*), de $0^m,055$ de compr., $0^m,005$ de larg., $0^m,002$ de esp., superiormente terminado na faixa tendinosa (*b*) já descrita, partilhando com ela da inserção radial, que se faz numa extensão de $0^m,035$.

É neste segundo feixe carnoso (*e*) que reside o maior interêsse da peça. Vamos agora descrevê-lo de cima para baixo. Vindo de cima, o musculinho passa por traz do n. mediano (*f*), que lhe envia um ramúsculo de inervação (*g*), perfura-o da face posterior para a face anterior, prolonga-se pelo tendão (*d*), o qual, depois de envolver o n. mediano, passa-lhe por detrás (ou por debaixo) para ir terminar no tendão final do primeiro músculo. Perto dêle, o n. mediano envia um filete (*h*) para a sua porção carnosa.

Parece-nos lícito salientar o que esta observação encerra de interessante e de raro. É um músculo duplo, com inserções, superiores e inferiores comuns. Simplesmente, um começa por tendão, outro por músculo; um, acaba a bem dizer por músculo, outro por tendão. Ambos são inervados pelo mesmo nervo, o que lhes confere uma significação igual. E, por último, existe a disposição raríssima (só vimos em tôda a literatura consultada um único caso de Poirier) de uma *botoeira nervosa para dar passagem a um fascículo carnoso*.

Com respeito à nomenclatura, de que músculo se trata?

Este músculo, como os primeiros que registámos (obs. 34, 72, 97 e 23), é o músculo rádio-palmar, que, para Le Double, mais não é do que uma variação do músculo rádio-carpico, encontrado pela primeira vez por Fano, em 1851. No ano seguinte, A. Richard baptisou-o com o nome de tibial posterior do antebraço e, de então para cá, grande número de anatomistas o têm descrito, enriquecendo-lhe a sinonímia. Le Double designa-o por curto radial anterior e inscreve-o no quadro das anomalias regressivas ou atávicas. É um músculo susceptível de abundantes variações; a diversidade da nomenclatura inspira-se no modo por que se faz a inserção proximal ou a inserção distal. Tanto o músculo rádio-palmar, de que agora apresentamos cinco casos (mas só três esquematizados), como o músculo tensor da bainha do flexor comum dos dedos, de que falaremos mais adiante, são, entre várias, duas modalidades do curto radial anterior; por isso, nos pareceu útil e oportuna uma referência mais circunstanciada a êste último.

LONGO FLEXOR PRÓPRIO DO POLEGAR

- Tertius digitus moventium (Vesalio).
- Sextus manus interior musculus (Colombo).
- Tertius musculus, polici dicatus (Arantius).
- Musculus, à quo flectitur pollex (Riolan).
- Tertii internodii pollicis flexor (Douglas, Cowper).
- Flexor tertii internodii, seu longissimus pollicis (Cowper).
- Flexor longus pollicis manus (Winslow, Albinus).
- Radio-phalangien du pouce (Chaussier, Dumas, Sabatier).
- Flexor próprio do pollex (Pereira Guimarães).
- Rádio-digital (Léveillé).
- Long fléchisseur propre du pouce (Testut).
- Grand fléchisseur du pouce (Bichat).
- Flexor pollicis longus (W. Krause, Frohse e Fränkel).
- Rádio-polegar palmar (Serrano).

O longo flexor próprio do polegar é dos três músculos, que nos propusemos tratar, o menos volumoso. Está situado por debaixo do sublime, para fora do flexor comum profundo dos dedos, que ocupa o mesmo plano. Separa-os, apenas, um interstício célulo-adiposo, quási sempre virtual, por onde caminham o nervo e os vasos interósseos anteriores.

Pertence à categoria dos músculos peniformes, em que as fibras carnosas se dirigem oblíquamente para baixo e para dentro, lançando-se no tendão que vai servir o polegar.

O músculo insere-se, em cima, nos três quartos superiores da face anterior do rádio e invade, para dentro, o ligamento interósseo, onde igualmente se prende, aproveitando o seu têrço externo. A inserção começa em ponta sob a tuberosidade do bicípite, perto da linha de orientação do redondo pronador e termina outrossim em ponta no bôrdo externo do rádio, pela parte média do corpo muscular. Êste

continua-se por um tendão que, depois de ter passado debaixo do ligamento anterior do carpo e entre as duas porções iniciais do curto flexor do polegar, vai fixar-se sôbre a extremidade posterior da falange ungueal do polegar.

Em 57% dos casos observados, o flexor antibrachial do polegar encontrava-se completamente individualizado. Muitos autores vêem na independência d'êste músculo uma superioridade da espécie humana. Testut inclui-a mesmo no número das anomalias progressivas. Mas, nos restantes casos (43%), o tendão de origem do flexor próprio recebia um feixe carnoso com forma e dimensões variáveis (50 a 80^{mm} de comprimento, 10 a 20 de largura e 0,5 de espessura), que provinha a maior parte das vezes da porção superficial do sublime destinada ao dedo médio e, por meio dela, da epitróclea. Dizem com as nossas investigações as de Poirier, Vilhena, Pires de Lima, Theile, etc.

Êste feixe acessório (*musculus accessorius ad pollicem de Gantzer*) que Poirier, W. Krause, Theile, Frohse & Fränkel, sem o designarem de uma maneira expressa, consideram, exageradamente, segundo o que observámos, como fazendo parte «quási constante» do flexor comum superficial dos dedos (o que é apnágio das espécies simianas), mas que Le Double, Testut, Cruveilhier, Macalister e muitos outros autores só descrevem ao tratar do flexor próprio do polegar, assemelha-se pela proveniência e figuração com o feixe carnoso, piriforme, que vai reforçar o flexor comum profundo dos dedos e que também foi designado por Gantzer *musculus accessorius ad flexorem profundum digitorum*. Isto tem dado origem a confusões de nomenclatura, havendo necessidade de nos fixarmos numa terminologia unívoca. Seguiremos a que vem nitidamente estabelecida nas *Observações Anatômicas* de Vilhena e que nos parece a preferível.

Chamar-se-á *feixe acessório de Gantzer* ao «feixe» que vai reforçar o longo flexor próprio do polegar e *músculo de Gantzer* ao «músculo» que vai reforçar o flexor comum profundo dos dedos, o que plenamente se justifica não só pela individualização, mas também pelo diferente volume de ambos, sempre mais reduzido no primeiro do que no segundo. Só em casos raros verificámos o contrário.

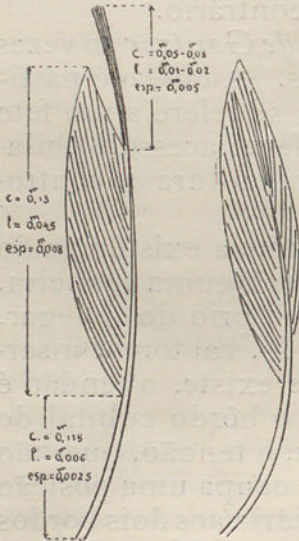
Encontrámos o *feixe acessório de Gantzer* 20 vezes de um lado só e 23 dos dois lados. A obs. 9 é particularmente interessante, porque se refere a um feto de têrmo, que apresentava um feixe acessório bilateral; por consequência, de congénitura incontro-versa.

Queremos também salientar que a existência do mencionado feixe condiciona, de alguma maneira, a situação do tendão do flexor próprio do polegar, em cuja origem, voltamos a dizê-lo, vai tomar inserção. Efectivamente, quando êle existe, o tendão é marginal interno, isto é, ocupa o bôrdo cubital do músculo (fig. 4); quando êle falta, o tendão, que não ascende tanto pela parte carnosa, ocupa uma posição anterior, sensivelmente intermediária aos dois bordos (fig. 5). Nem sempre isto succede, é certo. Mas achámos esta coincidência freqüente de mais para que apenas lhe devêssemos fazer uma simples referência.

A existência do referido feixe de Gantzer, que os Professores Vilhena (1912) e Pires de Lima (1911) foram entre nós os primeiros a descrever, embora o último dêstes autores só o nomeasse em 1914, cria novas relações ao nervo mediano (em certas circunstâncias acompanhado de um vaso homónimo) que na grande maioria dos casos lhe passa por diante, caminhando depois, como sabemos, colado à face posterior do sublime, de onde emerge ao nível do bôrdo ínfero-externo da porção carnosa destinada ao médio.

As dimensões, à maneira do que fizemos para o flexor sublime, vão inscritas nos esquemas juntos (Figs. 36 e 37). Representam a média de tôdas as medidas tomadas, com exclusão, bem entendido, das obtidas nos exemplares fetais. A dissecação nestes últimos obedeceu principalmente ao desejo de conhecer a morfologia e autonomia

musculares, que permitissem formar idéa, na mesma espécie, do desenvolvimento evolutivo. Mas essa noção, como frisámos no início dêste trabalho, só imperfeitamente foi apreendida pela escassez da nossa casuística. Aliás, faltou-nos a investigação em várias espécies de animais, que servisse de termo comparativo.



A acção do flexor próprio do polegar exerce-se quasi exclusivamente sôbre a segunda falange ou falange ungueal, na qual se insere. A primeira falange, sôbre que a segunda se dobra, subtrai-se ao mecanismo fisiológico do flexor privativo do polegar, salvo nos casos em que êste se contrai com exagêro. Então entra secundariamente em jôgo, flectindo sôbre o primeiro metacarpo. De facto, a paralisia do músculo que agora nos ocupa implica apenas a perda de flexão da segunda falange do polegar, deixando indemnes todos os outros movimentos dêsse dedo.

A inervação é feita pelo nervo mediano, por intermédio do ramo interósseo. O filete que lhe é destinado penetra no músculo ao nível da parte média do antebraço, pela face anterior, próximo do bôrdo interno. As nossas observações coincidem com as de

Testut, que por aqueles termos se exprime. Reputamos por isso menos freqüentes as que se referem a uma modalidade diferente da inervação feita pelo mediano.

VARIAÇÃO

I) — FEIXE ACESSÓRIO DE GANTZER COM INSERÇÃO INFERIOR ATÍPICA

Obs. 96 — Unilateral, (fig. 38).

Verifica-se a existência de um *feixe acessório de Gantzer* que, em vez de ser integralmente musculoso e terminar na origem do tendão do flexor próprio do polegar, se insere mais abaixo, utilizando um tendão bastante extenso, de 40^{mm} de comprimento. O ventre carnososo, que se destaca de um tabique fibroso incorporado na porção epitrocleeana do sublime, mede 70^{mm} de compr., 7^{mm} de largura e 0,5^{mm} de espessura.



850.

Fig. 38

II) — MÚSCULO QUE REFORÇA SIMULTANEAMENTE OS DOIS FLEXORES PROFUNDOS, PRÓPRIO E COMUM

Obs. 66 — Unilateral (peça conservada, fig. 39).

Esta curiosa disposição, que tivemos o cuidado de conservar, consiste no seguinte: Do sublime (ventre carnososo do médio) parte um feixe muscular (0^m,065 de comprimento, 0^m,005 de largura, 0^m,002 de espessura) que vai para a extremidade inicial do tendão do flexor próprio do polegar; depois continua-se por um comprido tendão (a=0^m,205) que segue ao longo do bôrdo cubital do músculo. Prende-se-lhes por umas ténues fibras carnosas, e afasta-se

dêle um pouco acima do tendão livre do flexor próprio; prossegue a marcha descensional e, dilatando-se progressivamente, vai reforçar o tendão perforante do dedo índice, entrando mesmo em larga parte na sua constituição.

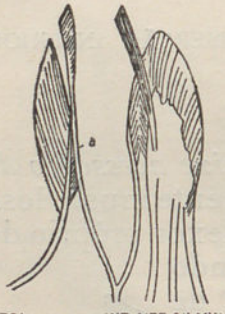


Fig. 39

Além do destino que lhe está confiado, oferece de interessante o facto de ir fortalecendo-se à medida que se dirige para a inserção última, ao contrário do que nos habituámos a ver. Estamos pois em presença de uma formação anatómica que é ao mesmo tempo, por definição, um *feixe acessório* e um *músculo*, de Gantzer. Macalister e Le Double referem a existência de um tendão profundo suplementar ao índice, com origem no flexor próprio do polegar. Corresponderia, talvez, ao segmento final daquilo que observámos ¹.

Há a notar ainda, no nosso caso, para que se possa ter uma noção de conjunto, que o flexor comum profundo recebia outro *músculo de Gantzer*, representado no esquema. Procedia do ventre carnoso inicial da camada profunda do sublime e ia prender-se no tendão perforante do médio.

¹ O Sr. Prof. Vilhena descreve (*Observações Anatómicas IX, Arq. de Anat. e Antrop.*, vol. xvi, pág. 438) um caso unilateral direito em que «além de um *feixe acessório de Gantzer*, havia uma *delgada fita* de 0^m.003 de largura e 0^m.001 de espessura que saía do bordo interno do tendão do m. flexor próprio do polegar, a 0^m.07 do bordo superior do ligamento anular anterior do carpo, e ia juntar-se, depois de um tracto de 0^m.05, ao *tendão externo do m. flexor comum profundo dos dedos*».

É, como se vê, uma observação que da nossa se aproxima, com a diferença de haver discontinuidade entre o *feixe acessório de Gantzer* e a referida fita anastomótica, a qual, por seu turno, tem inserção mais franca e directa no tendão do flexor próprio do polegar donde promana.

III)—FLEXOR PROFUNDO COMUM AOS CINCO DEDOS

Antes de descrever as nossas observações, convém recordar que a maneira como se comporta o longo flexor próprio do polegar, sob o aspecto das suas relações com os músculos vizinhos, permite considerar cinco tipos bem definidos:

1) *Tipo humano*: Se é completamente autónomo (anomalia progressiva de Testut; anomalia evolutiva ou de aperfeiçoamento de Le Double). Foi o que verificámos em 57% dos nossos casos. É essa independência do polegar que faz da mão do homem «um tão maravilhoso órgão do tacto e preensão».

2) *Tipo simiesco*: Se existem feixes anastomóticos que o interessem no flexor sublime (43%, estatística pessoal), ou no flexor profundo (encontrados por Testut, Chudzinski, Walsham, Le Double, Wood, Macalister, Turner, etc.).

3) *Tipo gorila*: Quando se funde com o feixe diferenciado do flexor profundo do índice (Capdeville, Mauny, Chudzinski, Testut, Le Double). Há, então, um flexor profundo dividido segundo o eixo do membro em duas porções distintas, uma porção cubital para os três últimos dedos e uma porção radial para o índice, da qual se destaca um tendão muito fino para o polegar.

4) *Tipo orango*: No caso de haver fusão completa com o flexor profundo, mas ausência total do tendão para o polegar (Gegenbaur, à direita, num suicida, Chudzinski, dos dois lados, num microcéfalo, contestado por Testut e Le Double com fundamento em centenas de dissecções). Ou ainda fusão completa entre os dois flexores profundos, com o tendão para o polegar reduzido a um cordão fibroso estendido dos ossos sesamoideos (constantes) da arti-

culação metacarpo-falângica à falange ungueal (Gruber, Wagstaffe, Fromont, Gegenbaur).

5) *Tipo cercopiteco*: Quando a coalescência dos dois flexores profundos é tão íntima que permite a descrição de um músculo único, comum aos 5 dedos, todos êles servidos por um tendão próprio.

É esta última disposição, que Gegenbaur considera freqüente na raça negra, e já encontrada por Testut em 3 casos, por Walrham em 1 caso e que nós verificamos em dois indivíduos.

Obs. 86—Unilateral (peça conservada, fig. 40).

Não há separação, ao nível do ligamento interósseo, entre os dois flexores profundos. O escalpelo só a poderia realizar com o sacrifício das fibras musculares de cada um dêles, que inteiramente se entrecruzam no terço externo do antebraço.



MÍN. AN. MED. IND. PBL.
ESQ.^a

Fig. 40

O músculo tem na origem uma larga área de inserção, que é a soma das inserções que normalmente caberiam em separado aos dois flexores profundos, comum e próprio.

As fibras musculares dirigem-se, umas verticalmente para baixo, outras obliquamente para o eixo do membro; vão continuar-se por cinco tendões, bem nítidos, para os cinco dedos da mão. O tendão do polegar; além de ser imperfurado, é o que ascende mais alto pela face anterior da massa carnosa; por aqui se nota o início da futura individualização do flexor do polegar.

Também o tendão que se dirige para o índice se liberta um pouco do médio; é a acentuação desta disposição que mais tarde se vai verificar na quasi totalidade dos indivíduos da espécie humana.

A observação que acabamos de descrever é, por-

tanto, rica de ensinamentos. Faz-nos admitir sem esforço a primitiva indiferenciação da massa profunda dos flexores e considerar como um grau de aperfeiçoamento racial a autonomia que depois se regista. É mais um elemento subsidiário para a teoria evolucionista, a que Darwin e Lamarck ligaram o nome imortal. Dêle poderíamos extrair as conseqüências que envolve se propositalmente não restringíssemos o nosso estudo a um objectivo mais modesto.

Obs. 74 — Unilateral, (fig. 41).

A mesma configuração. Os dois flexores profundos encontram-se fundidos e resolvem-se em cinco tendões para os cinco dedos. Há apenas a notar que o tendão do polegar não sobe tão alto como no caso precedente, o que torna a anomalia ainda mais característica.

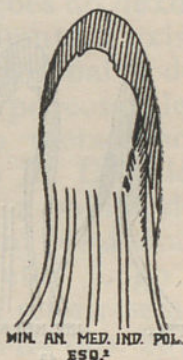


Fig. 41

IV) — FEIXE MUSCULAR ORIUNDO DO FLEXOR PRÓPRIO DO POLEGAR E DA TERMINAÇÃO NA BAÍNHA SINOVIAL DO FLEXOR COMUM PROFUNDO DOS DEDOS

Obs. 90 — Disposição unilateral (peça conservada, fig. 42).

Do bôrdo interno, muscular, do flexor próprio do polegar (cujo tendão, na ausência do *feixe acessório de Gantzer*, ascende sensivelmente pela parte média), ao nível do $\frac{1}{3}$ inferior do rádio, desprende-se um feixe músculo-tendinoso que, após um trajecto oblíquo para baixo e para dentro, vai terminar na bainha sinovial do flexor perfurante do indicador, sendo nela incorporado. À parte carnosa desse feixe, que por algumas fibras musculares se insere na porção cor-

respondente do rádio, cabem as seguintes medidas: Comp. $0^m,045$, larg. $0^m,005$, esp. $0^m,0025$; o tendão era mais curto ($0^m,03$) e bastante ténue.

Esta formação, que mais adiante designaremos, repousava no seu trajecto sôbre o ligamento interósseo, passando por cima do nervo e dos vasos interósseos anteriores.

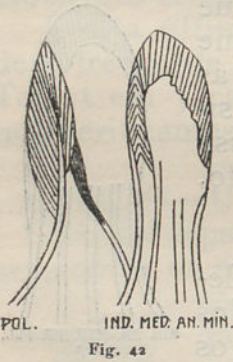


Fig. 42

À esquerda, havia uma formação funcionalmente idêntica, mas oriunda do m. flexor comum profundo dos dedos, que será descrita na altura própria.

Obs. 86—Disposição unilateral (peça conservada, fig. 43).

Esta observação já foi apresentada (pág. 36) como exemplo de fusão completa dos dois flexores profundos. O que agora se descreve é um feixe carnoso ($0^m,06$ de comp., $0^m,008$ de larg., $0^m,002$ de esp.), em forma de fuso, que nasce entre os ventres carnosos do indicador e do polegar, mas que se incorpora principalmente na porção muscular d'êste último, participando com êle das inserções radial e interóssea correspondentes. Depois dum trajecto quasi vertical para baixo, forma um tendão muito fino e comprido ($0^m,11$), que segue ao longo do tendão próprio do polegar e vai perder-se na bainha sinovial, comum do indicador e do polegar.

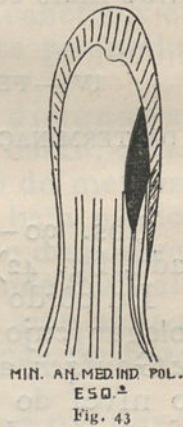


Fig. 43

Os músculos, que acabamos de descrever e esquematizar, foram denominados por Testut *tensores da bainha do flexor comum dos dedos*, e são considera-

dos por esse autor como músculos supranumerários da região anterior do antebraço. Como acentuámos mais atrás (pág. 28), o músculo tensor da bainha do flexor comum dos dedos é uma modalidade do músculo curto radial anterior (Le Double).

Frohse e Fränkel, ao tratar das variações do flexor próprio do polegar, apontam, como freqüente, a existência de um músculo que se originaria debaixo do flexor próprio do polegar, fazendo corpo com êle, e que iria terminar no carpo ou no metacarpo. No carpo costumamos englobar, (vide Le Double) o ligamento anular anterior do carpo, a bainha do grande palmar, a bainha do flexor comum dos dedos, o lig.^o externo e anterior do punho, etc. Logo é possível que Frohse e Fränkel queiram referir-se ao músculo que encontramos na obs. 90 e na obs. 86 e a que êles, de preferência explícita ao *M. radialis internus brevis* de Gruber, chamam *M. flexor carpi radialis brevis*, isto é, *M. grande palmar breve*. De facto, todos os anatomistas consideram o curto radial anterior (de que tornamos a escrever alguns sinónimos: rádio-cárpico de Fano, tibial posterior do antebraço de Richard, rádio-palmar, tensor da bainha do flexor comum dos dedos de Testut, etc.) uma dependência do grande palmar (accessório do grande palmar de Colson) e assim fica justificada a denominação dos dois anatómicos alemães.

FLEXOR COMUM PROFUNDO DOS DEDOS

- Secundus digitos moventium (Vesalius)
- Quintus manus interior musculus (Colombus)
- Secundus musculus (Avantius)
- Digitorum tertii internodii flexor (Spigel)
- Perforans (Cowper, Douglas)
- Le profond (Hunauld)
- Perforans, communiter profundus (Winslow)
- Cubito-phalangettien commun (Dumas, Chaussier)
- Cubito-digital commun (Léveillé)
- Flexor digitorum profundus (Krause, Frohse e Fränkel)
- Fléchisseur digital profond (Bichat)
- Fléchisseur commun profond des doigts (Testut)
- Cubito-digital palmar (Serrano)

Dos três flexores antebraquiais propriamente ditos, que nos encarregaram de estudar, é o flexor comum profundo dos dedos o que oferece à investigação uma arquitectura mais uniforme. É consideravelmente diferente do flexor sublime, tanto na posição, forma e construção, como, em especial, no que diz respeito à inervação. A forte massa muscular, que o constitui, assim como os 4 tendões desenvolvidos por ela, não se sobrepõe em camadas, à maneira de sublime, mas sim os feixes, que a integram, estão colocados paralelamente, ao lado uns dos outros. O mecanismo fisiológico a que presidem identifica-os, é certo, e justifica a denominação; ambos flectem os dedos, seja na altura da falanginha ou da falangeta.

Está situado por debaixo do flexor sublime e do cubital anterior, no mesmo plano do flexor próprio do polegar. Separa-os apenas, como já dissemos, um interstício gorduroso, no fundo do qual, sobre o ligamento interósseo, caminham o nervo e os vasos interósseos anteriores.

É constituído por uma massa carnosa, homogénia, que se enrola sobre as faces interna e anterior do

cúbito, e se lança numa lâmina tendinosa que só no têrço inferior do antebraço se define em quatro tendões perforantes, destinados aos quatro últimos dedos.

Devemos, no entanto, dizer que o tendão que se dirige para o índex, além de ser o mais forte dos quatro, mostra sempre uma certa individualização em relação aos outros (Fig. 44). Mas nunca encontramos uma autonomia tão completa que nos consentisse falar de um *flexor próprio, profundo, do índex*, como alguns autores assinalaram (Weber-Hildebrandt, Wood, Fromont, Testut, Le Double). Essa diferenciação nítida é assaz frequente nos indivíduos de côr, chegando mesmo a haver nêles, segundo Chudzinski, tendência para a dissociação de todo o músculo em quatro feixes.

Inserese em cima: 1.º Nos três quartos superiores do cúbito, utilizando a face interna do osso. 2.º Na porção da aponevrose anti-braquial que cobre a face interna do mesmo osso, compreendendo as fibras de inserção do cubital anterior. 3.º Nos dois têrços internos do ligamento interósseo. 4.º Por algumas fibras, no bôrdo interósseo do radio, imediatamente abaixo da tuberosidade bicipital. Tem, portanto, uma tríplice origem: óssea, aponevrótica e ligamentosa.

Destas diversas superfícies de inserção, as fibras musculares dirigem-se para baixo e vão perder-se, em diferentes alturas, numa lâmina tendinosa, que ascende pela face anterior do músculo. O esquema que acompanha esta descrição fará compreender

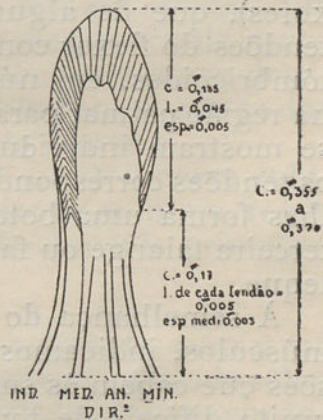


Fig. 44

melhor a estrutura do músculo, dando conta da morfologia da referida lâmina.

É só no têrço inferior do músculo, convém repeti-lo, que se esboçam os traços divisórios dos futuros tendões, à excepção do que vai servir o dedo indicador, que mantém sempre uma relativa independência.

Libertos do canal radio-cárpico privativo dos tendões comuns superficiais e profundos (canal dos flexores), que de alguma maneira os constrange, os tendões do flexor comum profundo dão inserção aos lómbrioides, em número de quatro, que divergem na região palmar para os respectivos dedos e só então se mostram individualizados: depois de perfurarem os tendões correspondentes do sublime, que para isso lhes forma uma botoeira, vão inserir-se na base da terceira falange ou falange ungueal, dilatando-se em leque.

À semelhança do que temos feito para os outros músculos, indicamos no próprio esquema as dimensões que cabem às suas partes componentes. Foram muito difíceis de tomar, porque não há um limite separativo nítido entre a porção carnosa e a porção tendinosa. A bem dizer não se interpenetram, mas sobrepõem-se de tal maneira que o músculo, na face anterior, ganha em tendão o que perde em carne, dando-se a inversa na face posterior. Por isso, as dimensões discriminadas, no que respeita ao comprimento, são inevitavelmente imprecisas; só o comprimento total pode ser avaliado com mais rigor. Mesmo assim, apresentamos os números aproximados, produto das várias medições.

O flexor comum profundo dos dedos flecte as duas últimas falanges sôbre a primeira. Duchenne e Wernicke assim consideram, contra a opinião mais geral que o faz principalmente motor da 3.^a falange, e dão-lhe o nome que lhe advém dessa

acção, flexor das duas últimas falanges (*Benger der zwei letzten Phalangen*). Nos movimentos mais enérgicos, faz dobrar a segunda falange sôbre a primeira, a primeira sôbre o metacarpo, a mão sôbre o antebraço.

Ao contrário do que succede nos outros flexores que estudámos, em que a inervação se faz por um único nervo, o flexor comum profundo dos dedos é servido por dois nervos, o mediano e o cubital, que se repartem equitativamente. O mediano, pelo nervo interósseo, inerva os feixes musculares que se destinam ao índice e ao médio; o cubital encarrega-se dos feixes musculares do anular e do mínimo.

Só duas vezes (Obs. 35 e Obs. 51), o nervo cubital se distribuía ao ventre carnoso do mínimo, reservando ao mediano a inervação dos três primeiros feixes do músculo.

Como já dissemos, na passagem do metacarpo para os dedos o tendão superficial está colocado sôbre o profundo. Na parte proximal da falange, encontra-se a divisão do tendão do flexor sublime, que, depois de se bifurcar e envolver o tendão profundo — *Chiasma tendinum de Camperi* —, vai fixar-se nos bordos interno e externo da falanginha. O tendão profundo que assim perfura o superficial vai, por seu turno, inserir-se na base da falangeta.

Ambos os tendões são mantidos contra a face anterior das falanges por uma lâmina fibrosa que os envolve à maneira de um tunel (Tillaux) e que se prende de cada lado, ao longo de quasi todo o bôrdos dos dedos — é a *bainha ósteo-fibrosa dos flexores*. A sua consistência não é tôda igual. O escalpelo, quando a incisa de alto a baixo, da articulação metacarpo-falângica até à extremidade superior da falanginha, «grita» ao nível do corpo das falanges, pre-

cisamente onde ela se mostra mais sólida. No sítio correspondente às articulações, é mais uma lamela frágil que envolve ambos os tendões, perfurados e perfurantes, os quais chegam muitas vezes a fazer hérnia.

Libertos dessa bainha fibrosa, onde deslisam lubrificados pela sinóvia, os tendões mostram-se ligados aos ossos por lamelas delicadas ou finos cordões, condutores de vasos nutritivos, que foram descritos com precisão por Weitebrecht. Esses tractos célula-vasculares são indistintamente conhecidos pelos nomes de meso-tendões, freios dos tendões ou *vincula tendinum*. Qualquer destas designações parece-nos pouco feliz, porque, mais do que vínculo ou apoio dos tendões às falanges, desempenham o trabalho de fornecimento do sangue ao tendão. Assim se explica que a destruição cirúrgica de um desses porta-vasos exponha o tendão ao perigo da necrose.

A-pesar-de tudo, é a denominação *vincula tendinum* que predomina, e diremos resumidamente, para não sair em demasia do objectivo do nosso trabalho, que se distinguem, consoante a posição, o comprimento, a estrutura, a forma, etc., diversos vincula: Vincula vera e vincula accessória ou vascularosa, vincula longa ou brévia, vincula perforata ou perforantia, vincula triangularia, quadrangularia e filiformia, etc.

A quem queira inteirar-se dêste assunto, recomendamos a leitura do excelente tratado de Frohse e Fränkel (*Die Muskeln des menschlichen Armes*, Jena, 1908, na pág. 278 e seguintes).

VARIAÇÃO

1) — MÚSCULO DE GANTZER

Em 15 % dos nossos casos, de um lado só, em 9 % dos dois lados, deparou-se-nos o *músculo de Gantzer*, entendendo por tal, nunca é demais acentuá-lo, o feixe músculo-tendinoso, carnoso em cima, tendinoso em baixo, que vai reforçar o flexor comum profundo dos dedos — *musculus accessorius ad flexorem profundus digitorum*. Este músculo (0^m,08 de comprimento, 0^m,015 de largura, 0^m,005 de espessura) provem quasi sempre da porção epitrocleana do sublime, camada superficial, e vai prender-se por um tendão de comprimento variável (0^m,075 a 0^m,085) umas vezes no tendão profundo do médio (14 %), outras no tendão do anular (6 %), mas principalmente, como se vê na nossa percentagem, no primeiro (fig. 45).

Casos (4 %) em que a inserção inferior desse músculo se fazia na lâmina tendinosa, ainda indivisa; mas, accionando-o, era o dedo médio que entrava principal ou exclusivamente em jôgo, flectindo-se.

Como algumas vezes observámos, o músculo de Gantzer pode ter outros pontos de origem (apófise coronoideia, camada profunda do sublime, braquial anterior, etc.). A sua existência não passou despercebida a Meckel, Sæmerring, Henle, Wood, Turner, Theile, Macalister, Vilhena, etc. É sempre mais volumoso que o feixe acessório de Gantzer que vai reforçar o longo flexor próprio do polegar. A coexistência de ambos não é rara (9 %); quando ela se dá, pode bem verificar-se

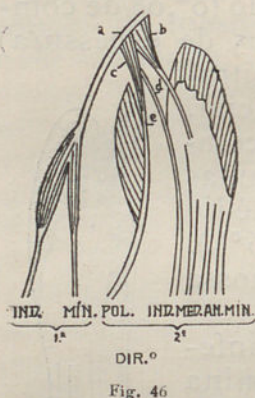


a configuração idêntica que os assemelha e pensar na solidariedade funcional dos três flexores antebraquiais.

II) — MÚSCULO DE GANTZER DUPLO

Obs. 43 — Unilateral (peça conservada, fig. 46).

Da camada profunda do sublime (*a*) (que não possui ventre carnososo inicial, pág. 25), desprendem-se dois feixes musculares. Primeiro, um feixe triangular (*b*), com 0^m,072 de base e 0^m,025 de comprimento, continuado no vértice por um tendãozito (0^m,035) que vai terminar no tendão perfurante do médio. Logo abaixo da origem dêste *músculo de Gantzer*, com procedência na mesma fita tendinosa do sublime, deriva outro feixe muscular (*c*), êste mais reduzido, com 0^m,025 de inserção.



Orientado para baixo e para dentro, bem depressa se bifurca, dando dois feixezitos carnosos: um (*d*) de 0^m,060 de comprimento, vem prender-se por um tendão delgadinho (0^m,084) no tendão profundo do index; outro (*e*) todo êle carnososo (0^m,045), sem tendão, dirige-se para a origem do tendão flexor próprio do polegar, onde se implanta.

Portanto, dois músculos de Gantzer (*b*) e (*d*) e um *feixe acessório de Gantzer* (*c*), à direita. Do lado esquerdo, havia um *tendão de Gantzer*, que será descrito e esquematizado mais adiante.

Obs. 94 — Unilateral, (fig. 47).

Feixe carnososo (*a*) vindo da camada profunda do flexor sublime, ventre inicial. Divide-se em dois

fascículos musculares, os quais por dois tendões compridos, vão reforçar os tendões profundos, perforantes, do médio e do anular. Sobre o próprio esquema, marcamos as dimensões respectivas, em milímetros.

Em nenhum dos livros consultados, vimos referência a qualquer disposição análoga às que acabamos de descrever. Quando muito, Wood, Macalister e Turner falam na simultaneidade da inserção inferior do *músculo de Gantzer* nos tendões do anular e do mínimo, ou index e mínimo, ou médio, anular e mínimo, etc. Corresponde, afinal, à implantação nos tendões ainda indivisos dos mencionados dedos, pois doutra forma não se explicava a simultaneidade. E sobre a duplicidade do *músculo de Gantzer*, do mesmo lado, nenhum destes autores se pronuncia.

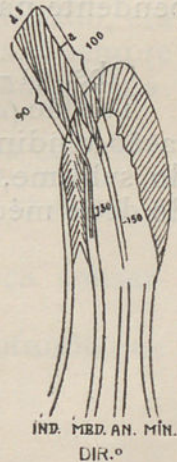


Fig. 47

III) — TENDÃO DE GANTZER

Obs. 22 — Unilateral, (fig. 48).

O esquema representa a camada profunda do sublíme.

Exactamente do vértice do ângulo de separação dos ventres carnosos do index e do mínimo, procede um tendãozito ($0^m,052$) que se dirige para o tendão profundo do mínimo, antes da sua completa individualização, a qual só se realiza, como sabemos, na região palmar.

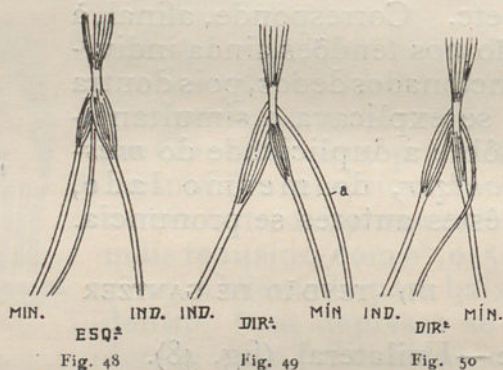
Observámos mais três casos (Obs. 98, 82 e 83) que podiam sobrepôr-se ao que acabamos de descrever e por isso não os desenhámos.

Obs. 46 — Unilateral (peça conservada, fig. 49).
Aqui o tendão ($a-0^m,065$), em vez de se desprender

da extremidade distal do tendão intermediário, tem uma emergência lateral, como se vê no esquema. Depois de obliquar para baixo e para dentro, vai inserir-se no tendão profundo do mínimo, já independente na palma da mão.

Obs. 91 — Unilateral, (fig. 50).

Tendão ($a-0^m,055$) com a mesma origem na segmentação tendinosa, intermediária, da camada profunda do sublime, mas indo reforçar o tendão perfurante do dedo médio.



Obs. 43 — Unilateral (peça conservada, fig. 51).

A camada profunda do flexor sublime dá neste caso, origem a dois tendões: um ($a-0^m,073$) vem do tendão intermediário e toma a inserção inferior no tendão profundo do mínimo; outro ($b-0^m,110$), dimana do ventre carnoso supratendinoso e vai fundir-se com o tendão profundo do médio.

Resumindo: em tôdas estas sete observações se verifica a existência de um elemento de reforço do flexor comum profundo dos dedos. Pela definição que já estabelecemos (pág. 31), tem analogia com o *músculo de Gantzer*, mas como está reduzido apenas a um tendão, parece-nos lícito designá-lo como um

tendão de Gantzer. Também nunca o vimos descrito, a-pezar-da leitura cuidadosa feita nesse sentido.

Vai na generalidade dos casos (5 vezes em 7,71,4⁰/₀), para o tendão profundo do mínimo. Ainda mesmo quando êste não estava individualizado, era o dedo correspondente que entrava em flexão sempre que se accionava a referida formação gantzeriana.

IV) — FEIXE MUSCULAR ORIGINÁRIO DO FLEXOR COMUM PROFUNDO DOS DEDOS E DA DETERMINAÇÃO NA BAINHA SINOVIAL DE UM DOS SEUS PRÓPRIOS TENDÕES.

Obs. 90 — Disposição unilateral, (peça conservada, fig. 51).

Da porção carnosa do flexor comum profundo que

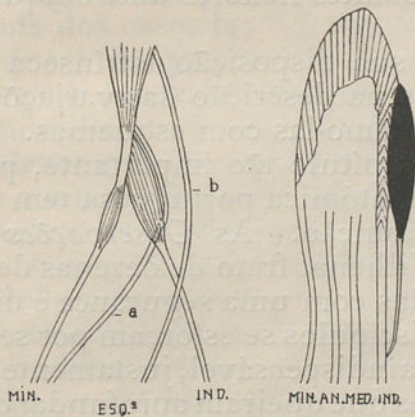


Fig. 51

Fig. 52

vai servir o dedo indicador, e da porção correspondente da membrana interóssea, desprende-se numa extensão de 0^m,065, um feixe carnoso (larg. = 0^m,015, esp. maxima = 0^m,005), que reveste a metade interna do feixe do indicador. Orientado no sentido vertical, êsse feixe carnoso continuava-se por um tendão fino relativamente comprido (0^m,06), o qual, depois de

descer quasi colado ao tendão perfurante do index, ia lançar-se na bainha sinovial dígito-cárpica interna mais especialmente na do dedo indicador. Por consequência, é um *tensor da bainha do flexor comum dos dedos* (Testut). Encontrámos uma formação idêntica à direita, mas proveniente do flexor próprio do dedo polegar.

CONCLUSÕES

Como no princípio dêste trabalho acentuámos, foi o estudo sistemático da morfologia do flexor comum superficial dos dedos que primeiramente nos interessou. Depois, por determinação do Sr. Prof. H. de Vilhena, estudámos, ainda sob o mesmo aspecto, os restantes flexores anti-braquiais própria-mente ditos.

Assente a sua disposição intrínseca mais usual, demorámo-nos na descrição das variações musculares e documentámo-las com esquemas.

Para êste capítulo tão importante, pode dizer-se que a escola anatómica portuguesa tem dado a mais valiosa contribuição. As *Observações anatómicas* do Sr. Prof. Vilhena, fruto de dezenas de anos de trabalho e traçadas com uma segurança e um escrúpulo que os seus discípulos se esforcem por seguir, constituem uma obra indispensável, justamente consagrada, a todos aqueles que queiram aprofundar os problemas da miologia. Nos mesmos termos poderíamos apreciar as *Notas anatómicas* dos Professores Pires de Lima e Hernâni Monteiro. Foi referindó-se a um dos trabalhos dêste último, que Verneau, em 1917, pôde, com mais autoridade de que nós, testemunhar o facto que realçámos: «*Les anatomistes portugais contribuent, à l'heure actuelle, pour une large part à l'étude des anomalies anatomiques, et j'ai eu fréquemment l'occasion de signaler leurs travaux*».

É de esta iconografia especial que carecem até mesmo os livros que a elas exclusivamente se consagram, (Testut, Le Double, Wood, Macalister, etc.); e muitas vezes é preferível, para ajudar a compreensão e a memória, um mau desenho a uma boa descrição.

Para terminar, resumiremos em quatro corolários tudo o que atrás fica dito:

1) — O flexor comum superficial dos dedos não se adapta à descrição da quasi totalidade dos autores clássicos. É *sempre* constituído por duas porções, uma superficial, homogénea e outra profunda, digástrica, entre as quais existem anastomoses ou entre o tendão intermediário e o músculo do anular (87%), ou entre o ventre do index e o ventre do médio (13%) pelo feixe que designámos de *recorrente*.

2) — O longo flexor próprio do polegar recebe, na quasi metade dos casos (43%), um *feixe acessório de Gantzer*, que vem geralmente do sublime (ventre do médio) e vai lançar-se na origem do seu tendão, determinando-lhe uma situação marginal interna.

3) — O flexor comum profundo dos dedos é o mais uniforme e o mais isolado dos três músculos flexores, sendo às vezes reforçado pelo *músculo de Gantzer* (24%) que se prende habitualmente no tendão destinado ao dedo médio.

4) — Parece-nos que os três flexores foram primitivamente indiferenciados e tendem a uma individualização cada vez mais perfeita, índice do aperfeiçoamento da espécie.

Julho de 1935.

CONCLUSIONS

Comme nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, l'étude systématique de la morphologie du fléchisseur commun superficiel des doigts a été d'abord entreprise. Ensuite, par détermination de M. le Professeur H. de Vilhena, nous avons étudié encore sous le même plan les autres fléchisseurs antibrachiaux proprement dits.

La disposition intrinsèque plus usuelle de ces muscles étant établie, nous avons développé la description des variations musculaires, en nous aidant de schémas.

A cette étude des variations, si importante, l'école portugaise d'anatomie a contribué largement. Les *Observations anatomiques* de M. le Professeur Vilhena, fruit de dizaine d'années de recherches, poursuivies avec une sûreté et un scrupule que ses disciples s'efforcent à suivre, constituent un ensemble dont la valeur est justement consacrée pour tous ceux qui veulent approfondir les problèmes de la myologie. Dans le même plan se trouvent les *Notes anatomiques* des Professeurs Pires de Lima e Hernâni Monteiro. Ce fut en se rapportant à l'un des travaux de ce dernier auteur, que Verneau, en 1917, a pu, avec plus d'autorité que nous, témoigner le fait: «Les anatomistes portugais contribuent, à l'heure actuelle, pour une large part à l'étude des anomalies anatomiques, et j'ai eu fréquemment l'occasion de signaler leurs travaux».

Pour terminer, nous résumerons en quatre corollaires tout ce qui fut dit au cours de ce travail:

1^o — La morphologie du fléchisseur commun superficiel des doigts ne correspond pas à la description de la presque totalité des auteurs classiques. Il est *toujours* constitué par deux portions, une superficielle, homogène et l'autre profonde, digastrique, entre lesquelles existent des anastomoses: celles-ci se montrent entre le tendon intermédiaire et le muscle de l'annulaire (87%), ou entre le ventre de l'index et le ventre du médius (13%), au moyen du faisceau que nous avons dénommé *recurrent*;

2^o — Le long fléchisseur propre du pouce reçoit dans presque la moitié des cas (43%) un *faisceau accessoire de Gantzer*, qui naît généralement du sublime (ventre du médius) et se termine à l'origine de son tendon, en lui prêtant une situation marginale interne;

3^o — Le fléchisseur commun profond des doigts est le plus uniforme et le plus isolé des trois muscles fléchisseurs, étant parfois renforcé par le *muscle de Gantzer* (24%) qui aboutit généralement au tendon destiné au médius;

4^o — Il nous semble que les trois fléchisseurs ont été primitivement indivisibles et tendent à une individualisation de plus en plus parfaite, indice du perfectionnement de l'espèce.

LITERATURA

- 1—**Albinus (B. S.):** *Historia musculorum hominis*. Leide, 1734, p. 478.
 2—**Arantius:** citado em Albinus. 3—**Bartholini (G.):** *Institutiones anatomicae*. 1641, p. 328. 4—**Anatome.** 1677, p. 571. 5—**Baptista (B.) e Monteiro (A.):** *Manual de Anatomia Humana*. Rio de Janeiro, 1902, p. 417. 6—**Beaunis (H.) et Bouchard (A.):** *Anatomie descriptive*, p. 271. 7—**Nouveaux éléments d'Anatomie descriptive et d'Embryologie.** 5^e éd. Paris, 1894. 8—**Bertran de Lys (M. B. y):** *Atlas completo de anatomia humana descriptiva*. Barcelona, 1890, p. 186. 9—**Bichat (M.-F. X.):** *Traité d'Anatomie descriptive*. Paris, 1802, Tome 2^e, p. 235. 10—**Blancardi (S.):** *Anatomia reformata*. 1687, 2^e vol., p. 197. 11—**Bock (C. E.):** *Handatlas der Anatomie des Menschen*. Leipzig, 1890, p. 139. 12—**Boutigny:** *Tableaux synoptiques d'Anatomie descriptive*. Paris, 1900, p. 112. 13—**Boyer (A.):** *Traité complet d'Anatomie ou Description de toutes les parties du corps humain*. Paris, 1810 (3^e éd.). Tome 2^e, p. 287. 14—**Braus (H.):** *Anatomie des Menschen*. Berlin, 1929 (2^e éd.), p. 326. 15—**Broc (P. P.):** *Traité complet d'Anatomie descriptive et raisonnée*. Paris, 1873. Tome 1^e, p. 410. 16—**Broesike (G.):** *Anatomischer Atlas des gesammten menschlichen Körpers*. Berlin, 1902. Fig. 190, p. 163. 17—**Buchanan (A. M.):** *Manuel of anatomy*. London, 1907, p. 33. 18—**Busquet (P.):** *Traité d'Anatomie clinique médicale topographique*. Paris, 1927. Tome 1^e, p. 277. 19—**Caldanius:** *Institutiones anatomicae*. Veneza, 1791. Vol. 1^o, p. 147 a 157. 20—**Calleja y Sanchez (J.):** *Nuevo compendio de anatomia descriptiva*. Saragoça, 1880. Tomo 1^o, p. 530. 21—**Chaussier:** *Exposition sommaire des muscles du corps humain*. Paris, 1789, p. 13. 22—**Chiarugi (C.):** *Istituzioni di anatomia del'Uomo*. Milão, 1904. Vol. 1^o, p. 623. 23—**Chudzinski:** citado por Poirier e Le Double. 24—**Bulletin de la Soc. d'anthrop.** Paris, 1881, p. 279. 25—**Cloquet (J. H.):** *Manuel d'anatomie descriptive du corps humain*. Paris, 1825, p. 194. 26—**Colombus (B.):** *De re anatomica*. Paris, 1572, p. 289. 27—**Corning (H. K.):** *Lehrbuch der topographischen Anatomie*. Wiesbaden, 1911. (3^a éd.), p. 671. 28—**Cowper (W.):** *Myotomia reformata or an anatomical treatise on the muscles of the human body*. Londres, 1744. 29—**Gruevilhier (J.):** *Anatomie descriptive*. Bruxelles, 1837. Tome 1^e, p. 306. 30—*Traité d'anatomie descriptive. Miologie*. Paris, 1871. 31—**Davis (G.):** *Anatomia applicata* (trad. do inglês com notas do dr. Giovanni Verga). Milão, 1913, p. 436. 32—**Debierre (Ch.):** *Traité élémentaire d'anatomie de l'homme*. Paris, 1800, p. 390. 33—**D'Evant:** *Manuale di anatomia umana normale*. Milão, sem data. Vol. 1^o, p. 475. 34—**Diemerbroeck (J. de):** *Anatome corporis humani*. 1683, p. 489. 35—*Opera omnia anatomica et medica*. 1685. Livro 5^o, p. 460. 36—**Dionis (P.):** *Anatomia corporis humani*. 1696, p. 433. 37—**Drake (J.):** *New system of anatomy*. 1707, Vol. 1^o. Fig. IV, p. 81. 38—**Dufau (P.):** *Exposição de anatomia pelo que respecta à osteologia e à sarcologia*. Lisboa, 1760, p. 132 (Nova edição em 1764). 39—**Dujarrier (Ch.):** *Anatomie des membres*. Paris, 1905, p. 48. 40—**Dumas (C. L.):** *Système méthodique de nomenclature et de clas-*

sification des muscles du corps humain. Montpellier, 1797, p. 164. 41—**Duvernoy (M.)**: *L'art de disséquer méthodiquement les muscles du corps humain*. Paris, 1749, p. 171 a 178. 42—**Eustaquius (B.)**: *Tabulae anatomicae* (Prefaciados e anotados por J. Maria Lancisius). Roma, 1714, p. 89 (Nova edição em 1749, Veneza). 43—**Fort (J. A.)**: *Anatomie descriptive et dissection*. Paris, 1902. Tome 2^o, p. 419. 44—**Franco (F. S.)**: *Elementos de anatomia*. Coimbra, 1818. Vol. 1^o, p. 278. 45—**Frey**: *Atlas der Anatomie des Menschen für Schule und Haus*. Munich, 1905. Fig. 5, p. 11. 46—**Frohse (F.)**, **Frankel (M.)**: *Die Muskeln des menschlichen Armes*. Jena, 1908, p. 127 e 278. 47—**Fromont**: *Bull. de la Soc. Anat.* Paris, 1895 (citado por Le Double). 48—**Fyfe (A.)**: *A compendium of the anatomy of the human body*. Edimburgo, 1800. Vol. 1^o, p. 105. 49—**Galenus**: *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales*. (Trad. C. Daremberg). Paris, 1854. Tome 1^o, p. 168. 50—**Gavard (H.)**: *Traité de miologie (suivant la méthode de Desaut)*. Paris, 1797, p. 228. 51—**Gegenbaur (C.)**: *Traité d'anatomie humaine*. (Traduit sur la troisième édition allemande par Charles Julin). Paris, 1889, p. 453. 52—**Virchow's Arch.** Vol. xxxi, p. 376 (citado em Le Double). 53—**Genga (B.)**: *Anatomia chirurgica reformada*. (Trad. do castelhano por A. Garcia Vasquez). 1744, p. 178. 54—**Guimaraes (J. P.)**: *Tratado de anatomia descriptiva*. Rio de Janeiro, sem data. Vol. 2^o, p. 187. 55—**Grégoire (R.)** et **Oberlin**: *Précis d'Anatomie*. Paris, 1926. Vol. 1^o, p. 32. 56—**Halter (H.)**: *Disputatorium anatomicarum selectarum*. Gottingæ, 1751, p. 557. 57—**Hartmann (R.)**: *Manual de anatomia descriptiva*. (Trad. de Gongora e Cardenal). Barcelona, 1883. Tomo 1^o, p. 372. 58—**Heister (D. L.)**: *L'anatomie avec des essais de physique sur l'usage des parties du corps humain*. Paris, 1753, p. 385. 59—**Compendium anatomicum**. 1744, p. 216. 60—**Heitzmann (C.)**: *Anatomia umana descrittiva e topografica*. Viena, 1890, p. 181. 61—**Henle**: *Hanbuch der Muskellehre des Menschen*. (2^a Ed.). Braunschweig, 1871. 62—**Hildebrandt (E.)**: *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. Braunschweig, 1798. 2^o volume, p. 214. 63—**Hooper (R.)**: *The anatomist's vade-mecum*. London, 1804. (6^a Ed.), p. 122. 64—**Hunauld**: citado em Albino. 65—**Hyrtil (G.)**: *Instituzione di anatomia dell'uomo come base della fisiologia e delle pratiche applicazioni*. Nápoles, 1883. (3^a Ed.), p. 395. 66—*Iconum anatomicarum explicatio*. Veneza, 1804. Parte 2^a, p. 250 a 261. 67—**Innes (J.)**: *A short description of the human muscles*. Edimburgo, 1784, p. 160. 68—**Jamain (A.)**: *Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive*. Paris, 1853, p. 236. 69—**Kopsch (Fr.)**: *Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. Leipzig, 1909, p. 117. 70—**Krause (W.)**: *Specielle und macroscopische Anatomie*. Hannover, 1879, p. 231. 71—*Anatomie humaine*. (Trad. do alemão por Dollo), p. 206. 72—**Kulm (J. A.)**: *Tables anatomiques*. (Trad. da edição latina por Pierre Massuet). 1731, p. 221. 73—**Laurentius (A.)**: *Historia anatomica corporis et singularum ejus partium*. 1595, p. 140. 74—**Latarjet (A.)**: *Précis-atlas des travaux pratiques d'Anatomie*. Paris, 1923. Planche vii. 75—**Lauth (T.)**: *éléments de myologie et de syndesmologie*. Basileia, 1798. Vol. 2^o, p. 82. 76—**Lauth (E. A.)**: *Nouveau manuel de l'anatomiste*. Bruxelas, 1837. (2^a Ed.), p. 66. 77—**Le Clerc**: *Cirurgia anatomica e completa*. (Trad. por J. Vigier). 1768, p. 40. 78—**Le Double**: *Traité des variations du système musculaire de l'homme*. Paris, 1897. Tomo 2^o, p. 95 a 107. 79—**Leitão (M. J.)**: *Tratado completo de anatomia e cirurgia*. Lisboa, 1788. Vol. 2^o, p. 241. 80—**Léveillé (J. B. F.)**: *Traité élémentaire d'Anatomie et de Physiologie*. Paris, 1810. Tomo 2^o, p. 148. 81—**Lieutaud**: *Essais anatomiques*. Paris, 1766, p. 493. 82—*London (the) dissector or system or dissection*. Londres, 1821 (6^a Ed.), p. 269. 83—**Lyseri (M.)**: *Culter anatomicus*. 1653, p. 137. 84—**Macalister**: *The transactions of the Royal Trish Academy*. Vol. xxv. Science Part. 1, p. 89. 85—**Mangeti (J. J.)**: *Biblioteca anatomica*. 1699. Tomo 2^o, p. 575. 86—*Theatrum anatomicum*. Ge-

- nova, 1727, p. 52. 87—**Marjolin (J. N.):** *Manuel d'anatomie*. Paris, 1815. Vol. 1^o. p. 212. 88—**Martinez (M.):** *Anatomia completa del hombre*, etc. Madrid, 1728, p. 564. 89—**Masse (J. N.):** *Petit atlas complet d'anatomie descriptive du corps humain*. Paris, 1852. Planche 33. (Nova edição em 1873, Paris, Planche 33). 90—**Maygrier (J. P.):** *Manuel de l'anatomiste*. Paris, 1813. (3^a Ed.). P. 245. 91—**Meckel (J. P.):** *Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique*. (Trad. do alemão por Jourdain e Breschet). Paris, 1825. Tomo 2^o, p. 174. 92—**Monteiro (H. B.):** *Notas anatômicas. XII-XVII*. Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Pôrto, vol. 4^o, N^o 1, 1917, p. 14. 93—*A contribuição portuguesa para o estudo das anomalias musculares* (Revista critica). *Portugal Médico*, 3^a Série, vol. 4^o, n^o 1 e 2. Pôrto, 1918. 94—*Catálogo do Museu de Anatomia Normal* (coordenado sob a direcção do Prof. Pires de Lima). Pôrto, 1917. 95—**Morel (Ch.) et Duval (M.):** *Manuel de l'anatomiste*. 1883, p. 380. 96—**Morgagni (J. B.):** *Adversaria anatomica omnia*. 1723, p. 42. 97—**Moynac (L.):** *Manuel de l'anatomie descriptive*. Paris, 1880. Tomo 1^o, p. 240. 98—**Nisbet (N.):** *The Edimburgo School of Medicine*. Londres, 1800. Vol. 1^o, p. 235. 99—**Palfin (J.):** *Anatomie chirurgicale ou Description exacte des parties du corps humain*, etc. 1753, p. 201. 100—**Pauchet (S.) et Dupret (V.):** *L'anatomie en poche*. 1926. Planche 216. 101—**Pecquet (J.):** *Experimentia nova anatomica*. 1654. 102—**Plenck (J. J.):** *Primæ lineæ anatomes*. Viena, 1794, p. 163. 103—**Piccolomini (A.):** *Anatome integra revista tabulis explanata e iconibus*. Verona, 1754, p. 16. 104—**Picqué (R.):** *Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire*. Paris, 1905. 106—**Pires de Lima (J. A.):** *Algumas observações de anomalias musculares*. Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Pôrto. Vol. 1. N^o 1. 1913, p. 10. 107—*Nova série de observações portuguesas de anomalias musculares*. Arquivo de Anatomia e Antropologia, vol. 1^o, n^o 3. Lisboa, 1914, p. 244. 105—*Notas de Anatomia. 11. Sobre algumas variações musculares e sua importância antropológica e cirúrgica*. Separata da *Gazeta dos Hospitais do Pôrto*, n^o 7. Pôrto, 1911, p. 7. 108—**Poirier (P.):** *Traité d'anatomie humaine*. Paris, sem data. Tomo 2^o, p. 94. 109—**Poirier (P.) et Charpy (A.):** *Traité d'anatomie humaine*. Paris, 1901. Tomo 2^o, p. 115. 110—**Poirier (P.), Charpy (A.) et Cunéo (B.):** *Abrégé d'anatomie*. Paris, 1908. Tomo 1^o, p. 358. 111—**Porras (D. M.):** *Anatomie galenico-moderna*. 1716, p. 543. 112—**Portal (A.):** *Cours d'anatomie médicale ou élémens de l'anatomie de l'homme*. Paris, 1803. Vol. 2^o, p. 261. 113—**Quain (J.):** *Éléments de descriptive and practical anatomy for the use of students*. Londres, 1828, p. 384. 114—*Quain's elements of anatomy*. Edited by E. Shafer and G. Thane. Londres, 1894. Vol. 2^o. Parte 2^a, p. 225. 115—**Riolan (J.):** *A sure guide or the best and nearest way to physical and churgerr*. 1657. Vol. 5^o, p. 225. 116—**Riolan (J.):** *Euchridium anatomicum*. 1684, p. 400. 117—**Romiti (G.):** *Tratato di anatomia dell'uomo*. Milão, 1899. Vol. 1^o, p. 644. 118—**Rond (A.):** *Mécanisme des articulations et des muscles de l'homme*. Lausanne, 1913, p. 227. 119—**Rouvière (H.):** *Anatomie humaine descriptive et topographique*. Paris, 1924. 2^a Ed. Tomo 2^o, p. 97. 120—**Sabatier (M.):** *Traité complet d'anatomie ou Description de tous les parties du corps humain*. Paris, 1792. Vol. 1^o, p. 417. 121—**Santucci (B.):** *Anatomia do corpo humano, recopilada com doutrinas medicas, quimicas, filosoficas*, etc. Lisboa, 1739, p. 366. 122—**Sappey (Ph. C.):** *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1888. 4^a Ed. Tomo 2^o, p. 308. 123—**Serrano (J. A.):** *Manual synoptico de anatomia descriptiva*. Lisboa, 1893. 45^a Lição, p. 201. 124—**Sobotta (J., Desjardins, A.):** *Atlas d'anatomie descriptive*. Paris, 1905. Vol. 1^o, p. 169. 125—**Somerring (S. Th.):** *De corporis humani fabrica*. 1770 (ed. latina). Vol. 3^o, p. 259. 126—*Della fabrica del corpo umano*. (Trad. da 2^a ed. tedesca por Pietro Betti). Firenze, 1810. Tomo 3^o, p. 211. 127—**Spalteholz (W.):** *Handatlas der Anatomie des Menschen*. Leipzig, 1909. Vol. 3^o,

- p. 730. 128—**Spigel (A.): Opera (de fabrica humani corporis).** Amsterdão, 1645, p. 75, Tabula xxiii. 129—**Stephanus (C.): De dissectione partium corporis.** Paris, 1545, p. 109. 130—**Strambio (G.): Trattato elementare di anatomia descrittiva.** Milão, 1854. Vol. 1º, p. 356. 131—**Tandler (J.): Tratado de anatomia sistemática.** (Trad. espanhola). Barcelona, 1928. Tomo 1º, p. 395. 132—**Tenchini (L.): Anatomia descriptiva.** Milão, 1893. Vol. 1º, p. 165. 133—**Testut (L.): Traité d'anatomie humaine.** Paris, 1889. Tomo 1º. 134—**Testut (L.): Traité d'anatomie humaine.** Paris, 1911 (6ª Ed.). Tomo 1º, p. 926. 135—**Testut (L.): Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée.** Paris, 1884, p. 454. 136—**Testut (L. Latarjet, A.): Traité d'anatomie humaine.** Paris, 1928 (8ª Ed.). Tomo 1º, p. 1043. 137—**Theile (F. G.): Traité de myologie et d'angiologie.** (Trad. do alemão por A. J. L. Jourdain). Paris, 1843, p. 240. 138—**Tillaux (P.): Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.** Paris, 1900 (10ª Ed.), p. 541. 139—**Told (Hochstetter): Anatomischen Atlas für Studierende und Ärzte.** Berlin, 1928. Vol. 1º, p. 327. 140—**Toldt (C.): Anatomischer atlas für Studierende und Ärzte.** Berlin, 1914. Vol. 3º, p. 324. 141—**Turner:** citado por Testut-Latarjet. 142—**Valverde (M. G.): La anatomia del corpo umano.** 1586, p. 521. 143—**Various (by authors): A treatise of human anatomy.** (Edit. por H. Morris). Londres, 1893, p. 332. 144—**Various (by authors): A system of anatomy and physiology.** Edimburgo, 1771, p. 338. 145—**Verdier: Abregé de l'anatomie du corps humain.** Paris, 1759, p. 265. (Nova ed. em 1782, p. 166). 146—**Verneau (R.): L'Antropologie,** n.ºs 4 e 5, julho-outubro, 1917, p. 465. 147—**Vesalius (A.): Humani corporis humanis.** 1542 (?). Livro 7º, p. 389. 148—**Vidii (V.): Anatome corporis humani.** Veneza, 1611, p. 187. 149—**Vilhena (H. de): Observações anatômicas. I.** Arquivo de Anatomia e Antropologia. Lisboa, 1912. Fig. 42 a 48, p. 41. 150—**Vilhena (H. de): Observações anatômicas. IX.** Arquivo de Anatomia e Antropologia. Vol. xvi. Lisboa, 1934, p. 425 a 439. 151—**Vaughan (W.): An exposition of the principles of anatomy and physiology.** Londres, 1791, p. 309. 152—**Walkers (J. G.): Myologisches Handbuch.** Berlin, 1795, p. 36. 153—**Weber (und Hildbrandt): Anatomie,** p. 454 (citado por Le Double). 154—**Winslow (J. B.): Exposition anatomique de la structure du corps humain.** Amsterdão, 1754, p. 344 (Nova ed. em 1766, p. 11 e 240). 155—**Witkowski: Memento d'anatomie.** Paris, vol. 1º. 156—**Wood:** citado por Testut-Latarjet e Le Double.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XIII

N 8

DEUX CAS D'ENCÉPHALOCÈLE NASO-FRONTAL

PAR

J. A. PIRES DE LIMA

Directeur de l'Institut d'Anatomie

ET

AMÂNDIO TAVARES

Directeur du Laboratoire d'Anatomie pathologique

de la Faculté de Médecine de Porto

(Reçu par la Rédaction le 8 Mai 1938)

Les encéphalocèles sont rares. Tichonovitch¹ informe que, d'après Trélat, sur 12.900 naissances on en aurait observé 5 cas, c'est-à-dire, 1 sur 2.580, et, d'après Miller, 1 sur 3.000. Sur 122.433 naissances, ce dernier, en effet, a rencontré cette malformation 42 fois. Treize enfants sont morts avant une semaine, 13 avant un mois, tous les autres sont morts avant un an des suites de la rupture de l'encéphalocèle.

L'encéphalocèle antérieur, siégeant à la région

¹ Cfr. ref. in *Journ. de Chir.*, t. 13, 1914-1915, p. 259.

frontale, est beaucoup plus rare, dans certaines statistiques, que la postérieure. Toutefois, Lissenkoff, cité par le même auteur, a rencontré 107 encéphalocèles antérieurs et 35 postérieurs.

Comme le font remarquer Fèvre et Huguenin¹ dans une communication à la *Société Anatomique de Paris*, «au point de vue anatomo-pathologique nous connaissons toute une gamme d'encéphalocèles, depuis les cas liquides, dans lesquels la matière cérébrale est réduite à une couche périphérique d'une extrême minceur, jusqu'aux cas solides, aux «cérébromes» de Ranvier et Berger, de Lecène. Le segment du tissu nerveux qui fait saillie hors du crâne ne doit être souvent qu'une sorte de tumeur secondaire, reliée au cerveau, ce qui explique les succès obtenus par l'ablation de ces cérébromes».

Dans leur communication, Fèvre et Huguenin ont décrit un encéphalocèle antérieur, situé à la racine du nez, qu'ils ont observé chez un enfant âgé de 9 mois: d'une dureté fibreuse, il était histologiquement constitué par un tissu névroglie qui s'intriquait avec les éléments du derme, sans aucune démarcation bien nette. Dans ce feutrage névroglie il y avait de très rares cellules ganglionnaires.

Nous avons dernièrement observé deux cas de ces encéphalocèles non liquides, localisés à la région naso-frontale. Ils nous sont paru dignes d'être rapportés.

OBSERVATION I. — Le 10 Mars 1936 un garçon de laboratoire nous a informé (P. L.) qu'à l'Infirmierie n° 13 de l'Hôpital de Saint Antoine venait de naître un enfant qui portait sur le front une tumeur ressem-

¹ Marcel Fèvre et René Huguenin. Encéphalocèle atypique réalisant une tumeur solide à la racine du nez. *Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. norm. médico-chir.*, t. 13, 1936, p. 333.

blant, par sa forme et la couleur, «une grande rose rouge tout à fait éclosée».

J'ai tout de suite observé le cas: l'enfant, femelle, pesait 3.350 grs. et elle était fille d'une domestique, primipare, âgée de 22 ans. Accouchement normal, à terme, présentation O. I. E. A. Couleur ictérique généralisée.

La tumeur, d'aspect angiomateux, grosse comme une orange, à couleur rouge foncé, avait, en effet, l'aspect d'une grande fleur à pétales très épaisses.

La mère de l'enfant, sans antécédents personnels dignes de mention, a informé que la tuberculose et la syphilis ont sévi en quelques des membres de sa famille.

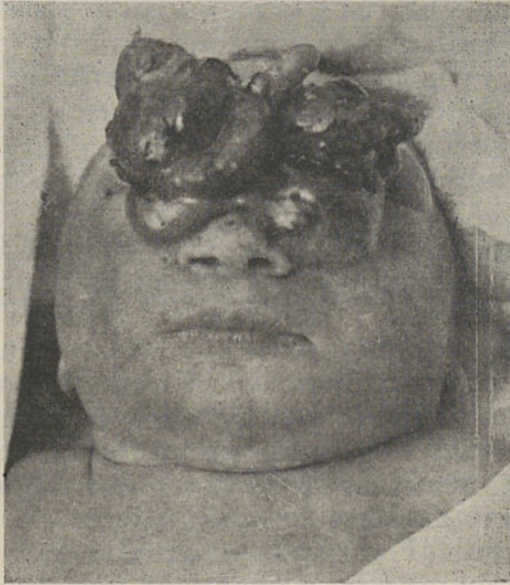


Fig. 1

Le 13 Mars, la petite, âgée de trois jours, est morte. La tumeur (Fig. 1), occupant la partie infé-

rieure et moyenne de la région frontale, les régions orbitaires et la partie supérieure de la région nasale, est constituée par plusieurs folioles, quelques-uns aplatis et les autres cylindroïdes. Dimensions: 6 cm de haut \times 8 cm de large.

Tumeur à consistance ferme en certains points, pâteuse dans d'autres; ulcérée par places, elle est par ailleurs recouverte par une pellicule rouge-bleuâtre se continuant avec les téguments du voisinage. La vascularisation est très abondante, à tel point qu'on a pu croire à la nature angiomateuse de cette formation, qui se prolonge dans l'intérieur du crâne au moyen d'un pédicule, s'insinuant à travers une brèche très large, à forme arrondie et à bords mousses et réguliers, qui ressemblait à une orbite médiane, placée à la racine du nez, entre les os propres de celui-ci et le frontal. En effet, ces os ne s'articulaient pas entre eux, étant écartés et en constituant une espèce de troisième orbite, dont le diamètre était de 2 centimètres environ.

Hypertrophie nette du foie. Thymus très développé.

Par suite d'une fixation défectueuse, l'examen histologique de la pièce n'a pas pu être fait dans de bonnes conditions. Toutefois, on peut reconnaître des nappes et des amas du tissu nerveux central, soit à l'aspect cérébroïde, avec des sillons plus ou moins profonds, dans lesquels s'insinue une membrane à cellules aplaties — la méninge molle qui revête par endroits la substance nerveuse — soit disposé sans ordre et d'une manière très irrégulière.

La tumeur (Fig. 2) est en grande partie recouverte d'une membrane à épaisseur variable suivant les endroits et présentant parfois la structure d'une peau mince modifiée, sans couche cornée, sans papilles et sans phanères. En certains points, immédiatement sous-jacents à ce revêtement, on voit des

amas et des travées de tissu névroglie interpénétrés par de nombreux axes conjonctivo-vasculaires.

Le tissu est, en effet, abondamment vascularisé, surtout sur le pourtour de la masse tumorale, dans ses parties superficielles, où l'on note parfois des aspects angiomateux. Les vaisseaux sont amples, à paroi en général réduite à l'endothélium, entouré

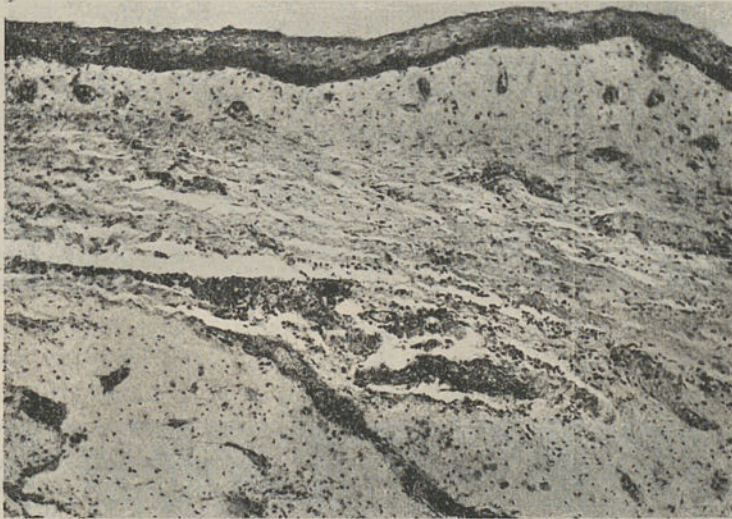


Fig. 2

d'une coque conjonctive extrêmement mince, fréquemment congestifs, bourrés de globules rouges et de leucocytes; par ailleurs, des foyers hémorragiques au sein des masses nerveuses. À côté de ceux-là, il en existe d'autres plus larges et à calibre très irrégulier, formant en certains points de véritables ectasies.

À la surface des parties ulcérées, la structure est remaniée par l'infection; on y trouve une couche de fibrine et de leucocytes, et au-dessous de cette

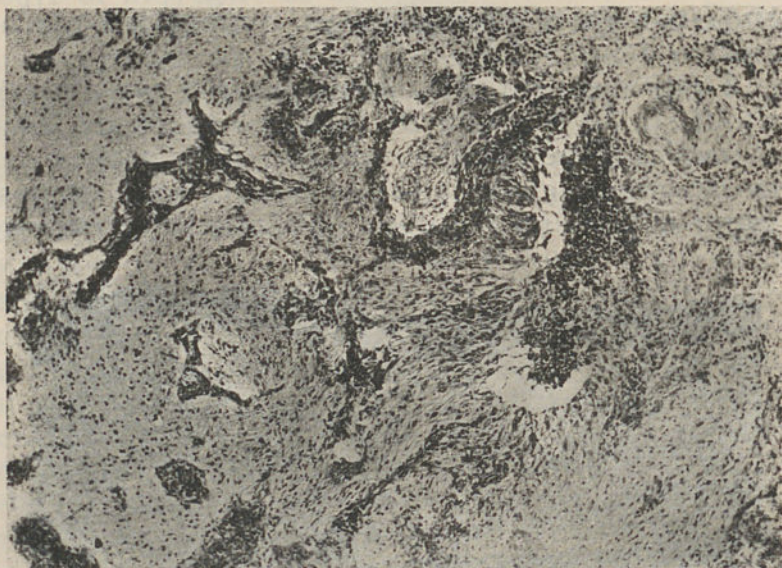


Fig. 3

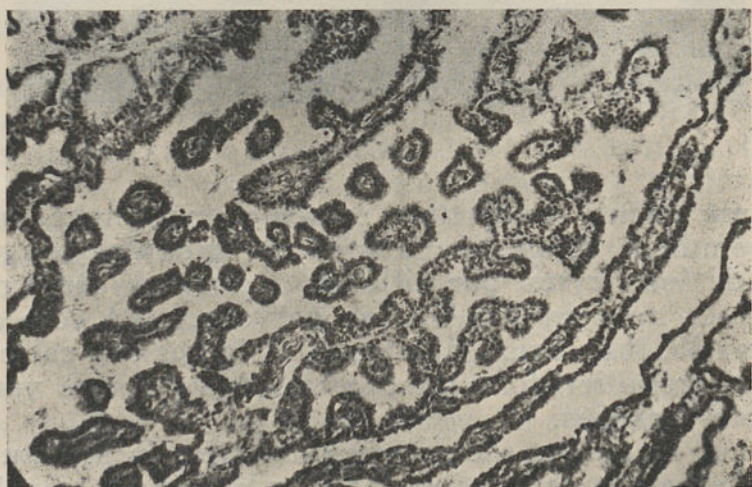


Fig. 4

couche de détritius, les parties superficielles du tissu nerveux plus ou moins désintégrées. En profondeur, des cellules inflammatoires infiltrèrent la gaine des vaisseaux très nombreux (Fig. 3).

Dans les coupes du bourgeon conique qui fait saillie à la partie supérieure de la tumeur et montre aussi un revêtement cutané sans de glandes sudoripares ou sebacées, ni de follicules pileux, on note, au-dessous du derme fibreux, des vaisseaux à paroi mince, quelques lames de tissu névroglie et surtout de nombreuses cavités, bordées d'un épithélium cylindro-cubique, aplati dans quelques-unes qui sont en transformation kystique.

Ces cavités, pour la plupart vides, contiennent parfois des débris cellulaires et un liquide faiblement coloré en rose par l'éosine. Dans la région avoisinant la base, quelques-uns de ces kystes ont leur paroi festonnée (Fig. 4), avec formations papillaires, constituées par un axe conjonctivo-vasculaire revêtu d'un épithélium cubique disposé en une seule couche, soit la structure ordinaire des vilosités des plexus choroïdiens. Pas de kystes épidermiques, pas de formations conjonctives individualisées (nodules de cartilage ou des plages de tissu osseux).

OBSERVATION II. — Fœtus du sexe masculin offert au Musée d'Anatomie pathologique par le service d'Obstétrique de la Faculté de Médecine (Prof. Morais Frias).

Il est porteur d'une tumeur à couleur violacée, située à la partie inférieure de la région frontale moyenne, à la partie supérieure de la région nasale et aux parties internes des régions orbitaires (Fig. 5).

Cette tumeur est à peu près ronde, à surface lisse et unie, et formée par quatre lobes symétriques (deux supérieurs et deux inférieurs). Dimensions: 35 mm de large \times 48 mm de haut.

À la coupe, elle a l'aspect spongieux.

Comme celle de l'observation 1, la tumeur est sortie de la cavité crânienne par un trou large de 16 mm, à bords lisses et unis, situé sur la ligne médiane, entre les orbites.

Comme celle de l'observation 1, ce trou ressemblait une orbite moyenne, placée entre les orbites normales.

L'encéphale, à volume très réduit, était constitué



Fig 5.

par une pâte informe, à l'apparence fibro-adipeuse, se continuant avec la tumeur à travers la brèche interorbitaire.

À l'examen histologique, la tumeur est revêtue par une membrane uniformément mince constituée par un épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée et au-dessous duquel s'étale parfois un chorion très mince aussi, absent même par places, et sans papilles. Immédiatement sous-jacente à ce revête-

ment on trouve une couche vasculaire très développée, à l'aspect angiomateux. Les vaisseaux sont larges, la plupart à simple paroi endothéliale et remplis de globules rouges. Quelques foyers hémorragiques.

Au centre de la masse tumorale on voit des lames et des amas de tissu nerveux central à prédominance névroglie et sans aucune ordination apparente. Les cordons et les amas nerveux sont séparés les uns des autres par nombre de vaisseaux présentant les caractères décrits ci-dessus.

Somme toute, les formations tumorales étudiées se présentent comme des expansions exencéphaliques des lobes frontaux du cerveau, extériorisées à travers un trou à bords mousses et réguliers, une espèce de troisième orbite, due au manque des sutures naso-frontales.

L'étude microscopique montre, en effet, qu'elles sont constituées par du tissu nerveux central, méningé et du tissu vasculaire à l'aspect angiomateux. On constate l'existence d'un revêtement tégumentaire, contrairement à ce que l'on note dans une véritable exencéphalie. Du reste, «il n'y a pas de différence essentielle entre les deux états; c'est seulement une question de degré. Dans l'exencéphalie, tout l'encéphale est exposé au dehors; les os font défaut dans une grande étendue; il y a, en même temps, acranie; dans l'encéphalocèle, la perte de substance est limitée à une petite étendue de la paroi crânienne» (Kirmisson)¹.

La présence, en pleine masse tumorale, du bourgeon ci-dessus décrit (Obs. 1) contenant des cavités

¹ E. Kirmisson — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, 1898.

kystiques et des formations analogues à des plexus choroïdiens, indique un vice de développement datant d'une époque très précoce de la formation des centres nerveux.

Les faits de cette nature viennent, comme l'a déjà dit Berger¹, à l'appui de l'opinion que «la malformation dont résulte l'encéphalocèle prend son origine à l'époque même où apparaissent les premiers rudiments du segment nerveux central».

Il faut encore remarquer que l'angiomatose est fréquemment signalée dans les malformations embryonnaires de ce système.

Malheureusement, dans le cas de l'Obs. 1, nous n'avons pu suivre le pédicule tumoral, adhérent à la dure-mère, dans son trajet intracranien, parce que la substance cérébrale, à faute de fixation, était au moment de l'examen réduite à une bouillie informe. Il nous était donc aussi impossible de vérifier s'il y aurait d'autres anomalies encéphaliques associées qui pourraient compliquer l'existence de l'encéphalocèle, comme il arrive fréquemment. Malgré les altérations constatées aussi dans le deuxième cas, l'atrophie du cerveau était très nette.

(Communication à la VI^e réunion de la Société Anatomique Portugaise, Porto, 14-1938).

(Microphotos du Dr. A. Salvador).

¹ P. Berger — *Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles*. *Rev. de Chirur.*, 1880, p. 269.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XIII

N 9

AMPUTAÇÃO CONGÊNITA NUM GATO DOMÉSTICO

POR

J. A. MARTINS D'ALTE E ÁLVARO MOITAS
(Assistentes)

(Recebido pela redacção em 8 de Maio de 1938)

Em Agôsto do ano findo nasceu, de progenitores normais, em S. Simão de Novais, concelho de Famação, uma ninhada de três gatinhos. A nossa observação incide sôbre um dêles, que no nascimento já apresentava gangrenada a extremidade distal do membro posterior direito, em virtude do enrolamento de bridas amnióticas, na zona por onde, ao fim de alguns dias, se destacou parte do referido membro.

Foi nesta altura que o animal foi oferecido a êste Instituto pelo seu director, Prof. J. A. Pires de Lima; ali viveu até a sua morte espontânea, em fins de 1937, não chegando a atingir o estado adulto. O gato foi vítima do rigor do inverno, como o demonstrou a existência de focos pneumónicos bilaterais, que a autópsia revelou.

A observação morfológica do cadáver mostrou que, ao nível do têrço médio da perna, o membro posterior direito finalizava por um côto com cicatriz.

terminal, coberta por uma crosta escura, desprovida de pêlos (Fig. 1).

Esfolado o animal, fizemos a dissecação cuidadosa dos músculos dos membros posteriores, que estudamos comparativamente dum lado e doutro.



Fig. 1

Concluimos o seguinte:—Duma maneira geral, as massas musculares do membro incompleto são sensivelmente menos volumosas que as do lado oposto (Fig. 2). Isto acontece, sobretudo, na coxa, para o músculo recto interno, nomeadamente na sua inserção superior, onde a sua largura equivale apenas a dois terços da do seu homólogo; o grande adutor é também bastante menos volumoso. Mas, onde a atrofia é mais notável é na musculatura pertencente ao segmento da perna, que escapou à amputação congénita. De facto, na região ântero-externa da mesma, os músculos, apesar de serem em número normal, ocupam um volume de cerca de metade do do lado oposto. Além disso, a massa muscular da região posterior da perna encontra-se macroscopicamente fusionada e a sua atrofia é tal que, apesar da abundante infiltração de gordura, que forma com os músculos uma espécie de amálgama, o seu volume é cerca de um quinto do da região simétrica.

Vejamos como é constituída a parte terminal do

côto. À medida que caminham para baixo, os corpos musculares vão-se adelgaçando progressivamente e inserem-se parte no capuz aponevrótico do côto, e parte directamente no osso, sem tendão terminal. Convém notar que as partes moles não cobrem o

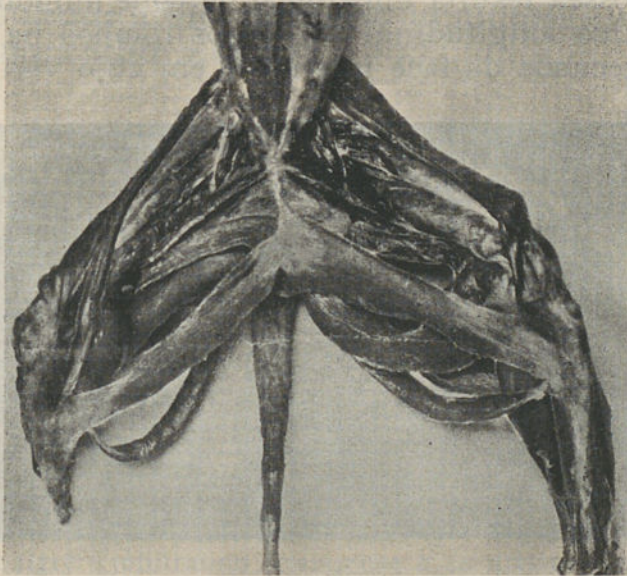


Fig. 2

esqueleto até baixo, chegando apenas a meio centímetro da sua extremidade livre.

Após êste estudo, os ossos do gato foram preparados e em seguida articulados pelo distinto preparador-conservador dêste Museu, Sr. Albino Cunha.

Depois da observação do esqueleto montado, temos a acrescentar o seguinte;—Os segmentos ósseos do membro amputado estão répresentados por um fémur com igual comprimento, mas um pouco mais delgado que o osso homólogo, e pela

metade superior da tíbia e peróneo, bastante menos desenvolvidos que os seus homólogos do lado oposto. Em cima, êstes ossos mantêm configuração e relações normais; inferiormente, o peróneo dirige-se para trás da tíbia e fundiona-se com a face posterior desta a 4cm, 5 da sua epífise proximal (Fig. 3). Desta fusão óssea resulta um tronco de cone afilado, com um sulco longitudinal de bordos rombos na parte mais recuada da face interna, e em cujo vértice se

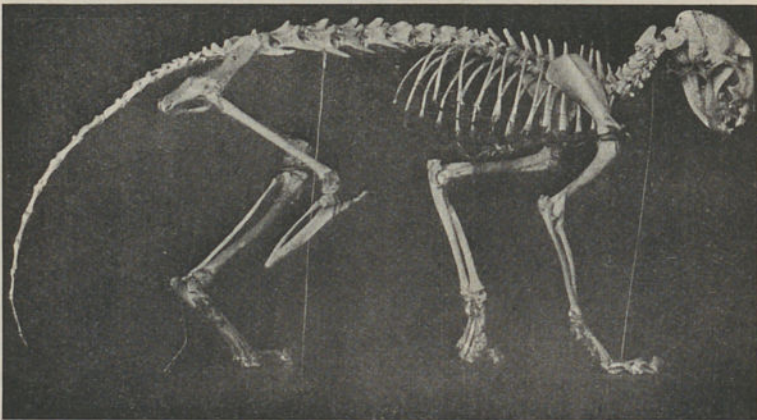


Fig. 3

nota a existência dum pequeno orifício ovalar, correspondente ao canal medular da tíbia, como o demonstra a introdução dum estilete, que penetra cerca de 2cm.

É extensa a contribuição portuguesa para o estudo das amputações congénitas.

Em 7 de Julho de 1935, o Prof. J. A Pires de Lima, publicou numa revista de Lisboa, «A Medicina Contemporânea»¹, um caso inédito observado

¹ Pires de Lima (J. A.)— *A contribuição portuguesa para o estudo das mutilações congénitas* (A Medicina Contemporânea, n.º 27, Lisboa, 1935.

numa mulher de Espinho «que veio ao mundo *com pedaços de carne pendurados nas mãos e nos pés*». Nesta nota, aquêlê professor passa em revista tôda a bibliografia portuguesa até então publicada.

Ultimamente, um de nós¹ descreveu alguns casos de mutilações congénitas na galinha doméstica.

Resume-se a isto, salvo êrro, os últimos estudos portugueses sôbre o assunto.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont étudié un chat, dont les progéniteurs étaient normaux; à la naissance ce chat présentait déjà l'extrémité distale du membre postérieur droit, gangrenée en raison de l'enroulement sur ce point de quelques brides amniotiques; au but de quelques jours, une partie de ce membre s'est détachée. Il en resulta un moignon avec une croûte presque noire, sans poils (Fig. 1).

La dissection a démontré l'existence d'atrophie des muscles appartenant au membre amputé, par comparaison avec les masses musculaires du membre opposé. Au niveau de la cuisse, elle était plus évidente sur le droit interne et le grand adducteur. Mais, l'atrophie était plus considérable à la jambe, surtout à sa région postérieure, dont le volume était trop réduit, malgré l'infiltration graisseuse à ce niveau (Fig. 2).

Le squelette du membre était plus grêle que l'opposé, et finissait inférieurement en cône tronqué; il résultait de la fusion du péroné avec la face postérieure du tibia, à 4,5 cm. de son extrémité supérieure.

Au sommet du cône, on voyait un trou ovalaire, par lequel un stylet pénétrait 2 cm. environ dans le canal médullaire du tibia (Fig. 3).

Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto. Director: Prof. J. A. Pires de Lima.

Comunicação à vi reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, Pôrto, Abril de 1938.

¹ Martins d'Alte (J. A.) — *Amputações congénitas na galinha doméstica* (Anais da Faculdade de Ciências do Pôrto, Tómo xxii, N.º 3, Pôrto, 1937).

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XIII

N 10

ESTUDO DUM POMBO PIGÓMELO

POR

J. A. MARTINS D'ALTE E ÁLVARO MOITAS

(Assistentes voluntários)

(Recebido pela Redacção em 8 de Maio de 1938)

No Instituto de Anatomia do Pôrto estão arquivados alguns monstros pigómelos em Aves e Mamíferos, que foram estudados pelo Director d'êste Instituto, o Prof. J. A. Pires de Lima¹. Êste mesmo autor, em trabalhos anteriores², referiu-se a alguns pigómelos humanos nascidos em Portugal, citando, entre êles, o célebre monstro português que percorreu a Europa e foi conhecido pelo nome de «*tripeça humana*».

São estes os únicos estudos realizados no nosso país sôbre êste género da família dos monstros poli-melianos.

¹ Pires de Lima (J. A.) — *Monstros duplos parasitários* (Arquivo de Anatomia e Antropologia, vol. xvi, págs. 527, Lisboa, 1933-34).

Idem — *Monstros pigómelos* (Clinica, Higiene e Hidrologia, págs. 269, Lisboa, 1937).

² Pires de Lima (J. A.) — *As anomalias nos membros dos portugueses*, Pôrto, 1927.

Idem — *Vícios de conformação do sistema uro-genital*, Pôrto, 1930.

No estrangeiro, são muitas as publicações que descrevem esta monstruosidade em várias espécies, sobretudo nos animais domésticos, onde ela é mais freqüente.

Não vamos enumerar tôda esta bibliografia, o que seria, além de fastidioso, impossível. Não resistimos, no entanto, à tentação de citar uma notável memória publicada em 1865 por Duméril¹, onde se descrevem minuciosamente algumas rãs pigómelas. É muito curioso o exemplar da sua terceira observação. Trata-se duma *Rana clamata* Daudin proveniente dos Estados Unidos e que possuía, apenso à face anterior da bacia, um par supranumerário de patas posteriores; mas, em comum com a pigomelia, havia também hipodactilia. Com efeito, o membro anterior esquerdo só tinha três dedos e o direito terminava apenas por um.

Pôsto isto passemos a descrever o nosso exemplar.

Em Setembro de 1937 o Dr. Ramiro Guerra enviou-nos um pombo, que veio para êste Instituto ainda muito novo. Era um belo exemplar, provido de pênas brancas com malhas escuras dispersas².

Duas particularidades chamaram a nossa atenção para esta ave: A sua braveza, pouco vulgar na espécie, e a sua morfologia. De-facto, o animal era excepcionalmente agressivo; procurava picar as pessoas que da sua gaiola se abeiravam e, quando podia, dava fortes bicadas, tentando, por meio de movimentos laterais da cabeça, dilacerar a parte presa.

Mas não foi isto que originou o estudo animal, mas sim a sua morfologia.

¹ Duméril (A.)—*Observations sur la monstruosité dite polymélie ou augmentation du nombre des membres chez les Batraciens Anoures* (Nouvelles Archives du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris, p. 309, Paris, 1865).

² O Prof. J. A. Pires de Lima no seu volume «Memórias», cap. 15, faz referência a êste exemplar.

Da parte posterior da cintura pélvica, desprendia-se o parasito (Fig. 1), apêndice de forma helicoidal, flectido em ângulo obtuso, cujo vértice estava mais ou menos no plano médio, pelo que a sua extremidade se dirigia para a esquerda. Este apêndice,



Fig. 1

coberto de pequenas penas brancas até ao referido ângulo, devido a bifurcação da sua extremidade, dava origem a dois ramos, com cêrca de 2^{cm} de comprimento, que, afastando-se, formavam entre si um ângulo quási raso (180°). Cada um dêles terminava por uma pata. Estas patas não atingiam o solo, em virtude do seu pouco desenvolvimento e da curvatura descrita.

Nestas patas, relativamente atrofiadas, havia hipodactilia associada à hipofalangia. Assim, a pata esquerda é constituída apenas por três dedos

perfeitos, embora atrofiados; a direita, tem o número normal de dedos, dos quais só o primeiro, segundo Anthony¹, é bem constituído, pois que os restantes não possuem falange distal, não havendo unha, por consequência. Êste facto, já verificado em alguns dos exemplares do Prof. Pires de Lima, é frequente nestes monstros e foi também descrito, por um de nós², num frango que não tinha unha em dedo algum.

Entretanto, poucos dias após a sua entrada neste Instituto, as patas supranumerárias e ossos tarso-metatarsícos correspondentes foram-se mumificando lentamente, do que resultou a sua eliminação, ficando um côto sangrento que em breve cicatrizou.

Esta anomalia morfológica levou-nos a um exame minucioso e à observação cuidada do caso. Notamos então que a defecação se fazia em dois jactos que se cruzavam, fazendo leque, devido à existência de dois ânus.

Dada a pouca idade do animal, não foi logo sacrificado, a-fim-de se dar tempo a atingir o estado adulto. Foi metido numa gaiola, onde viveu até 15 de Dezembro do ano findo, data em que o considerámos sufficientemente desenvolvido, sendo então morto.

Uma vez depenado, notámos que a metade anterior do corpo era absolutamente perfeita, o que já não sucedia com a metade posterior, onde o pigóstilo se desviava para a esquerda. Sob o pigóstilo existia um ânus que reputamos normal. Êste ânus, de tamanho vulgar, estava orientado de diante para trás e um pouco de fora para dentro.

¹ Anthony (K.)—*Étude sur la Polydactylie chez les Gallinacés (Poulet domestique)*—Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux, p. 711, Paris, 1899.

² Martins d'Alte (J. A.)—*Amputações congénitas na galinha doméstica*—Anais da Faculdade de Ciências do Pôrto, tomo xxii, N^o 3, Pôrto, 1937.

Junto ao seu bôrdo interno implantava-se o parasito, reduzido a um côto, que, pelo seu aspecto, parecia ter sofrido um movimento de torsão, nomeadamente na extremidade inferior.

A peça anômala parecia não se articular com os ossos da bacia e a sua grande mobilidade (provocada), indicadora de que a união era feita sòmente pelas partes moles, revelou-nos que a parte óssea da extre-

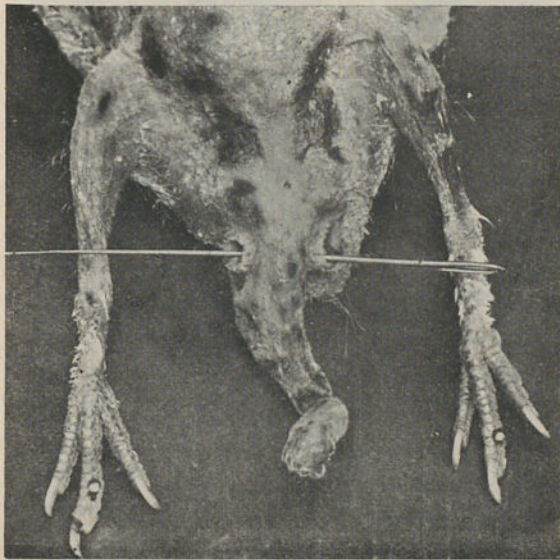


Fig. 2

midade proximal se dividia em dois ramos divergentes. No ângulo dêstes, verificava-se a presença dum segundo ânus, que era, a nosso ver, o supra-numerário. O seu aspecto era idêntico ao já descrito, talvez um tudo nada mais pequeno e mais arredondado.

A figura 2 mostra-nos que, introduzindo um estilete num dêles, a ponta sai pelo outro, quere dizer,

os dois orifícios anais comunicam entre si por meio da cloaca.

A dissecação confirmou êste facto (Fig. 3). Nesta gravura vêem-se muito bem: os dois rins (r e r'), os



Fig. 3

dois testículos (t e t'), os ureteres (u e u') e a parte terminal do intestino (in), absolutamente normais. A cloaca (cl), bifurca-se, indo cada um dos ramos abrir-se num dos ânus (a e a'). Ap representa o revestimento cutâneo da apêndice supranumerário.

Comparamos o nosso exemplar com uma galinha pigómela estudada pelo Prof. Pires de Lima¹, a qual

¹ Pires de Lima (J. A.) — *Monstros pigómelos*.

morreu por não ter conseguido pôr um ovo que trazia encravado na cloaca. Outros pigómelos apresentam a mesma deformidade.

Ainda a-propósito do pigómelo algarvio, o Prof. Pires de Lima, reproduz no seu volume «Vícios de conformação do sistema uro-genital», uma fotografia



Fig. 4

daquele monstro, onde se observa a duplicidade do pénis. Ora, se atendermos a que, nas Aves, o aparelho digestivo e sistema gênito-urinário terminam em comum, podemos considerar que, no nosso exemplar, há também um desdobramento inferior do aparelho genital.

A duplicidade do orifício anal tem sido observada isoladamente, quer na espécie humana¹, quer nas Aves². O Prof. Pires de Lima, à semelhança do que fez Joly para o género *rinódimo*, considera a coexistência de dois ânus como um esbôço de monstruosidade dupla, mais simples do que a pigomelia, e chamou-lhe *schistoproctia*.

O esqueleto do pombo foi mais tarde preparado e articulado, com a perícia costumada, pelo preparador-conservador dêste Instituto, Sr. Albino Cunha.

O parasito (fig. 4) não possui os ossos da bacia, o que vem confirmar a falta de articulação com o autosito. Neste há, no entanto, um ligeiro desvio para a esquerda das últimas vértebras caudais e do pigóstilo, desvio que origina uma pequena assimetria dos ilíacos.

Os membros supranumerários têm início, portanto, numa peça óssea lisa mas não rectilínea, pois apresenta uma curvatura, a que já nos temos referido, próxima da extremidade distal. Tem de comprimento aproximado 5^{cm} e termina inferiormente por uma superfície arredondada.

Chegamos, ao estudar esta peça, a supor que se tratava da fusão dos membros posteriores, desde os fêmures até o meio da perna e que a curvatura representaria o joelho. Infelizmente êste ôsso foi destruído por um rato que nos impossibilitou de conservar completo o esqueleto dêste novo caso de pigomelia aviária.

Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto.
Director: Prof. J. A. Pires de Lima.

(Comunicação à VI Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, Pôrto Abril-Maio de 1938).

¹ Pires de Lima (J. A.) e Hernâni Monteiro—*Malformations de l'anus*. *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*. 3.^e année, N. 6, 1926.

² Pires de Lima (J. A.) — *La duplicité de l'anus et sa signification morphologique*. (*Comptes Rendus de l'Association des Anatomistes*, Londres, Avril, 1927).

RÉSUMÉ:

Les auteurs ont étudié un Pigeon qui présentait un pair de membres surnuméraires attachés au bassin seulement par des parties molles; le segment proximal était unique et il y avait deux pattes avec leurs os tarso-métatarsiens individualisés et divergents.

Les pattes montraient hypodactylie et hypophalangie, puisque la patte gauche n'avait que trois doigts parfaits, mais atrophiés, et la droite avait les deux premiers doigts bien conformés et les autres n'avaient pas de phalanges distales (Fig. 1).

Au bout de quelques semaines, les pattes surnuméraires avec ses tarso-métatarsiens se sont détachées, en y restant un moignon sanglant (Fig. 2).

Le pigeon déféquait par deux anus très semblables, en communication avec une seule cloaque (Figure 3).

Le squelette du Pigeon en question, dont la pièce osseuse concernant le segment unique des membres surnuméraires a été détruite par un rat, est représenté dans la figure 4.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XIII

N 11

SUR L'EXISTENCE DE CELLULES MUQUEUSES ET CILIÉES DANS LA THYROÏDE

PAR

JOSÉ BACELAR

Assistant à la Faculté de Médecine de Porto

(Reçu par la Rédaction le 16 Mai 1938)

Ceux qui se sont attachés à l'étude de la thyroïde prêtent à cette glande quelques caractères structuraux, au sujet desquels tout le monde est d'accord.

C'est ainsi qu'on décrit dans sa structure comme caractéristiques: un amoncellement de vésicules plus ou moins arrondies, se pressant les unes contre les autres, des amas cellulaires pleins, un tissu conjonctif et de nombreux vaisseaux. Les capillaires sanguins et lymphatiques sont décrits, d'habitude comme placés contre la paroi des acini. Le stroma, dont la glande est assez pauvre, est constitué par du tissu conjonctif lâche et du tissu élastique. Les cellules qui forment les follicules se disposent sur une seule couche et limitent une cavité qui va être remplie par la colloïde. Ces éléments sont de deux ordres: les plus nombreux — cellules cromophobes — sont clairs, à cytoplasme peu colorable, souvent vésiculeux, à noyau arrondi;

puis, des cellules sombres, à cytoplasme cromophile, noyau petit, hyperchromatique, possédant des granulations d'une matière qui a, au point de vue des réactions histochimiques, les mêmes réactions de la colloïde intravésiculeuse. Ces cellules sont pourvues d'un appareil de Golgi et d'un chondriome. Entre les vésicules on note encore des cordons cellulaires pleins — cordons de *Wolffler* — constitués par des cellules à dimensions assez variables — les cellules de *Weber*.

L'examen aux forts grossissements révèle encore quelques particularités qui pour le moment ne nous intéressent pas. Par contre, dans nos observations, nous avons été saisis par quelques faits qui nous semblent très intéressants et dont nous n'avons pas trouvé de description.

Il s'agit de cellules muqueuses et ciliées que nous représentons dans les figures ci-dessous et dont nous avons déjà fait l'étude.

Leur apparition était assez inattendue. Comment se sont-elles développées?

Peut-être l'hypothèse de *Florentin* est la plus vraisemblable. Du moins c'est celle qui nous explique le mieux les faits, que nous avons observé, par d'autres auteurs mis en doute ou niés tout simplement.

D'après *Florentin*, la thyroïde s'origine aux dépens d'une glande exocrine, annexe à la partie antérieure de l'intestin respiratoire et qui serait mucipare. Les canaux primitifs (première étape de la différenciation, suivie bientôt par une étape de cordons pleins aboutissant à la forme définitive) auraient une élaboration dont les réactions l'apparentent au mucus. Il décrit même des éléments à mucus, mais pas ciliés.

Selon *Barrelet*, il y aurait des granules colorables en rouge par le mucicarmine (mais ce ne serait

pas du vrai mucus), tandis que *Wegelin* réussit à colorer en rouge quelques granulations, dans la colloïde, qu'il considère comme des grains mucoïdes survenus sous l'influence d'actions toxiques ou infectieuses. Cependant dans le même travail il affirme qu'il n'y a pas de grains mucoïdes.

En ce qui concerne les cils, je n'ai trouvé d'autre allusion que la légende d'une figure montrant une vésicule ciliée, dans l'ouvrage de *Champy*.

Et ce silence m'a fort étonné, car les cellules muqueuses et ciliées ne sont pas si rares que ça. Du moins j'ai eu la bonne chance d'en trouver quelquesunes dans le matériel de travail qui a été à la base de ma dissertation de doctorat.

C'est vrai que *Cowdry*, étudiant la glande thyroïde du *Mustelus canis* y remarque, dans chaque cellule, un flagel qui aurait les mêmes dimensions, soit dans les cellules hautes, soit dans les cellules basses, mais de l'avis de l'auteur lui-même ce ne sont pas des cils.

Il me semble bien que mes observations tranchent la question de la possible existence de cellules muqueuses et ciliées, dans le sens le plus affirmatif.

Les cellules muqueuses peuvent être à types divers: caliciformes, lagéniformes, muqueuses simples, etc. Nous avons vu dans cette étude toutes ces formes-là.

La mise en évidence des éléments muqueux a été faite par la méthode au mucicarmine, par les bleus d'aniline et par quelques autres colorations. C'est assurément la coloration de *Salazar* qui nous a fourni les plus beaux résultats. Elle nous a permis d'étudier tous les aspects glandulaires et se montre particulièrement utile dans le cas des cellules muqueuses et des cils, car, comme on le sait, si la méthode réussit, le noyau n'est pas coloré,

de même que la cellule, dont seulement quelques formations très caractéristiques sont mises en évidence.

Et dans l'espèce les cellules muqueuses sont les seules colorées.

Nous n'allons pas décrire minutieusement les observations que nous avons faites; pour plus grands détails nous renvoyons à notre thèse inaugurale.

Qu'il nous suffise de dire que les méthodes soi-disant spécifiques du mucus, appliquées sur un vaste matériel, toutes ont été concordantes.

Nous avons vu des cellules assez semblables aux caliciformes et ciliées. C'est dans deux vésicules très volumineuses, à épithélium polymorphe, qu'on les trouve. On peut suivre toutes les étapes de l'évolution muqueuse.

La fig. 1 nous montre des cellules, les unes arrondies, les autres allongées, dont le cytoplasme a des granules noirs, assez petits, qui deviennent de plus en plus grands, plus pâles aussi, qui pressent le noyau contre la base de la cellule. Toute la cellule est maintenant transformée en mucus. Alors il va couler sous forme pâteuse vers la cavité (fig. 2) ou, bien que moins fréquemment, sous l'aspect de grains, et il s'y accumule (fig. 3). On peut trouver réunis les deux aspects: grains, masses de mucus (fig. 4). Les figs. 5 et 6 nous font voir quelques cellules muqueuses, volumineuses, polyédriques, à cytoplasme d'aspect réticulé; il s'agit d'une phase presque terminale de l'évolution muqueuse. On peut voir ces cellules entre les autres éléments de l'épithélium (fig. 1) ou dans la lumière (figs. 5 et 6).

Ces cellules muqueuses on peut les trouver sur des animaux jeunes ou adultes, normaux ou soumis à des excitations destinées à faire entrer la glande en hyperfonctionnement ou en hypofonctionnement. Cette constatation, concordante avec la fréquence de leur apparition, nous porte à dire que

la glande thyroïde peut, même en conditions normales, présenter des cellules muqueuses.

Si l'on démontre l'existence de cellules muqueuses (et le doute ne peut même être mis après l'examen de mes coupes) on peut accepter très bien l'existence de cils dans les cellules thyroïdiennes.

En effet *PRENANT* et *BOUIN* opinent qu'il suffit d'une pression pour faire transformer une cellule non ciliée dans une autre, ciliée; c'est-à-dire, les cils peuvent dépendre des conditions auxquelles est la cellule soumise.

J'ai moi-même, déjà vérifié que les cellules caliciformes et les cellules muqueuses, non ciliés, ne sont que deux phases du même élément. C'est du reste ce que *A. L. Salazar* a aussi démontré.

Nous avons étudié ces formations dans toutes les vésicules pourvues des éléments muqueux. Il s'agit bien de cils, les uns assez grands, les autres plus petits (fig. 5, 6, 7); ils s'implantent sur les diverses cellules muqueuses: cubiques, cylindriques ou autres.

Comme d'habitude, on peut suivre les cils dans leur trajet au sein du cytoplasma jusqu'aux corpuscules basaux sur lesquels ils s'insèrent.

Ces cils peuvent n'avoir qu'un rôle mécanique, ce qui vient encore en appui de l'hypothèse que j'ai émise au sujet de l'excrétion (la sécrétion se ferait vers la cavité et après, seulement, se suivrait l'expulsion colloïde) ou bien, dénués de cette fonction, représenteraient, d'accord avec *Bouin*, un état pré-sécrétoire.

C'est, il me semble, un rôle mécanique que ces cils jouent, et ils ne représentent qu'une phase presque obligatoire des cellules muqueuses.

En résumé, dans la glande thyroïde normale l'on peut trouver des cellules muqueuses simples et ciliées

et du mucus. Ce fait, très important, fournit un argument de plus en faveur de l'hypothèse qui établit une étroite parenté entre cette glande de sécrétion interne, typique, et d'autres organes qui vont évoluer dans un autre sens. Ils possèdent un lien commun, leur origine aux dépens d'une glande exocrine annexe à la partie antérieure de l'intestin respiratoire.

(Travail du Laboratoire d'Histologie de la Faculté de Médecine de Porto).

LITERATURA

Bacelar (José): *Quelques points de cytologie étudiés à l'aide de la méthode tanno-ferrique: La cellule muqueuse.* Folia Anat. Univer. Conimbr., vol. VIII, n.º 11. **Bacelar (José):** *O método tano-ferrico no estudo da glândula tiroideia.* Porto, 1936. **Barrelet (J.):** *Les glandes à sécrétion interne dans la cirrhose hépatique.* Ann. d'Anat. Pathol. et d'Anat. norm. méd.-chir., v. 9, 1932, p. 385. **Bouin (P.):** *Eléments d'Histologie,* Paris, 1929. **Cowdry (E. V.):** *Flagellated thyroid cells in the dogfish (Mustelus canis).* Anat. Rec., vol. 22, 1921, p. 289. **Florentin (P.):** *Persistance d'une structure embryonnaire dans le corps thyroïde du Hérisson adulte.* C. R. de la Soc. de Biol., 1930, t. CV, p. 591. **Florentin (P.) et Roig (A.):** *La structure du canal thyro-glosse chez le cobaye adulte.* C. R. de l'Assoc. des Anat. 1928, 23.º réunion, p. 140. **Policard (A.):** *Précis d'Histologie Physiologique,* Paris, 1928. **Prenant (A.) & Bouin (P.):** *Traité d'Histologie,* Paris, 1911. **Salazar (A. L.):** *Recherches sur l'appareil para-golgien (système tannophile de la zone de Golgi),* Arch. de Biol., t. XLVII, 1937, fasc. 1, p. 79. **Wegelin:** cit. por Barrelet (J.).

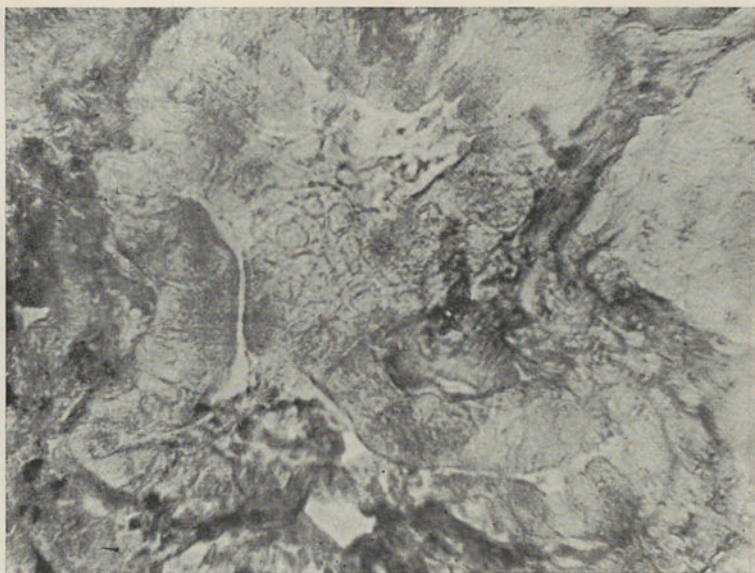


FIG. 1

Cobaye. Exposition à la lumière.
Aspects divers des cellules muqueuses.

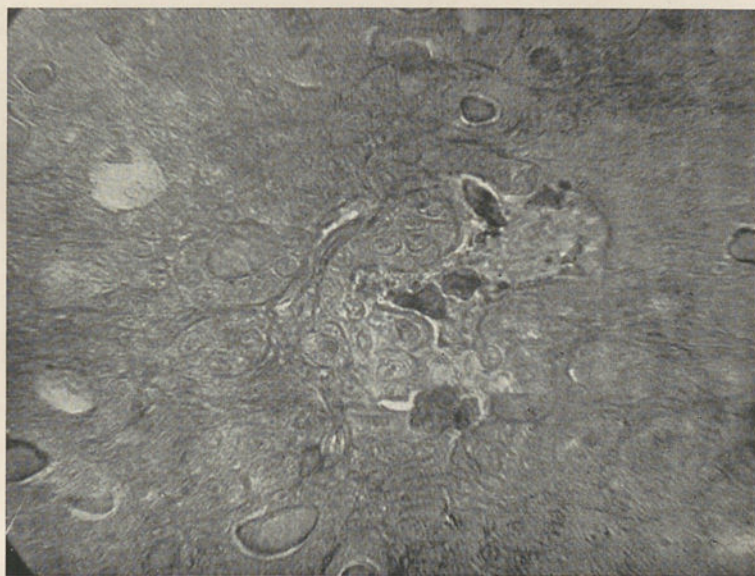


FIG. 2

Lapin. Injections d'atropine.
Vésicule pleine de mucus. Cils.

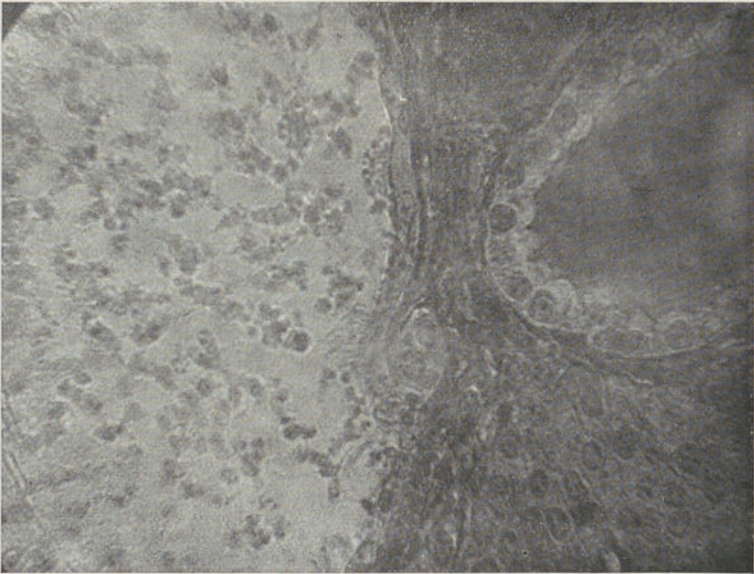


FIG. 3

Chat. Ligature de la veine porte.
Cavité pleine de mucus sous forme de granules.

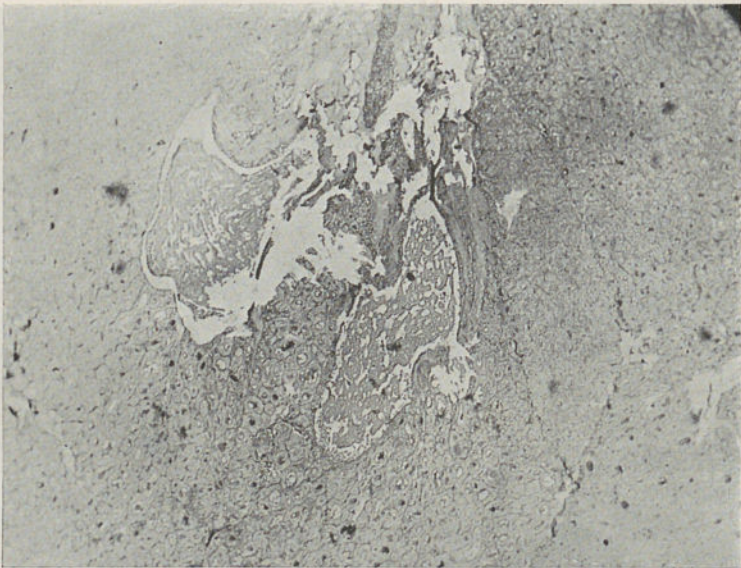


FIG. 4

Lapin. Injections d'atropine.
Lumière pleine de mucus sous forme d'une masse ou de granules.



FIG. 5

Chat nouveau-né.
Cellules muqueuses à la fin de l'évolution. Cils nombreux.

Microphotos Dr. H. Salvador J.^{or}

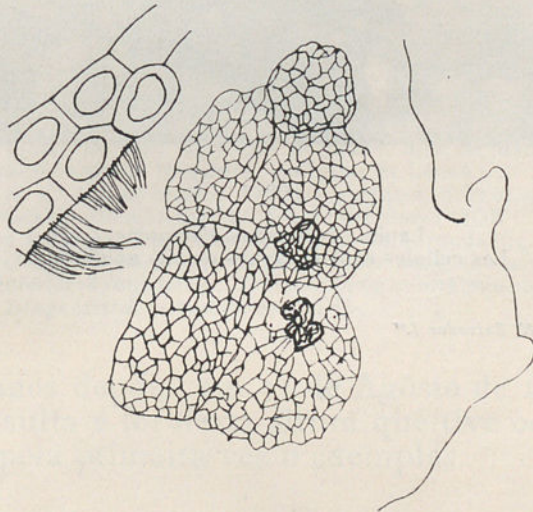


FIG. 6

Chat nouveau-né.
Les cils sont implantés sur des corpuscules basaux.

A. L. Salazar del.

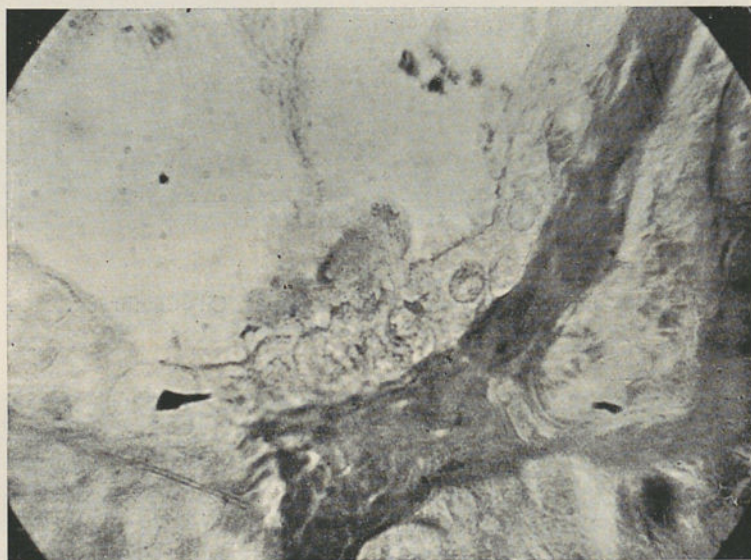


FIG. 7

Lapin. Injections d'atropine.
Les cellules sont pourvues de cils nombreux.

Microphoto Dr. H. Salvador J.^{or}

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XIII

N 12

UM CASO DE ANOFTALMIA BILATERAL (APARENTE?)

POR

A. CHAVES DE CARVALHO

(Recebido pela Redacção em 9 de Junho de 1938)

Em Agôsto de 1934, foi levado pelos pais à consulta do meu malogrado Amigo Dr. Júlio Machado — que foi um distinto oftalmologista em Coimbra, — um indivíduo do sexo masculino de 7 dias de idade (fig. 1).

São do valioso arquivo dêsse meu Amigo as notas que seguem:

«João da Silva, de 7 dias de idade, filho de Manuel da Silva, natural de Vale de Nogueira, concelho da Lousã.

H. C. — É de termo. Os pais parentes, primos segundos.

Grandes hematomas pálpebras inferiores ODE (?). Sem fenómenos inflamatórios. Fendas palpebrais normais (fig. 1).

O exame clínico não deixa perceber um globo ocular. Pálpebras inferiores «bombéas». Trata-se duma anoftalmia congénita rara.

Diagnóstico. — Anoftalmia ODE».

Dois anos depois, em 31 de Agôsto de 1936, voltou à consulta e foi nesta altura que tive ocasião de observar pela primeira vez o exemplar.

São ainda do Dr. Júlio Machado os apontamentos que seguem:



Fig. 1

na pálpebra inferior acompanhando a anoftalmia bilateral.

Drenei. *Diagnóstico definitivo:* anoftalmia com quistos das pálpebras inferiores.

Os quistos são grandes, volumosos, maiores do que ovos de pomba, flutuantes, redondos, bem circunscritos».

«... há três dias, fortes dores, não descansando, nem dormindo. Até então andava bem, cantando, comendo bem. Temperatura 37,7. Pálpebras inferiores fortemente distendidas, mas a dilatação bem circunscrita, dando a impressão dum grande globo ocular. Faço punção; a incisão da pele e do orbicular deu saída a abundante sangue; a distensão mantinha-se; faço depois uma punção com bisturi, mais funda; sai então líquido abundante, a princípio, hialino e, depois, sanguíneo e aquela enorme bossa passa a diminuir de volume; faço o mesmo de um e outro lado. Há anoftalmia; as fendas palpebrais são normais, ou melhor, um pouco estreitas e curtas; sacos conjuntivais normais; ausência total dos globos oculares. Não se tratava, pois, de hematomas, mas talvez de quistos que, por vezes, aparecem

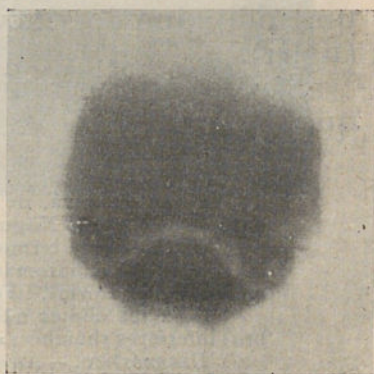


Fig. 2

Depois da intervenção do Dr. Júlio Machado o doente melhorou consideravelmente, mantendo-se,

contudo, a drenagem durante um mês aproximadamente.

O Dr. Júlio Machado e eu, combinámos, então, completar o estudo do exemplar, com radiografias e, sendo possível, fazer a ablação dos quistos, realizando, em seguida, o respectivo exame histológico. Infelizmente a morte do meu Amigo impediu a reali-

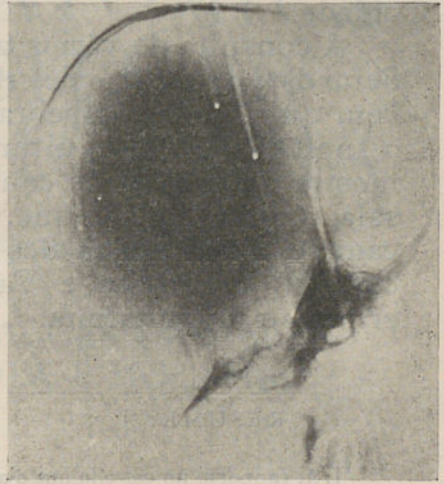


Fig. 3



Fig. 4

zação do nosso projecto, do qual só levámos a efeito o exame radiológico (figs. 2 e 3), por sinal em más condições, porque a criança, muito irrequieta, não permitiu fazê-lo melhor.

Muito recentemente consegui observá-la de novo (fig. 4), mas obtive uma formal recusa [para novas radiografias e novos exames. Nem sequer falámos aos pais em operação sangrenta para extrairmos os quistos. Para quê, se não lhe daríamos a vista?

Apresentamos por isso êste trabalho incompleto

mas não queremos deixar de fazê-lo em homenagem a êsse nosso Amigo, que tanto desejava dá-lo à publicidade.

A consulta de vários tratadistas leva-nos a considerar êste caso como de criptofthalmia ou microftalmia com quistos das pálpebras inferiores, de preferência a anofthalmia. Nesta última, com efeito, a radiografia mostra anomalias de contôrno orbitário (fig. 2) e da sela túrcica (fig. 3) que, neste caso, não se verificam, e a existência dos quistos leva a supormos, com M. Moutinho e Van Duyse, que se trata de cripto ou microftalmia.

RESUMÉ:

L'A. rapporte un cas clinique d'anophtalmie bilatérale congénitale, avec kystes des paupières inférieures, nun enfant fils d'un mariage consanguin.

L'étude radiologique du sujet montre absence des anomalies de la selle turcique et du contour orbitaire, presque toujours observées dans l'anophtalmie. Ce fait et l'existence des kystes des paupières portent l'A. à considérer, avec M. Moutinho et Van Duyse, ce cas comme de crypto ou de microftalmie bilatérale.

L'examen histologique des parois des kystes n'a pas pu être fait, refusé par les parents, ce qui est regrettable par les éléments qu'il pouvait apporter à l'éclaircissement du diagnostique.

LITTÉRATURE

Axenfeld (Th.): *Traité d'ophtalmologie*, traduction française par le Dr. Menier, Paris, 1914. **Chauvin (Dr. E.):** *Précis de Tératologie*, Paris, 1920. **Fuchs (E.):** *Tratado de oftalmologia*, M. Salzmann, 1935. **Lesbre (F.-X.):** *Traité de Tératologie de l'homme et des animaux domestiques*, Paris, 1927. **Morax (V.):** *Précis d'ophtalmologie*, 1913. **Moutinho (Mário):** *Anofthalmia bilateral, congénita, aparente*, in «A Medicina Contemporânea», ano LV, n.º 6, Lisboa, 1934. **Terrieu (F.):** *Précis d'ophtalmologie*, 1934. **Van Duyse:** *Éléments d'embryologie et de tératologie de l'œil*, E. F. d'Opht., Doin, 1904.

Laboratório de Anatomia Normal, Director Prof. Maximino Correia. Comunicação à *Sociedade Anatómica Portuguesa*, VI reunião, Pôrto, Abril de 1938.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XIII

N 13

ANOMALIAS E MUTILAÇÕES DENTÁRIAS NOS BANTOS DE ANGOLA E MOÇAMBIQUE

POR

ANTÓNIO PAÚL

Assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto,
Director e 1.º Assistente dos Serviços de Estomatologia
respectivamente do Hospital da Misericórdia de Gaia
e do Hospital de Santo António do Pôrto.

E

ANTÓNIO FRAGOSO

Assistente dos Serviços de Estomatologia
do Hospital da Misericórdia de Gaia.

(Recebido pela Redacção em 10 de Junho de 1938)

Tendo-se um de nós ocupado da morfologia dentária nos crânios de Bantos que se guardam no Instituto de Anatomia do Pôrto¹, superiormente dirigido pelo Prof. J. A. Pires de Lima², aproveitámos o ensejo

¹ António Paúl, *A morfologia dentária nos Bantos de Angola e Moçambique*. (Comunicação apresentada à mesma Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa. Em via de publicação).

² A este sábio catedrático endereçamos o protesto do nosso vivo reconhecimento pelas facilidades que se dignou conceder-nos e pelo conselho amigo com que sempre nos assistiu; mercê do precioso auxílio, pudemos colher, com minúcia, os elementos necessários à efectivação deste trabalho.

para irmos registando as anomalias e mutilações dentárias. É o comentário dessas notas que constitui o assunto da presente comunicação.

Ao mesmo tempo, iremos passando em revista o que se tem escrito em Portugal acêrca de tal matéria, congratulando-nos por ser a Escola do Pôrto a que mais se tem dedicado a êste género de investigações.

O material de que nos utilizámos para êste estudo foi o mesmo que serviu de base ao trabalho da morfologia dentária; as considerações que então se fizeram têm aqui igual cabimento¹.

As anomalias e mutilações dentárias encontradas registam-se nos dois quadros que apresentamos (Quadro I referente a Angola, Quadro II a Moçambique).

Como temos presente o trabalho de Shaw acêrca dos Bantos da União Sul-Africana [99], procurámos averiguar se os factos por nós observados condiziam ou não com os que Shaw registou. E para mais inteira comparação, e a exemplo daquele A., incluímos no presente estudo a pesquisa dos nódulos de esmalte e das massas dentárias, porque, se rigorosamente não podemos considerar estas entidades como verdadeiras anomalias, a verdade é que nelas topamos certo parentesco, quer por sua raridade, quer, sobretudo, pelas interpretações a que podem dar origem.

Com o fim único de ordenar a nossa exposição, descreveremos, em parágrafos separados, tudo quanto se nos oferecer sôbre cada uma das epígrafes dos nossos quadros².

¹ Cf. António Paúl, *loc. cit.*

² Não abrimos título para anomalias de evolução (inclusão dentária, etc.), visto as não termos encontrado nestes crânios.

I — DENTES AUSENTES

É grande a quantidade de dentes que faltam nos crânios estudados de Angola e Moçambique; em muitos casos, sobretudo nos de Moçambique, falta igualmente a mandíbula. Esta circunstância restringiu consideravelmente o campo do nosso estudo, e, por consequência, ficou êste limitado bastante nas deduções a tirar.

II — ANOMALIAS NUMÉRICAS¹A — *Aumento de número.*

No seu trabalho acêrca dos Bantos sul-africanos, Shaw encontrou as seguintes variações numéricas, em 10.000 dentes examinados:

Incisivos — Um caso de seis incisivos superiores bem desenvolvidos; o segundo e o terceiro de cada lado de dimensões sensivelmente iguais, o primeiro consideravelmente maior do que qualquer dos outros.

Um caso de pequeno incisivo supranumerário, conóide, situado imediatamente atrás dos centrais.

Premolares — Cinco casos de aumento de número dos premolares: Num dêles, o premolar supranumerário encontrava-se em *ambos os maxilares* e de ambos os lados, colocado entre o primeiro e o segundo premolares normais; os quatro premolares suplementares dêste crânio eram bem constituídos, embora

¹ Não incluímos as que dizem respeito às raízes ou corôas, que consideramos simples variações morfológicas e já foram descritas por um de nós. (Cfr. A. Paül, *loc. cit.*). Todavia, porque são dignas de particular interê-se, registamos neste lugar as seguintes: — O primeiro premolar superior com três raízes (crânio 334), os sisos superiores ou inferiores com corôa radiada (crânios 161, 162, 253, 254, 255, 336, 900, 220, 254), os sisos inferiores com três raízes (crânios 157, 258 e do esqueleto de Negra de Angola).

fôsem ligeiramente mais pequenos do que os primeiros premolares. Noutro crânio, o premolar supranumerário aparecia no *maxilar superior* de ambos os lados; neste caso, os três premolares de cada hemi-arcada estavam em linha e articulavam perfeitamente com os dentes opostos. Nos três casos restantes, o premolar adicional aparecia dum só lado, direito ou esquerdo, do *maxilar superior*.

Molares — Apenas três casos de aumento na série molar foram registados, todos êles de quarto molar superior.

Quanto a Angola e Moçambique, nós encontramos apenas dois crânios com dentes supranumerários, conóides.

O primeiro possui três dentinhos conóides na região incisiva, (crânio do esqueleto de Angola), anomalia que já foi magistralmente estudada pelo Prof. J. A. Pires de Lima [81],¹.

O segundo mostra um pequeno dente conóide na região molar superior esquerda, (crânio 331, de Moçambique), (Fig. 1), implantado entre os alvéolos do

¹ Depois de dizer que no rebôrdio alveolar apenas se notam, à direita, o incisivo lateral, o canino, os dois premolares e os três molares, o A. descreve assim esta mandíbula:

«Na face anterior do corpo da mandíbula, um pouco à direita da sínfise do mento, vê-se uma larga brecha, no fundo da qual se divisa um dente incisivo (1), disposto horizontalmente no sentido transversal, com a corôa, bem desenvolvida, dirigida para fora, de face anterior voltada para diante e o bôrdio cortante em forma de serrilha, ao contrário dos bôrdios cortantes dos incisivos normais, que são perfeitamente lisos e rectilíneos.

Aquele dente encravado representará o incisivo médio direito.

Entre o incisivo médio esquerdo e o incisivo lateral direito, num pequeno espaço, implantam-se três dentinhos supranumerários, conóides, muito atrofiados: O primeiro (1), cilíndrico e disforme, disposto verticalmente, está encostado ao bôrdio interno do incisivo lateral direito, onde se nota um principio de cária, e mede, na sua parte livre, cinco milímetros de altura.

O segundo (2), achatado no sentido transversal, está disposto horizontalmente, no sentido ântero-posterior e mede seis milímetros de comprimento, na sua parte extra-alveolar.

O terceiro (3), também cilíndrico, está disposto por baixo do segundo,

segundo e terceiro molares, do lado do vestíbulo; a sua raiz, cónica, incurva-se no apex, na direcção do vestíbulo¹. Registe-se que o alvéolo do segundo

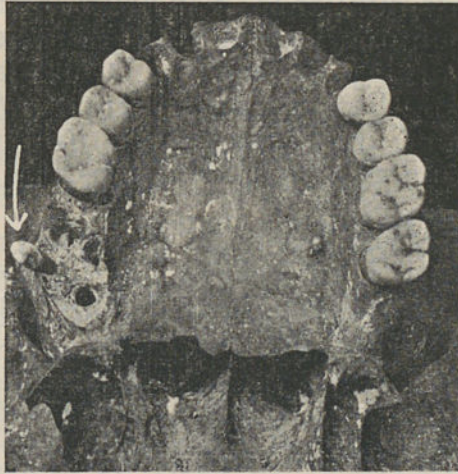


Fig. 1

molar alojava duas raízes, como acontece com o dente homólogo, presente na arcada; o siso, ausente, tinha uma só raiz.

também horizontalmente, dirigido da direita para a linha média. A sua parte livre mede igualmente seis milímetros.

Todos êles, além da pequena corôa, com o esmalte brilhante, tem fora do alvéolo, além do colo, uma parte da raiz forrada de cimento, sem brilho.

A fórmula dentária dêste exemplar é:

$$I \frac{2-2}{5-2} \quad C \frac{1-1}{1-1} \quad Pm \frac{2-2}{2-2} \quad M \frac{3-3}{3-3} ».$$

¹ A presença desta anomalia foi já notada por J. A. Pires de Lima & Constâncio Macarenhas [82]. As mensurações dêste dentinho, por nós efectuadas, deram o resultado seguinte: — *Comprimentos*: Raiz, 11^{mm}; Coroa, 4^{mm}; Total, 15^{mm}. *Diâmetros coronários*: Mésio-distal, 3^{mm}; Vestíbulo-lingual, 3^{mm}. (Como a coroa dêste dente não tem pontos de contacto que nos sirvam de referência, dir-se-á, com mais propriedade, diâmetros máximo e mínimo, embora correspondam, respectivamente, a méso-distal e vestibulo-lingual).

III—ANOMALIA DE TOMES

Os Bantos apresentam, com tal constância, o primeiro premolar superior com duas raízes, que neles se pôde considerar como normal o tipo bi-radiculado. Quanto ao segundo premolar superior, embora seja relativamente freqüente o tipo bi-radiculado,

alguns exemplares aparecem com três raízes, como nos Antropóides.

No que respeita aos premolares inferiores, Tomes [109] chamou a atenção para «uma forma de raiz anómala, no primeiro premolar, suficientemente comum para poder ter qualquer significado».

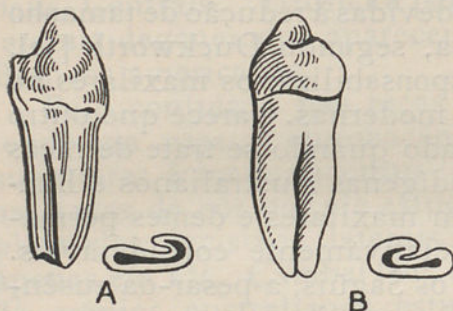


Fig. 2

Anomalia de TOMES

A—Reproduzida de SHAW [99].

B—1.º PM. inferior direito do crânio 256 (Angola).

Esta anomalia «consiste em o bôrdo externo da raiz, próximo do apex, se apresentar reclinada para diante e para dentro, de modo a dar a idéia de raiz dupla na sua extremidade» (Fig. 2).

Êste tipo de raiz anómala apareceu freqüentemente no primeiro premolar inferior dos Bantos, (36,9%), e também se encontrou no segundo premolar desta raça, (8,4%).

E Tomes comenta: «Existe pois uma anomalia relativamente comum nos premolares inferiores, como que uma tendência à formação de duas raízes, uma anterior, outra posterior; e em todos os casos é a raiz posterior que se mostra inteiramente desenvolvida, enquanto a raiz anterior, vestibular, se apre-

senta pequena, ao mesmo nível da raiz posterior, mas não se estendendo, tanto como ela, para o lado de dentro».

Shaw [99], opinando que a teoria do atavismo é muitas vezes indevidamente invocada para explicar a presença de dentes supranumerários ou rudimentares, está, contudo, em absoluto acôrdo com Tomes, admitindo, como êle, que êste tipo anómalo de raiz no primeiro premolar inferior constitue uma reversão.

É sabido que os premolares superiores e inferiores dos Antropóides têm, respectivamente, três e duas raízes.

Ora, segundo um de nós verificou¹, os premolares superiores dos Bantos de Angola e Moçambique apresentam duas raízes, isto é, perderam uma raiz no decurso da evolução; e um caso registámos, (crânio 334), em que apareceram três raízes distintas, como nos Antropóides.

A êste respeito, Shaw elucida: «Não resta, pois, dúvida de que o tipo tri-radiculado dos premolares superiores, quer nos Bantos, quer noutras raças, constitue um fenómeno de atavismo, ou regresso às condições ancestrais».

Aplicando o raciocínio anterior, pode também pensar-se que a «raiz anómala de Tomes», nos premolares inferiores constitue uma reversão ao primitivo tipo bi-radiculado do premolar inferior.

Uma objecção, porém, se levanta. Com efeito, enquanto a raiz supranumerária que um de nós encontrou nos premolares superiores dos Bantos aproxima estes dentes do suposto primitivo tipo, acontece que a forma da raiz supranumerária, no caso dos premolares inferiores (anomalia de Tomes), não é idêntica a forma ancestral.

¹ Cf. António Paúl, *loc. cit.*

E Shaw cita Adlof [1]: «*The view that a supernumerary atavistic tooth should be identical in form with the ancestral tooth it is supposed to recapitulate is absolutely untenable*»; e Schultz [93]: «*By the same right one might demand that a sixth lumbar vertebra in man should have all the detailed characteristics of such vertebra in primitive primates, yet no one has ever proposed such an absurdity, nor has anyone regarded a sixth lumbar segment as pathological; its atavistic nature is undisputed*».

Ao estudarmos a conformação radicular dos premolares inferiores no material dêste Instituto, notámos a presença da anomalia de Tomes em dois crânios de Angola e, tanto num como noutro, a anomalia encontra-se no primeiro premolar de ambos os lados, isto é, registamos ao todo quatro casos.

Para melhor comparação, apresentamos na fig. 2, em A, o desenho dum premolar esquerdo, reproduzido de Shaw, em B, o desenho do premolar direito do crânio 256, um dos quatro casos por nós observados.

No crânio 256, a anomalia corresponde à descrição de Tomes, com uma única diferença: no exemplar que serviu de modelo ao nosso desenho, ao contrário daquele A., é a raiz anterior, vestibular, mais desenvolvida do que a raiz posterior.

No crânio do esqueleto de Negra, a anomalia é ainda mais acentuada. A divisão da raiz fez-se pelo mesmo processo, mas foi mais além, visto que o apex se apresenta bífido numa extensão de cêrca de dois milímetros. Ainda nestes dois casos, é a raiz anterior mais desenvolvida do que a raiz posterior.

Nos crânios de Moçambique, não encontrámos nenhum exemplo desta anomalia.

IV — TUBÉRCULO DE CARABELLI

Shaw [99] encontrou-o nos Bantos, ao nível do primeiro molar superior de ambos os lados, em cinco peças secas e em quatro indígenas vivos.

Vários autores têm explicado ou tentado explicar o significado dêste cuspídeo, porém, esta questão não nos interessa de momento.

Cabe neste ponto mencionar que Shaw encontrou, em Bantos sul-africanos, três casos de tubérculo adicional, ao nível do terceiro molar superior, morfologicamente semelhante ao de Carabelli, dêle diferindo, porém, quanto à sua localização, no cuspídeo disto-vestibular do dente.

Quanto ao tubérculo de Carabelli, encontrámo-lo apenas em três crânios de Moçambique, (329, 331 e 337), e, de-certo por mera coincidência, apenas do lado direito.

Voltaremos a falar do tubérculo adicional do terceiro molar quando nos ocuparmos da fosseta do quarto molar.

V — VARIAÇÕES DE POSIÇÃO

Em alguns casos, Shaw [99] observou ligeiros desvios de um ou outro dente, em especial do canino superior e dos incisivos inferiores; estes desvios apresentavam-se, ora vestibulares, ora linguais. «E, à parte estas ligeiras variações de posição, pouco mais se viu a tal respeito no material examinado» (Shaw).

O referido A., no seu abundante material, apenas encontrou o seguinte: *Incisivos centrais superiores*: Um caso de acentuada variação de posição, para o

lado lingual, devida a persistência de dente de leite. *Incisivos laterais*: Um caso em que numa arcada retraída estes dentes estavam colocados internamente à arcada, atrás e para dentro dos incisivos centrais e dos caninos¹. *Caninos superiores*: Um interessante caso, num indígena de cêrca de 20 anos, em que ambos estes dentes haviam nascido na face vestibular do maxilar, implantados quási perpendicularmente à superfície do osso. *Sisos superiores*: Quatro casos em que não cita a direcção do desvio. *Sisos inferiores*: Três casos em que estes dentes se encontravam encravados (*impacted*).

Nós apenas encontramos, no crânio 329, de Moçambique, o primeiro premolar superior direito ligeiramente vestibulado.

VI—FOSSETA DO QUARTO MOLAR SUPERIOR

No crânio 328, de Moçambique, atrás dos alvéolos dos dentes do siso superiores, notámos a existência duma fosseta sensivelmente triangular, de vértice posterior, que media cinco milímetros de altura por quatro milímetros de base. Na fotografia que apresentamos (Fig. 3), é sobretudo visível a fosseta do lado esquerdo; todavia, na peça, elas são igualmente nítidas.

À direita, parece-nos que o segundo molar desapareceu, encontrando-se o rebôrdo alveolar completamente reabsorvido.

Shaw [99] encontrou nos Bantos três casos de fos-

¹ Encontrou ainda, na região incisiva, três casos de acentuado espaçamento dos dentes.

seta do quarto molar: Num dêles a anomalia era bilateral, nos restantes existia apenas do lado direito.

Nos Baboons sul-africanos, o mesmo A. [98] encontrou uma fosseta análoga, e Zuckerkandl [118] descreve-a em certos crânios humanos.

Wilson [116] e Campbell [16] referem que esta disposição se encontra também nos indígenas australianos. Selenka [94] descreveu fossetas semelhantes no Chimpanzé.

Em nosso entender, esta fosseta está em relação

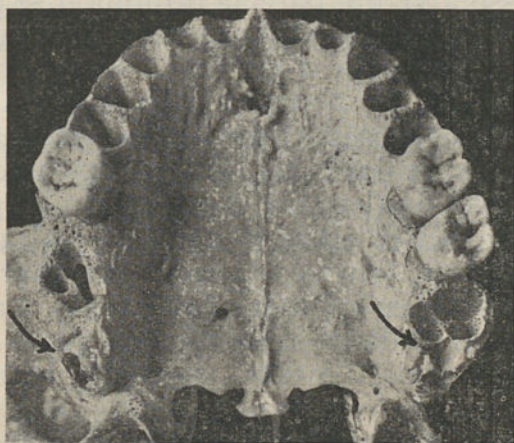


Fig. 3

com um quarto molar anômalo, podendo considerar-se como alvéolo rudimentar daquele dente, que não chegou a desenvolver-se.

Esta opinião, primeiro emitida por Zuckerkandl [118], foi apoiada por Shaw após o exame da forma e posição das fossetas nos Baboons [98] e posteriormente nos Bantos sul-africanos [99].

A presença desta fosseta nos crânios que examinamos obriga-nos a fazer algumas considerações

acêrca dos três últimos molares (3.º, 4.º e 5.º), que actualmente ou não existem ou se apresentam de forma rudimentar.

Assim, segundo Gregory [47], o quarto e mesmo o quinto molar, quando presentes, são, com tóda a probabilidade, de neo-formação, tanto no Homem como nos Antropóides, e resultam da aquisição de novo poder de crescimento na extremidade posterior da lâmina dentária.

Em 1927, Shaw [98], ao estudar os Baboons, havia notado que, em todos os casos de presença de quarto molar, o osso alveolar parecia prolongar-se para trás. Com o fim de averiguar se êste prolongamento alveolar determinaria a presença do quarto molár ou vice-versa, o A. procedeu, no material sêco, a mensurações rigorosas, chegando à conclusão de que a existência do molar adicional era largamente condicionado pelo exuberante crescimento alveolar.

O mesmo A., ao estudar, em 1931 [99], os Bantos sul-africanos, registou três exemplos de quarto molar, em indígenas vivos; em todos êsses casos, a anomalia era unilateral, o dente ligeiramente mais pequeno do que o terceiro molar, contudo bem constituído.

Não encontrou, porém, nenhum caso no material sêco que teve ao seu alcance; e assim, na impossibilidade de proceder a mensurações da tuberosidade maxilar, o A. não pôde saber se nos Bantos se confirmavam as conclusões a que chegara no estudo dos Baboons.

O A. conclue afirmando ser lícito admitir que nos Bantos, como nos Baboons, a tendência da lâmina dentária a produzir um número maior de dentes, e o crescimento exagerado da tuberosidade são os factores responsáveis do aparecimento do quarto molar.

Relacionado ainda com êste problema, está a

questão dos terceiros molares de diâmetro mésio-distal exagerado e dos mesmos dentes com o tubérculo adicional disto-vestibular de que acima falámos. Ao contrário de Shaw, que registou vários exemplos destas duas disposições, nada encontramos a êste respeito no material de Angola e Moçambique, assim como não vimos a existência do quarto molar¹.

Klaatsch [60], Schultz [93] e outros autores são de parecer que estas duas variações estão em relação com a primitiva existência do quarto molar. Shaw, pelo contrário, entende que se trata de novas aquisições na evolução humana e são, portanto, variações progressivas.

A nossa opinião é que a presença dum quarto ou quinto molar representam um extremo atavismo, podendo considerar-se o seu possuidor como habitante dos periodos remotos da Terra.

VII — NÓDULOS DE ESMALTE

São pequenas excrescências que ocasionalmente se encontram sôbre as raízes dos dentes.

No relatório acêrca dos odontomas, de Gabell, James & Payne [43], estes nódulos são descritos no grupo dos odontomas compostos.

Encontram-se geralmente nos dentes multi-radiculados, quer na junção das raízes com o corpo do dente, quer no colo. Em secção, vê-se que são cons-

¹ Também reparámos na ausência de sisos de tipo conóide tão frequentes na raça branca, o que, com a ausência de quarto molar, nos dá a impressão de que os crânios que examinámos pertenceram a indivíduos não tão adiantados como os Europeus modernos, nem tão atrasados como as raças portadoras de quarto molar.

tituídos por um núcleo de dentina revestido de esmalte.

A sua causa e significado são incertos.

Shaw [99] encontrou nos Bantos três exemplos de nódulos de esmalte. E em todos êsses casos o nódulo estava situado em molares superiores:—um no segundo molar, dois no terceiro molar.

Nos crânios de Angola e Moçambique nada encontrámos que se parecesse com estas produções dentárias.

VIII — MASSAS DENTÁRIAS

Designam-se por êste nome porções de dentes que por vezes aparecem entre o segundo premolar e o primeiro molar «*nos crânios de Simiidios e Homínidos*» (Shaw).

Duckworth [32] diz: «Estas massas são raras na mandíbula, tanto no Macaco como no Homem. Entre os primeiros, o Gorila fornece o maior número de exemplos; dos segundos, são os nativos da Melanésia que dão maior número de casos».

Campbell [16] encontrou-as em 5,8% dos indígenas australianos. Duckworth [34] viu um só exemplo em 50 crânios de Europeus. Shaw [99] observou um só caso (0,7%), nos Bantos.

Passemos em revista as opiniões emitidas acêrca do significado destas produções dentárias.

Para alguns autores, elas são vestígios de dentes que desapareceram da dentição normal, isto é, estão em relação com o terceiro premolar dos Primatas inferiores.

Para outros, Dixon, de Dublin [29], estas massas dentárias representam apenas restos de dentes de leite.

Nos Bantos sul-africanos, as massas dentárias observadas não mostravam nenhuma semelhança com qualquer dente actual, antes tinham tôdas as aparências de porções inabsorvidas do primeiro molar do leite.

Nos crânios por nós examinados, encontrámos frequentemente estas produções dentárias (em 12,5 e 7,1% dos crânios, respectivamente de Angola e Moçambique). Embora nem sempre localizadas entre o segundo premolar e o primeiro molar, consideramo-las, no entanto, da mesma natureza, visto encontrarem-se constantemente na região dos premolares e poderem, portanto, receber a mesma explicação.



Fig. 4

Em todos os casos que nós registamos, estas massas dentárias não tinham qualquer relação com os alvéolos ou dentes vizinhos.

Eis a descrição dos exemplares que encontrámos.

Crânio 157, de Angola, (Fig. 4)—Entre o primeiro premolar e o alvéolo do segundo premolar superiores esquerdos, nota-se a presença duma produção dentária, oblonga, de superfície e contôrno irregulares, com o comprimento de 22^{mm}, e estendendo-se para cima até cêrca de um centímetro do buraco infra-orbitário.

O seu aspecto, a sua localização e até as suas dimensões podem dar origem a discussão quanto ao seu verdadeiro significado.

O Prof. Hernani Monteiro refere-se, em dois dos seus trabalhos, a esta anomalia, dizendo num dêles [74] que se trata duma «raiz supranumerária na região dos pequenos molares superiores esquerdos», e noutro [73] que êste crânio «tem um dente supranumerário à esquerda».

Discordando apenas da designação de *raiz* ou *dente*, que implica a idéia dum órgão dentário inteiramente formado, somos de parecer que, na verdade, se trata duma produção dentária supranumerária, que de bom grado classificaremos de *disembrioplasia*¹.

A dificuldade de extrair esta produção dentária, sem deter-

riorar o crânio onde se encontra, impediu-nos de proceder ao seu exame histológico e, portanto, de ver em que capítulo poderíamos, com mais propriedade, incluir esta massa dentária.

As mesmas considerações se podem aplicar aos restantes casos, pois esta designação de massas dentárias parece-nos pouco precisa.

Crânio 161, de Angola, (Fig. 5) — Existem neste

¹ Com efeito, segundo Codvelle & Bercher [19], mesmo um dente supranumerário, inteiramente constituído, se pode considerar como *disembrioplasia ortodontoplásica*, enquanto outras produções dentárias, amorfas, são também *disembrioplasias*, mas de tipo *disodontoplásico*.

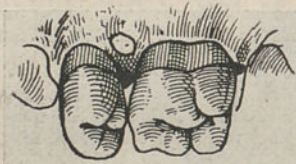


Fig. 5

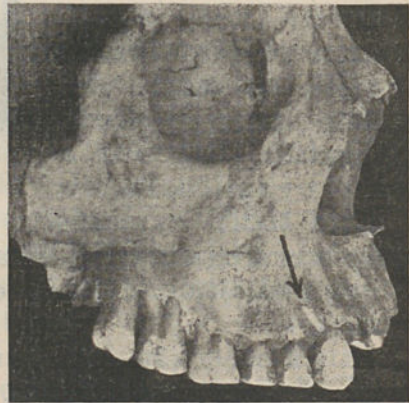


Fig. 6

crânio duas massas dentárias, globulosas, simétricas. Situadas no rebôrdio alveolar, do lado palatino, entre os colos do segundo premolar e do primeiro molar superiores, elas são sensivelmente iguais. O seu diâmetro máximo é de dois milímetros e meio, o diâmetro mínimo é de dois milímetros.

Crânio 254, de Angola, (Fig. 6) — Na face externa do maxilar superior direito, junto do rebôrdio alveolar, e entre os colos do canino e do primeiro premolar, nota-se uma massa dentária cilíndrica¹, orientada de baixo para cima e de diante para trás. Mede seis milímetros de comprimento por dois milímetros de largo.

Não se pôde saber se a anomalia era simétrica, visto que do lado oposto o osso estava parcialmente destruído.



Fig. 7

Crânio 335, de Moçambique, (Fig. 7) — Na face externa do maxilar superior esquerdo, entre os dois premolares, nota-se uma massa dentária oblonga, achatada, cujo eixo maior se orienta de baixo para cima e de diante para trás, e cuja extremidade inferior, da parte visível na fotografia, dista oito milímetros e meio do rebôrdio alveolar. Em parte oculta sob a tábua óssea, mede cinco milímetros e meio de comprimento por dois milímetros de largura máxima.

No maxilar direito, e com localização simétrica, nota-se outra massa dentária, circular, achatada e

¹ O Prof. Hernani Monteiro [74] refere esta anomalia como um «pequeno dente supranumerário».

de dimensões muito mais reduzidas: um milímetro e meio de diâmetro.

IX — MUTILAÇÕES DENTÁRIAS

O capítulo das mutilações, particularmente das mutilações dentárias,—já pelo seu interesse etnográfico, já pelo seu sabor exótico,—tem sido de tal modo esmiuçado, que se torna difícil, senão impossível, apresentar novidades.

Tal não é, aliás, o nosso intento. As linhas que se seguem, breve resenha dos trabalhos que conhecemos acêrca do assunto, apenas se escrevem como indispensável moldura às peças anatómicas que apresentamos.

O hábito da mutilação dentária, embora hoje menos freqüente do que noutras eras, é ainda a mais espalhada de todas as práticas de deformação do corpo. Conhecido e estudado em todos os continentes, incluindo na Europa antiga, é, porém, no misterioso continente africano que tal assunto mais tem merecido a atenção dos investigadores.

Reproduzimos de Shaw (Fig. 8), um elucidativo mapa da África, que mostra a distribuição geográfica do hábito das mutilações dentárias. Por êle se verifica que o A. coloca a nossa colónia de Angola entre as regiões onde o costume é menos comum. Quanto a Moçambique, as regiões Norte e Central são zonas em que as mutilações são freqüentes, enquanto no extremo Sul da província elas são mais raras.

É interessante notar que, na África como na Austrália, é a extracção de dentes que constitue a mutilação mais vulgar. Frazer [42], considera o costume da extracção mais primitivo do que o da mutilação dentária.

Estes costumes não se encontram com frequência nas raças bantas da África do Sul. Theal [108], no seu conhecido trabalho sôbre as raças sul-africanas,

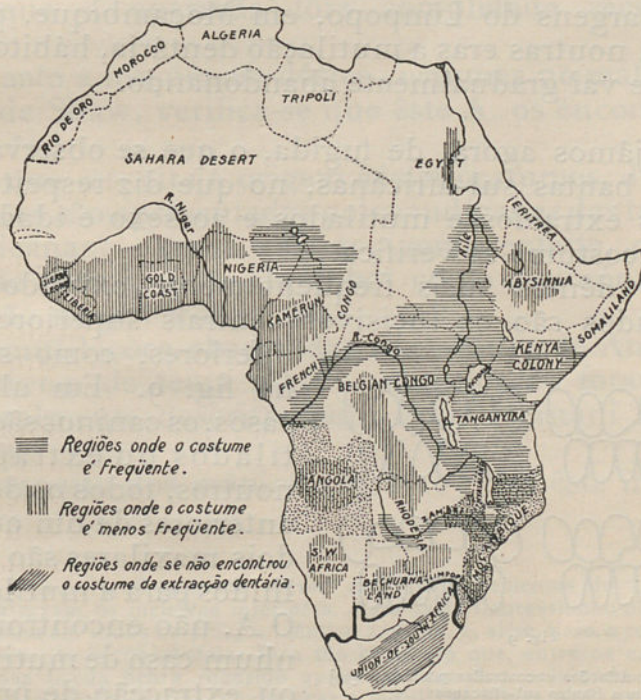


Fig. 8

Mapa da África, mostrando a distribuição do costume das mutilações dentárias (reproduzido de SHAW [99])

Limitamos por traço espesso a região estudada por SHAW (União Sul-Africana); marcamos a ponteados as regiões estudadas por nós (Angola e Moçambique).

não regista nenhum exemplo. E Stow [104] também não menciona a mutilação ou a extracção como costumes das tribos bantas da África Meridional.

Shaw [99] não encontrou nenhum caso de extrac-

ção dentária; todavia, observou, em numerosas tribos, vários exemplos de mutilação, (Fig. 9).

Pelo que respeita às nossas colónias, Shaw refere, de passagem, que em Angola as mulheres da tribo Gager extraem dentes. Earthy [36] diz que os povos das margens do Limpopo, em Moçambique, praticavam noutras eras a mutilação dentária, hábito que hoje se vai gradualmente abandonando.

Vejâmos agora, de fugida, o que se observa nas tribos bantas sul-africanas, no que diz respeito aos dentes extraídos e mutilados e ao sexo e idade em que o costume se verifica.

Os dentes mais freqüentemente extraídos ou mutilados são os incisivos centrais superiores ou inferiores, como se vê na fig. 9. Em alguns casos, os caninos são mutilados ou extraídos, noutros, todos os dentes anteriores de um ou dos dois maxilares são escolhidos para a mutilação. O A. não encontrou nenhum caso de mutilação ou extracção de premolares ou molares.

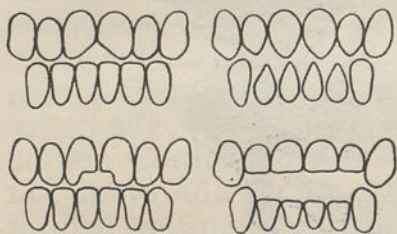


Fig. 9

Tipos de mutilações encontradas por SHAW [99] nos Bantos sul-africanos.

Em Angola, refere Shaw [99] que as mulheres da tribo Gager extraem, não só os dois incisivos centrais inferiores, mas também os dentes correspondentes do maxilar superior.

Quanto ao sexo, parece que nos Bantos sul-africanos é no sexo masculino que o costume predomina. Com efeito, Shaw não encontrou casos de mutilação nas mulheres, nem os viu apontados por outros investigadores.

A idade escolhida varia com o habitat e a tribo.

Embora a idade preferida para a operação seja, de maneira geral, entre os 14 e os 20 anos, a verdade é que algumas excepções se observam; num caso de Shaw, a mutilação tinha sido feita antes dos 14 ou 15 anos; noutro caso, um Zulo de avançada idade, dizia que a operação fôra completada recentemente.

Quanto à frequência destes costumes no material banto de Shaw, verifica-se que êste A. os encontrou em 4,2 %¹.

No que respeita à origem destes costumes, diversas razões são apresentadas pelos indígenas das tribos sul-africanas: — como castigo, como enfeite, como sinal de identificação da tribo, como cerimónia de iniciação na puberdade, etc.

As mutilações observadas nos crânios de Angola que servem de tema a esta comunicação foram já magistralmente descritas pelo Prof. Hernani Monteiro [73].

A respeito dos crânios 157 a 165, diz êste investigador:

«...Notei que em alguns crânios provenientes do Humbe, faltavam os incisivos inferiores. Essa falta impressionou-me, pois tinha em todos os crânios idêntico aspecto, e, além disso, a reabsorção do bôrdô alveolar fôra tão completa que, entre os caninos, êsse bôrdô ficara reduzido apenas a uma fina e delgada lâmina óssea. Tudo isto parecia indicar a mutilação étnica, consistindo na avulsão dos dentes incisivos inferiores em individuos muito novos ou ainda crianças».

Nos restantes crânios, (253 a 258), de sobas da região do Libolo, o referido A. não viu nenhum caso de mutilação.

¹ Nos indígenas australianos observados por Campbell, a percentagem era de 10,5 0/0. É, pois, evidente que o costume é muito mais comum na Austrália do que na moderna Africa do Sul.

Nos crânios de Moçambique existentes neste Museu, não se observam mutilações dentárias. Julgamos, porém, interessante resumir as observações do Prof. Américo Pires de Lima acêrca dêstes hábitos na Costa Oriental Portuguesa [79]:

— Nos *indigenas do litoral do Niassa*, desde remotas eras em contacto com povos mais civilizados (Árabes, mais tarde os Mònhés da Índia e os Portugueses), as mutilações dentárias são excepcionais e pouco aparentes.

— Nos *M'jauas*, que habitam a região entré o lago Niassa e os rios Rovuma e Lugenda, bem como nos Landins do Sul de Moçambique, o A. não refere a existência de mutilações dentárias.

— Já os *Macuas* do Niassa apresentam mutilações dentárias em 24%.

— Nos *Macuas* de Moçambique, os mais atrasados entre todos os indígenas vistos pelo A., as mutilações dentárias aparecem em 36,4%.

— Nos *indigenas de Tete*, as mutilações são frequentes mas discretas, sendo a mais comum a dos incisivos centrais superiores talhados em cunha, (56,2%).

— Noutras tribos, (*Inhambanes, Quelimanes, Manicas* e *Macuas* de Quelimane), as mutilações dentárias aparecem com uma freqüência que varia entre 20 e 58,3%.

Do exposto, podemos concluir que os crânios por nós examinados se assemelham notavelmente aos que Shaw estudou. Esta inferência confirma a opinião de diversos autores, quando afirmam que as populações negras de Angola e Moçambique pertencem à raça dos Bantos. Além disso, podemos deduzir que os indígenas destas Colónias e os da União Sul-Africana pertencem ao mesmo grupo racial, em

que as oscilações observadas são mais o resultado de variações ontogénicas, do que a consequência de factores extrínsecos.

Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do
Pôrto, Director o Prof. J. A. Pires de Lima.

Comunicação à 6.^a Reunião da Sociedade Anatómica
Portuguesa, Pôrto, Abril de 1938.

Quadro I — ANGOLA

CRÂNIOS		DENTES AUSENTES	ANOMALIAS NUMÉRICAS	ANOMALIA DE TOMES (P.M. INFERIORES)		TUBÉRCULO DE CARABELLI (1.º M. SUP.)	VARIAÇÕES DE POSIÇÃO	FOSSETA DO 4.º M. SU- PERIOR	MASSAS DENTÁRIAS	MUTILAÇÕES
N.º	Sexo			1.º	2.º					
157	?	5 21 12 5 7 843 3 7 1 1 3	Falta 8		D.	E.				Extracção de $\frac{21}{21}$ $\frac{12}{12}$ (*)
158	?	8 65 3 5678 8 5 321 1234 8								Extracção de $\frac{1}{21}$ $\frac{1}{12}$
160	?	8 6543 345678 43 1 1 2								Extracção de $\frac{21}{21}$ $\frac{12}{12}$
161	?	sem mandíbula								
162	?	8 54321 12345 sem mandíbula								
163	?	54321 12 sem mandíbula								
164	?	321 123 543 345								Extracção de $\frac{21}{21}$ $\frac{12}{12}$
165	?	87 321 121 678 5 3 3								Extracção de $\frac{21}{21}$ $\frac{12}{12}$
220	♀	321 123 54321 12345								
253	♂	8 65 321 123 5 1 1								(**)
254	♂	21 123 54321 12								
255	♂	321 123 5 321 123 5								
256	♂	5 321 123 5 7 5 321 123 5								
257	♂	21 123 78 65 1 1234								
258	♂	8 654321 123 8 6 54321 12345								
Esq.	♀	4 6 8	Três dentes su- pranumerários, conóides na re- gião incisiva.							

(*) Parece haver mutilação dos incisivos superiores,
(**) laterais inferiores.

Quadro II — MOÇAMBIQUE

CRÂNIOS		DENTES AUSENTES		ANOMALIAS NUMÉRICAS	ANOMALIA DE TOMES			TUBÉRCULO DE CARABELLI		VARIACOES DE POSIÇÃO	FOSSETA DO 4.º M. SU- PERIOR	MASSAS DENTÁRIAS	MUTILACOES
					1.º	2.º	D.	E.	D.				
N.º	Sexo	Idade			D.	E.	D.	E.					
327	?	?	54321 12345 5 21 1234										
328	?	?	7 54321 12345 8 8 54321 12345 78	Falta 8									
329	?	?	8 5 321 123 78 sem mandíbula										
330	?	?	7654321 12 5978 sem mandíbula										
331	?	?	87 321 123 sem mandíbula	Um dente su- pranumerário, conóide, na re- gião molar sup. D. Falta 8									
333	?	?	54 21 12345 8 sem mandíbula	Falta 8									
334	?	?	21 12 5 sem mandíbula										
335	?	?	1 1 1 6 sem mandíbula										
336	?	?	7 4321 123 5 7 sem mandíbula										
337	?	?	54321 123 sem mandíbula										
338	?	?	7 5 321 123 8 sem mandíbula										
339	?	?	97654321 123456 8 sem mandíbula										
900	♀	26	1 12 sem mandíbula										
Esq.	♂	?	5 2										

{ Vestibular, du-
pla, simétrica,
entre 5,4j e 1-5
(5,50 X 2mm)

{ 1.º pm. sup. di-
reto um pou-
co vestibul-
lado

RÉSUMÉ:

ANOMALIES ET MUTILATIONS DENTAIRES CHEZ LES BANTOUS D'ANGOLA
ET DU MOZAMBIQUE

Les AA. ont étudié 17 crânes d'indigènes d'Angola et 14 du Mozambique, de la collection de l'Institut d'Anatomie de Porto. Malgré le nombre considérable de dents tombées, les AA. ont pu encore examiner 376 dents et ont enregistré les anomalies suivantes:

—Un cas de trois dents surnuméraires conoïdes dans la région incisive inférieure droite, avec inclusion de l'incisive centrale du même côté; ce cas a été minutieusement décrit par le savant Prof. J. A. Pires de Lima, directeur de l'Institut.

—Un autre cas d'une dent surnuméraire conoïde dans la région molaire supérieure gauche, antérieurement signalé par d'autres investigateurs.

—Absence de dent de sagesse supérieure, d'un seul côté, sur quatre crânes.

—Deux cas très intéressants d'anomalie de Tomes sur des premières prémolaires inférieures.

—Sur trois crânes, il existait le tubercule de Carabelli, et dans tous les cas l'anomalie se trouvait du côté droit.

—Un cas de fossette de quatrième molaire supérieure, très nette, l'anomalie étant bilatérale.

—Quatre cas de masses dentaires, tantôt vestibulaires, tantôt palatines, la première localisation étant la plus fréquente.

En ce qui concerne les mutilations dentaires, les AA. ont étudié des cas d'extraction des incisives inférieures observés sur plusieurs mandibules d'Angola; mais ils n'ont pu apprendre s'il y aurait des mutilations proprement dites, étant donné le manque de dents antérieures du haut. Quant au Mozambique, ils n'ont trouvé aucun signe, soit d'extraction, soit de mutilation, et pour les mêmes raisons invoquées ci-dessus; cependant, en se basant sur des études antérieures, les AA. concluent qu'au Mozambique on observe surtout des mutilations dentaires proprement dites, tandis que chez les indigènes d'Angola c'est le coutume de l'extraction qui se trouve être le plus fréquent.

Les AA., en comparant les résultats de leur étude à ceux obtenus par Shaw, sont arrivés à conclure que les indigènes sud-africains et les peuples d'Angola et Mozambique appartiennent tous au même groupe racial que constitue la grande famille Bantou.

LITERATURA

- 1—**Adloff (P.)**: *Das Gebiss des Menschen und der Anthropomorphen*. Berlin, 1908. 2—**Adloff (P.)**: *Neue Studien über das Gebiss der diluvialen und rezenten Menschenrassen*. Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde, xxviii, 1910. 3—**Albuquerque (J. Mousinho de)**: *Moçambique*, 1890-1898. Lisboa, 1899. 4—**Almada Negreiros**: *Le Moçambique*. Paris, 1904. 5—**Almeida (Antônio de)**: *Sôbre mutilações étnicas dos aborígenas de Angola*. Dissertação do concurso para professor da Escola Superior Colonial. Lisboa, 1937. 6—**Almeida (João de)**: *Sul de Angola*, 1908-1910. 7—**Anckerman**: *L'Ethnographie actuelle de l'Afrique méridionale*. *Anthropos*, 1, 1906. 8—**B. udouin (Marcel)**: *Un cas de mutilation dentaire préhistorique. Extraction des incisives inférieures*. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 27-11-1934. 9—**Bernard**: *Sur un cas préhistorique d'hétérotopie dentaire*. *Bull. de la Soc. d'Anthropologie*, 11, 1913. 10—**Bouilliez**: *Notes sur les populations Goranes*. *L'Anthropologie*, 11, 1913. 11—**Boule (M.)**: *Le tubercule de Carabelli*. *L'Anthropologie*, 1917. 12—**Bourdel e (E.), Bennejeant (Ch.) & Wicart**: *Anatomie et Physiologie bucco-dentaires. Anatomie dentaire comparée*. Bibliothèque du Chirurgien dentiste. Paris, 1937. 13—**Bradley**: *On two cases of dental anomaly*. *Journal of Anatomy and Phys.* xxxvi, 1902. 14—**Brussaux**: *Mutilations ethniques observées au Congo*. *L'Anthropologie*, 1891. 15—**Cameron**: *Através d'África*. Trad. de F. Lencastre. Lisboa, 1870. 16—**Campbell (T. D.)**: *Dentition and palate of the Australian aboriginal*. Publications under the Keith Sheridan Foundation, N° 1, Adelaide, 1925. 17—**Capelo & Ivens**: *De Angola à Contra-Costa*. Lisboa, 1886. 18—**Capelo & Ivens**: *De Benguela às terras de lacca*. Lisboa, 1881. 19—**Chompret**: *La Pratique Stomatologique, publiée sous la direction de ... Tome II — Pathologie dentaire par Bercher, Fargin-Favolle, Fleury & Lacaisse*. Paris, 1935. 20—**Chudziniski**: *L'éruption tardive d'une dent canine et de la deuxième prémolaire*. *Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris*, 1875. 21—**Convy**: *Notes anthropologiques sur quelques races du territoire militaire du Tchad*. *L'Anthropologie*, 1907. 22—**Cutore**: *Rara disposizione di un terzo molare e di un molare supplementare inferiori nell'uomo*. *Monitore Zoologico Italiano*, 1917. 23—**Dajutulo**: *Quinta dentizione in un fanciullo di dodici anni*. *Monitore Zoologico Italiano*, 1894. 24—**Dartius s**: *La Chronique Médicale*, 1-v-1922. 25—**De orse**: *Le tatouage, les mutilations ethniques et la parure chez les populations du Soudan*. *L'Anthropologie*, 1905. 26—**Dela-chaux (Th. & Thiebaud (Ch.))**: *Pays et peuples d'Angola*. Paris, 1934. 27—**Deniker & Latoy**: *Les races exotiques à l'Exposition universelle de 1889*. *L'Anthropologie*. Vol. 1. 1890. 28—**De Terra (P.)**: *Vergleichende Anatomie des menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten*. Iena, 1911. 29—**Dixon (A. F.)**: *Report of British Association for Advancement of Science*. Dublin, 1908. 30—**Dubreuil-Chambardel & Herpin**: *Gémination dentaire*. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*. Vol. 46. 1910. 31—**Duckworth**: *Description of an Ashanti Skull With defective dentition*. *Journal of Anatomy and Physiology*. Vol. xlv1. 1912. 32—**Duckworth**: *Morphology and Anthropology*. Univ. Press., Cambridge, 1915. 33—**Duckworth**: *Report on a skull from British East Africa*. *Journal of Anatomy and Physiology*. Vol. xlv1. 1912. 34—**Duckworth**: *Studies in Anthropology*. Univ. Press., Cambridge, 1904. 35—**Earle (Charles)**: *On the presence of a supernumerary*

- milk incisor in the human dentition.* Journal of Anatomy and Phys. xxxix. 1905. 36—**Earthi (E. D.):** *On the significance of the bony markings of some natives of Portuguese East Africa.* S. A. Journal of Science, 1924. 37—**Engerrand:** *Les mutilations dentaires chez les anciens Mayas.* Revue Anthropologique, Dezembro, 1917. 38—**Faidherbe:** *Sur le prognathisme artificiel des mauresques du Sénégal.* Bull. de la Soc. d'Anthropologie de Paris, 1872. 39—**Ferreira (J. Filipe):** *As anomalias dentárias e a sua importância clinica.* Revista portuguesa de Estomatologia, nº 8. 1937. 40—**Ferreira Diniz (J.):** *Populações indígenas de Angola.* Coimbra, 1918. 41—**Figueira (Fernandes):** *Angolenses anómalos.* Portugal Médico, 1925. 42—**Frazier (J. G.):** *Toteism and exogamy.* London, 1910. 43—**Gabell, James & Payne:** *Report on Odontomes.* British Dental Assoc. 1914. 44—**Gaillard:** *Etude sur les lacustres du Bas-Dahomey.* L'Anthropologie, 1907. 45—**Girard (Henri):** *Yakomas et Bougous anthropophages du Haut-Oubanghi.* L'Anthropologie, 1901. 46—**Godel:** *Race Soussous Côte Occidentale d'Afrique.* Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris. 1892. 47—**Gregory (W. K.):** *The origin and evolution of the human dentition.* Journal of Dental Research. Vols. 11 e 111. 1920-1921. 48—**Hamy:** *Les mutilations dentaires au Mexique et dans le Yucatan.* Bull. de la Soc. d'Anthropologie de Paris. 1882. **Hopewell-Smith (A.):** *Dental Anatomy and Physiology.* London, 1913. 50—**Hrolicka (A.):** *Further studies of tooty morphology.* Amer. Journ. Phys. Anthropol. Vol. 1v. 1921. 51—**Hucheny (M.):** *Les mutilations ethniques chez quelques tribus de la région du Moyen-Niger.* Institut Français d'Anthropologie. Compte-rendu de la Séance du 8 Avril, 1914. 52—**Jackson:** *Dental mutilations in Neolithic human remains.* Journal of Anatomy and Physiology, XLIX. 1915. 53—**Jeanselme (F.):** *Note sur l'existence du tubercule de Carabelli aux temps préhistoriques, dans l'antiquité et au Moyen-Age.* 1918. 54—**Johnston (H. H.):** *A Survey of the Ethnography of Africa.* Journal of the Anthropological Institute, XLIII, 1913. 55—**Junod (Henry):** *Mœurs et coutumes des Bantous.* Paris, 1936. 56—**Kanner (L.):** *Folklore of the teeth.* nº 6. Dental Cosmos, Vol. LXVIII. 1926. 57—**Kate:** *Mélanges anthropologiques — Indigènes de l'Archipel Timorien.* L'Anthropologie, 1915. 58—**Keith (Arthur):** *A description of teeth of paleolithic man from Jersey.* Journ. of Anat. and Phys., XLVI. 1912. 59—**Kirk:** *Malformation of incisor teeth.* Journ. of Anat. and Physiology, Vol. xviii. 60—**Klaatsch (H.):** *Reports of the N. S. W. Pathological Lab. of the Lunacy Dept.* Vol. 1. 1908. 61—**Lamouroux:** *La région du Toubouri. Notes sur les populations de la sub-division de Fanga.* L'Anthropologie, 11, 1913. 62—**Lasch:** *Die Verstümmelung der Zähne in Amerika und Bemerkungen zur Zahndeformierung in Allgemeinen.* Mittheilungen der Anthr. Gesellschaft, Band, xxxi. Wien, 1901. 63—**Launois & Branca:** *Étude sur la troisième dentition chez l'homme.* Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, Vol. 32. 1896. 64—**Locchi:** *Sobre um caso de polyodontia no homem.* Annaes de Medicina de São Paulo, 1v, 1929. 65—**Maclaud:** *Notes anthropologiques sur les Diola de la Casamance.* L'Anthropologie, 1907. 66—**Magitot:** *Essai sur les mutilations ethniques.* Compte-rendu de la 9^e session du Congrès d'Anthropologie et d'Archéologie préhistoriques. Lisbonne, 1884. 67—**Magitot:** *Traité des anomalies du système dentaire chez l'Homme et les Mammifères.* Paris, 1872. 68—**Mantegazza:** *Physionomie comparée des races humaines.* Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris, 1863. 69—**Mendes Correia (A. A.):** *Antropologia Angolense. Quiccos, Luimbes, Luenas e Lutchazes. Notas antropológicas sôbre observações de Fonseca Cardoso.* Archivos de Anatomia e Anthropologia, Lisboa, 11. 1914-1916. 70—**Mendes Correia (A. A.):** *Antropologia Angolense. Bi-N'bundo, Andulos e Ambuelas-Mambundas. Notas antropológicas sôbre observações de Fonseca Cardoso.* Arq. de Anat. e Antrop. 1v.

1918. 71—**Mendes Correia (A. A.)**: *Notas antropológicas sobre os Luangos da região dos Dembos (Angola)*. O Instituto. Vol. 69. 1922. 72—**Mondière**: *Monographie de la femme de la Cochinchine*. Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris, 1880. 73—**Monteiro (Hernani)**: *Mutilações dentárias da região do Humbe*. Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia. Fasc. iv. Vol. 1. 1922. 74—**Monteiro (Hernani)**: *Sobre anomalias dentárias em indivíduos portugueses*. Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ano vi. 1922. 75—**Monteiro (Hernani) & Adrião (Melo)**: *Mutilações dentárias*. Extrato das actas do I Congresso Nacional de Antropologia Colonial. Porto, 1934. 76—**Néel**: *Note sur deux peuplades de la frontière libérienne, les Kissi et les Toma*. L'Anthropologie. 11. 1913. 77—**Neto (Ladislaw)**: *Do corte artificial dos Dentes*. Revista da Exposição Antropológica Brasileira. Rio de Janeiro, 1882. 78—**Noel**: *Étude ethnographique et anthropologique sur les Têdas du Tibesti*. L'Anthropologie, 1920. 79—**Pires de Lima (Americo)**: *Contribuição para o estudo antropológico dos indígenas de Moçambique*. Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto. iv. 1917-1918. 80—**Pires de Lima (Americo)**: *Notas etnográficas do Norte de Moçambique*. Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto. Vol. iv. 1917-1918. 81—**Pires de Lima (J. A.)**: *Polidontia numa negra de Angola*. Brasil Odontológico, Agosto, 1936. Rio de Janeiro. 82—**Pires de Lima (J. A.) & Mascarenhas (Constâncio)**: *Contribuição para o estudo antropológico de Moçambique*. Arquivos de Anatomia e Antropologia. ix. 1924-1925. 83—**Pires de Lima (J. A.)**, **Monteiro (Hernani) & Mascarenhas (Constâncio)**: *Contribuição para o estudo antropológico do Angolense*. Revista Médica de Angola, nº 4. Fasc. v. 1924. 84—**Poutrin**: *Les Négrilles du Centre Africain. Contribution à l'étude des Pygmées d'Afrique*. L'Anthropologie, 1911. 85—**Poutrin**: *Notes ethnographiques sur les populations M'Baka du Congo français*. L'Anthropologie. 1910. 86—**Pruner Bey**: *Description de crânes mérovingiens*. Bull. de la Soc. d'Anthr. de Paris, 1868. 87—**Quatrefages & Hamy**: *Crania ethnica*. Paris, 1882. 88—**Quintão (José Luis)**: *Origem dos Bantus*. Portugal Colonial. Lisboa, 1932. 89—**Regnault**: *Les Babenga-Négrilles de la Sanga*. L'Anthropologie. 1911. 90—**Rose (C.)**: *Ueber die Rückbildung der seilichen Schneidzähne des Oberkiefers und der weisheitszähne im menschlichen Gebisse*. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Vol. xxiv. 1906. 91—**Ruelle**: *Notes anthropologiques, ethnographiques et sociologiques de quelques populations noires du 2^e Territoire militaire de l'Afrique Occidentale Française*. L'Anthropologie. 1904. 92—**Santelli**: *Les Danakils*. Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris, 1893. 93—**Schultz (A. H.)**: *Studies on the evolution of human teeth*. Dental Cosmos. 1925. 94—**Selenka (E.)**: *Rassen und Zahnwechsel des Orang-Utan*. Sitz d. Königlich preuss. Akad. d. Wissenschaften. Berlin, 1896. 95—**Sergi (Sergio)**: *Su una deformazione dei denti in Abissinia*. Atti della Società Romana di Antropologia. xvi. 1908. 96—**Serpa Pinto**: *Como eu atravessei a Africa*. Londres, 1881. 97—**Serrano**: *Tratado de Osteologia Humana*. Lisboa, 1825. 98—**Shaw (J. C. M.)**: *Four cases of fourth molar teeth in S. African baboons*. Journal of Anatomie. Vol. LXII, 1927. 99—**Shaw (J. C. M.)**: *The teeth, the bony palate and the mandible in Bantu Races of South Africa*. With a foreword by sir Arthur Keith. London, 1931. 100—**Siffre**: *Les anomalies de la région incisive—Les dents supplémentaires*. Revue Odontologique et Revue Générale de l'Art réunis. 1911. 101—**Smith (Elliot)**: *On the presence of an additional incisor tooth in a prehistoric Egyptian*. Journal of Anatomy and Physiology. xxxvi. 1902. 102—**Smith (Ramsay)**: *Further observations on the development of the teeth of the Australian aboriginal*. Journ. of Anat. and Phys. XLII. 1908. 103—**Smith (Ramsay)**: *Some rare abnormalities in teeth*. Journal of Anat. and Phys. 104—**Stow (G. W.)**: *The native races of South Africa*. London, 1905.

- 105—Taviani: *Considerazioni sulle anomalie dentarie del settore incisivo dedotte da un caso di incisivo sopranumerario nell'uomo*. Scritti Biologici raccolti da Luigi Castaldi. iv. 1929. 106—Taviani: *Eterotopia degli incisivi centrali in un cranio di Peruviano antico*. Scritti Biologici raccolti da Luigi Castaldi. 107—Taylor: *Variations in the human tooth-form as met with in isolated teeth*. Journal of Anatomy and Phys. Vol. 33. 1899. 108—Theal (C. Mc.): *The yellow and dark-skinned people of South Africa*. London, 1900. 109—Tomes (C. S.): *A manual of dental anatomy, human and comparative*. London, 1923. 110—Topinard: *Sur les races indigènes de l'Australie*. Bull. de la Soc. d'Anthrop. de Paris. 1872. 111—Turner: *An Australian skull with three supernumerary upper molar teeth*. Journal of Anatomy and Physiology. Vol. xxxiv. 1900. 112—Turner: *Note on a case of a supernumerary upper incisor teeth*. Journal of Anatomy and Physiology. Vol. xii. 1877. 113—Turner: *A pair of supernumerary teeth in the molar region*. Journal of Anatomy and Physiology. Vol. xxvi. 1891-1892. 114—Vasconcelos (J. Leite de): *Tradições populares de Portugal*. Porto, 1882. 115—Werner (A.): *The natives of British Central Africa*. London, 1906. 116—Wilson (J. T.): *Two cases of fourth molar teeth in the skulls of an Australian aboriginal and a new Caledonian*. Journ. Anat. & Physiol. Vol. xxxiv. 1905. 117—Windle (Bertran) & Humphreys (John): *Man's lost incisors*. Journal of Anatomy and Physiology. xxi. 1887. 118—Zucker-kandl (E.): *Ueber das epitheliale Rudiment eines vierten Mahlzahnes beim Menschen*. Sitz. d. kaiserl. Akad. d. Wissensch. Wien, 1891.

As fotografias e desenhos que ilustram este trabalho devem-se ao hábil fotógrafo-desenhador do Instituto de Anatomia, Sr. Manuel A. Ferreira, a quem aqui expressamos o nosso agradecimento.

Igualmente agradecemos ao Sr. Albino Cunha, distinto conservador-preparador do referido Instituto, o auxílio que nos prestou.



