

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

VOL. XIV



NN 1-3

«COIMBRA EDITORA»

MCMXXXIX

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS

1939



VOL. XIV

«COIMBRA EDITORA»
MCMXXXIX

ni,
to-
de
et
os-
ré-
se-
ait
Le
ne
ix;
ait
ix,
t à

INDEX

	NN
GERALDINO BRITES: <i>Sur deux cas de solénome de l'utérus</i>	1
—: <i>La pathogénie de la péritonite chronique encapsulante de l'intestin.</i> <i>Deux cas d'encapsulement à considérer</i>	2
ÁLVARO MOITAS: <i>Porco otocefaliano agnátocéfalo</i>	3

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)

ÉDITEUR: PROF. GERALDINO BRITES

Les FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS publient des mémoires originaux et des études d'Anatomie descriptive et topographique, d'Anatomie pathologique, d'Histologie et d'Embryologie réalisés dans les laboratoires de l'Université de Coïmbre.

Les FOLIA sont 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

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, CONSTÂNCIO MASCARENHAS, GERALDINO BRITES,
PEGADO CARDOSO, SIURAMA USGÃO CAR

VOL. XIV



1939

«COIMBRA EDITORA»

MCMXXXIX

COLLEGE OF THE SISKIYOU
YUBA COUNTY
CALIFORNIA



LIBRARY OF THE
COLLEGE OF THE SISKIYOU

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

FOYIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONINGBERGENSIS

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, CONSTÂNCIO MASCARENHAS, GERALDINO BRITES,
PEGADO CARDOSO, SIURAMA USGÃOCAR

VOL. XIV



1939

«COIMBRA EDITORA»

MCMXXXIX

FOLIA AATOMICA
UNIVERSITATIS
COIMBRIGENSIS

REDACTORES

Prof. GERALDINO BRITES - Prof. MAXIMINO CORREIA

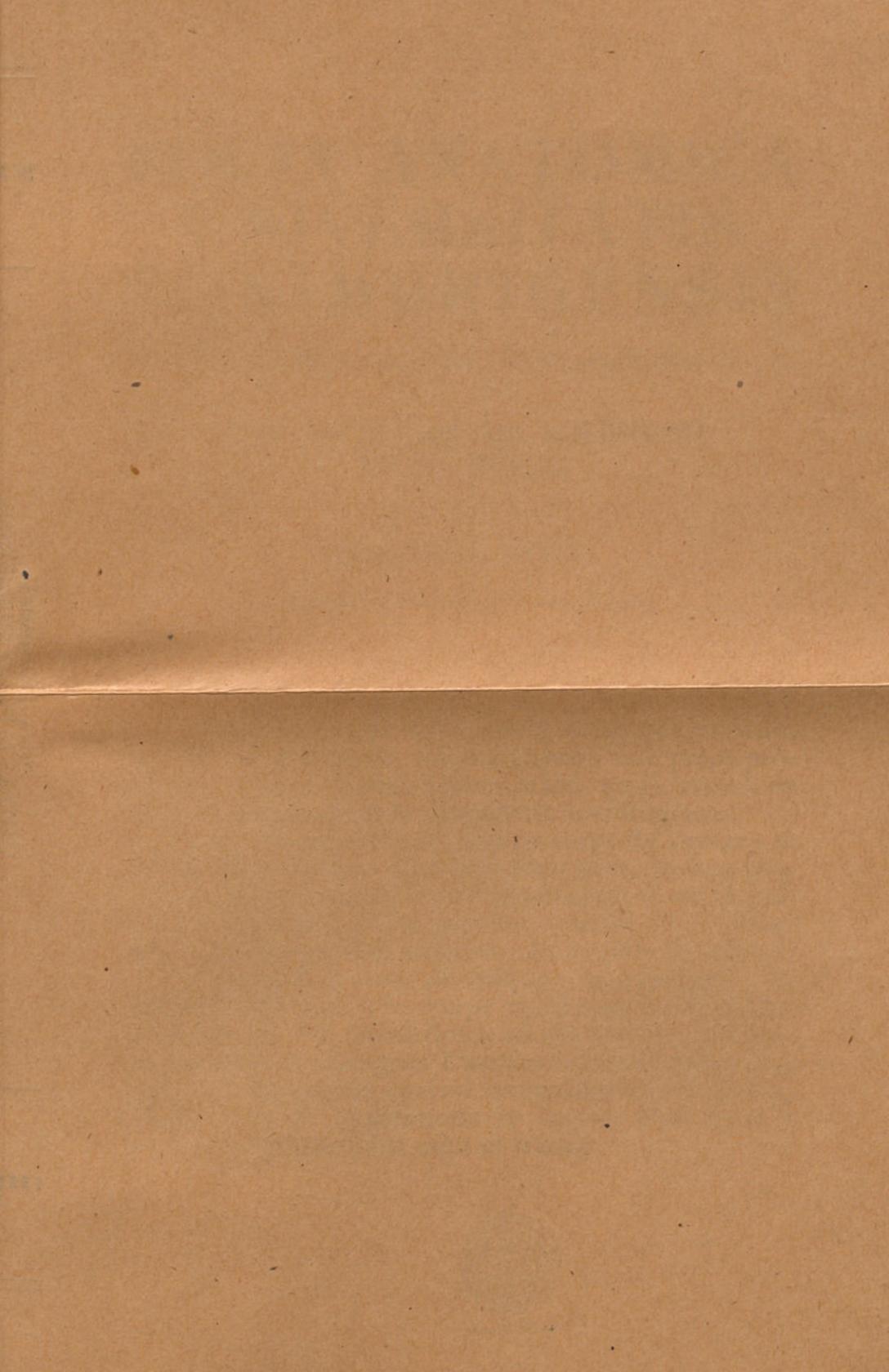
COLLABORANT

ALVARO MOUTAS, CONSTANTINO MARQUESAS, GERALDINO BRITES,
PEDRO CARLOS, SILVANA FERREIRA



Vol. XIV 1950

COIMBRA EDITORA
MCMXXIX



FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XIV

N 1

SUR DEUX CAS DE SOLÉNOME DE L'UTÉRUS

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la rédaction le 15 janvier 1939)

OBSERVATION I

Le 30 novembre 1938 notre Collègue et Ami, le Prof. Luiz Raposo, nous a envoyé une pièce provenant d'intervention abdominale, qu'il venait de faire, en demandant le diagnostic histologique.

Nous n'avons étudié que le corps de l'utérus et les annexes droits. Ce corps était gros, la face postérieure plus bombée que l'antérieure; il ne se présentait pas durci outre mesure, malgré l'épaississement net de la paroi utérine. La cavité contribuait aussi à l'augmentation de volume, étant élargie. Le tissu ne criait pas à la coupe et l'examen attentif ne montrait pas des tourbillons, ni des noyaux fibreux; il était pâle et exsangue. L'aspect de l'endomètre était frappant: il était très épaissi, irrégulièrement villositaire, remplissant de végétations la cavité, d'un bout à l'autre, uniformément mou et friable.



GERALDINO
—: *La*
Deu
ÁLVARO M

F O

(Propriété

Les F
publient
topograph
réalisés d

Les F
choix de
paraîtront

Les m
auteurs m

Toute
des FOL
Brites, In

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

REDACTORES

PROF. GERALDINO BRITES PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, CONSTÂNCIO MASCARENHAS, GERALDINO BRITES,
PEGADO CARDOSO, SUIRAMA UISCIOCAR

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XIV

N 1

SUR DEUX CAS DE SOLÉNOME DE L'UTÉRUS

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la rédaction le 15 janvier 1939)

OBSERVATION I

Le 30 novembre 1938 notre Collègue et Ami, le Prof. Luiz Raposo, nous a envoyé une pièce provenant d'intervention abdominale, qu'il venait de faire, en demandant le diagnostic histologique.

Nous n'avons étudié que le corps de l'utérus et les annexes droits. Ce corps était gros, la face postérieure plus bombée que l'antérieure; il ne se présentait pas durci outre mesure, malgré l'épaississement net de la paroi utérine. La cavité contribuait aussi à l'augmentation de volume, étant élargie. Le tissu ne criait pas à la coupe et l'examen attentif ne montrait pas des tourbillons, ni des noyaux fibreux; il était pâle et exsangue. L'aspect de l'endomètre était frappant: il était très épaissi, irrégulièrement villositaire, remplissant de végétations la cavité, d'un bout à l'autre, uniformément mou et friable.



Ce fut à l'égard de la connaissance des lésions de cette muqueuse que notre recherche a été d'abord orientée.

Dans les coupes intéressant l'endomètre perpendiculairement à la surface, nous avons vu exagérée, la disposition vérifiée à l'examen macroscopique: des fentes profondes, irrégulières, ramifiées, partagent l'endomètre en des masses de tubes enveloppés de tissu cytogène.

Les tubes sont très nombreux et longs: parfois on les voit s'étendant d'un côté à l'autre du champ microscopique, à faible grossissement, se continuant sur des champs consécutifs; ils sont flexueux, portant des branches minces et des diverticules, avec des parties rétrécies et d'autres élargies. Parfois les flexuosités sont telles qui ne peuvent pas être saisies dans la même coupe; on n'y voit que des segments plus ou moins longs. Ces tubes s'ouvrent à la surface de la muqueuse ou au niveau des fentes ci-dessus décrites. Tous ces tubes sont revêtus d'un épithélium, dont les cellules forment une seule couche et dont la limite basale est absolument nette; elles sont prismatiques, plus ou moins hautes et ciliées dans les tubes plus minces. Cellules des tubes, cellules des fentes et celles de la surface libre sont très vacuolisées et sur de longues étendues des calices sont ébauchés à l'appex du corps cellulaire. L'examen soigné montre que les mitoses, rares d'ailleurs, sont normales. Quelques tubes contiennent des hématies.

Les éléments du tissu cytogène, gros, trappus, sont serrés les uns contre les autres; les capillaires sanguins sont très nombreux; on voit des lymphocytes clairsemés. On peut remarquer que les mitoses sont ici plus nombreuses que dans l'épithélium.

Il n'y a donc pas lieu de distinguer dans cet endomètre une couche lacunaire d'une autre cellulaire,

fonctionnelle, tout l'endomètre se présentant lacunaire.

Quel que soit le point de la muqueuse où l'enlèvement de morceaux, en vue de l'inclusion, soit fait, l'aspect des coupes obtenues est toujours identique. Il s'agit, en résumé, de l'aspect d'un état hyperplastique, adénomateux, de la muqueuse utérine.

L'absence de signes bien nets d'un processus inflammatoire et d'autre part le besoin de connaître le comportement du myomètre, nous ont apporté des détails très intéressants: Dans la limite profonde de l'endomètre (fig. 1) on voit par-ci par-là des tubes qui, dépassant cette limite, s'enfoncent dans la masse musculaire, bien au-delà de la zone où le même fait est habituel dans les cas graves d'endométrite hyperplastique. Ces tubes plongeant dans le myomètre sont des plus minces; leur épithélium est particulièrement net et ils ne se montrent pas entourés de tissu cytogène appréciable. Ils ne s'étendent point jusqu'à la couche externe du myomètre.

En poursuivant notre examen, nous avons rencontré sur le bord de l'utérus et tout près de la section opératoire, c'est-à-dire, contre l'isthme, un corps tout à fait rond, gros comme une aveline, enveloppé de conjonctif lâche, un peu moins lâche entre lui et l'utérus; son extirpation fut très aisée. La coupe médiane montre la dureté et l'aspect caractéristique des leiomyomes. Malgré cela, son coupage a été fait et alors nous sommes surpris par la constatation d'un noyau central de tissu endométrial: En effet une masse très irrégulière de tissu cytogène entoure de très nombreux segments de tubes (fig. 2).

Le tissu cytogène, richement pourvu de capillaires sanguins, est très dense et il s'adosse au tissu myomateux, sans transition (fig. 3). Des espaces artificiels, résultant de la rétraction, séparent les tubes et le substractum environnant. Les tubes sont

entièrement identiques à ceux de l'endomètre, mais pourvus d'une lumière plus étroite. L'examen de coupes successives montre que ces tubes sont ramifiés, convergeant vers une cavité périphérique, en fente très longue (fig. 4), dont le revêtement est plus mince. Ces cavités ne contiennent aucune substance susceptible d'être colorée par les méthodes usuelles; on peut encore remarquer, en outre, que les cellules sont très étroites, l'apex fortement bombé, le cytoplasma dépourvu d'inclusions.

En dehors du noyau central on voit d'autres tubes, isolés ou en petits groupes dans les interstices des faisceaux musculaires (figs. 2 et 4) et aussi contre le tissu conjonctif périphérique (fig. 5). Nous n'avons pas réussi à établir la continuité de ces tubes et de ceux qui se trouvent au noyau central. Ils sont d'ailleurs plus gros, revêtus d'une couche de cellules cubiques et sont en partie au contact du conjonctif lâche, sans aucune trace de tissu cytogène.

On ne voit pas d'hématies dans les tubes extérieurs à l'utérus.

La trompe droite est rougeâtre et à sa surface s'éparpillent des kystes, tout petits. L'ovaire est remarquablement durci, parsemé de cicatrices fibreuses, d'une densité considérable.

OBSERVATION II

L'étude que nous venons de rapporter, a soulevé le souvenir d'un cas identique provenant de la Clinique Gynécologique de la Faculté (Service de M. le prof. Alvaro de Matos), dont la pièce opératoire — corps de l'utérus et annexes — nous avait été adressée le 22 février 1937. Nous l'avons reprise parmi les pièces de notre collection et nous avons revu les préparations respectives.

Le corps utérin se présente très grossi et arrondi. De minces bandelettes et filaments, éparpillés à la surface par-ci par-là, témoignent l'existence de péri-métrite adhésive, les adhérences ayant été coupées au cours de l'extirpation.

Le tissu utérin n'était pas plus consistant que l'utérus normal et, après fixation et longue conservation au Jores, le fait se maintient.

La coupe sagittale médiane montre la cavité réduite à une mince fente, l'épaisseur de la paroi étant remarquable (3,5 à 5 centimètres). Un petit fibromyome interstitiel de la paroi antérieure fut intéressé par le couteau. Les parois de la cavité utérine sont entièrement lisses et à en juger par la résistance au déplacement sur le plan sous-jacent et par la consistance, le revêtement fut considéré mince.

Les surfaces de section montrent encore quelques détails à retenir: La moitié sous-muqueuse de la paroi et surtout la partie de celle-ci s'étendant vers les cornes utérines, est semée d'enfoncements à fond jaunâtre, tous petits, quoique différents en dimensions; ils sont séparés par des minces bandes qui s'orientent en tous sens.

Les trompes de Fallope sont flexueuses, grossies, présentant des traces d'adhérences filamenteuses; les ovaires épais, durs, micro-kystiques.

L'examen microscopique de l'endomètre met en évidence la pénétration de faisceaux de fibres lisses dans le chorion, en réduisant l'épaisseur de la muqueuse. Des tubes grossis, revêtus d'épithélium à une seule couche de cellules prismatiques, font de courts parcours entre les faisceaux, quelques uns ramifiés. Ces tubes sont entièrement enveloppés de tissu cytogène. En dehors de cette couche et dans toute la moitié ci-dessus repérée, on voit (fig. 6) dans les interstices du muscle utérin, des longues et larges traînées de tissu cytogène, enveloppant des segments

de tubes identiques à ceux que nous venons de décrire dans l'endomètre, quelques uns très anfractueux et d'autres distendus, kystiformes. La densité du tissu cytogène est très variable, les zones œdématisées n'étant pas rares. Toutes ces cavités contiennent du sang, quelques hématies seulement ou des masses épaisses, plus ou moins altérées.

Vers les cornes utérines, dans des îlots intra-musculaires, les cavités deviennent plus grandes, s'ouvrant les unes dans les autres, (fig. 7) si bien que leur rassemblement rappelle un tissu spongieux; leur épithélium est cubique ou même aplati, pavimenteux et leur contenu est mucineux ou formé de sang altéré, informe, avec des déstrictus nucléaires et des pigments.

Autour des cavités plus grandes, dont le revêtement est endothélioïde, on ne voit pas de tissu cytogène, l'épithélium étant adossé aux fibres lisses. Seules les cavités, plus petites, à épithélium prismatique, sont engainées totale ou partiellement par du tissu cytogène, d'épaisseur réduite d'ailleurs.

*
* * *

Les lésions décrites sont connues depuis longtemps; le nom employé, seul, est moderne. F. Jayle, dont la série de travaux a attiré l'attention des chirurgiens des pays de langue française vers la morphologie et les questions soulevées par l'étude de cette affection très curieuse, quel que soit l'aspect considéré, en a fait aussi l'historique complet: Au cours des deux siècles derniers, il s'agissait de *polype creux*, *polype fibro-kystique* ou *polype de Lee*, *tumeur fibro-kystique*, *sarcome adénoïdes uterinum*, *fibroïde intra-utérin*, *fibrome kystique*, *adéno-myome*, *endométriome* (1928, p. 257). A travers cette diversité de noms il faut voir le pro-

téiformisme de l'affection, et la valeur attribuée à l'un ou à l'autre des détails observés.

L'observation de tous les faits connus à ce jour, démontre que, seul, le tube à épithélium cylindrique, cilié ou non (épithélium génital) est l'élément indispensable (Letulle). La spécificité de ces replis tubulés, glanduliformes ayant été établie, leur constatation au sein de formations tumorales situées en dehors de l'utérus, a porté à attribuer la même nature à des néoformations rencontrées parfois dans le ventre de la femme. Pour ces néoformations, quel que soit leur siège (ligaments larges, trompes, ovaires, gros intestin, appendice vermiforme, cul-de-sac recto-vaginal, vagin, canal inguinal, région ombilicale), Jayle a proposé le nom *solénome*¹.

Nonobstant la judicieuse critique de F. Jayle, le terme *endométriome* est actuellement en faveur parmi les chirurgiens et les pathologistes.

Il n'est pas aisé de créer un nom qui ne soit pas susceptible de critiques. Au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Jayle sur «Le solénome du ventre de la Femme» à la réunion plénière de la Société Anatomique de Paris (octobre 1929) M. Oberling a reproché au terme solénome d'être très vague, d'autant plus que le tube spécifique est entièrement comparable à celui de l'endomètre et cette identité morphologique mériterait d'être repérée: le terme endométriome le ferait et non celui de solénome.

Néanmoins nous croyons fondées les raisons de M. Jayle et nous considérons le terme solénome suffisamment suggestif, puisque dans l'ensemble morphologique si protéiforme de l'affection, il s'en rap-

¹ «Je propose le nom de Solénome, qui n'implique aucune pathogénie, aucune forme anatomo-pathologique, aucune symptomatologie, qui signifie seulement et simplement que la tumeur se caractérise à l'examen histologique par des tubes, des canaux, des conduits épithéliaux, termes que l'on retrouve dans toutes les observations publiées» (F. Jayle, 1926, 392).

porte à un caractère commun; il doit en conséquence plaire à l'histologiste, surtout si on complète l'appellation suivant le critérium pathogénique et alors nous aurons le solénome endométrial ou müllérien, le s. wolffien, le s. péritonéal.

Au point de vue clinique la faveur qui jouit le terme endométriome nous semble juxtifiable: En effet il rappelle des caractères très particuliers de cette affection et tellement importants qu'ils ne pourront pas être oubliés: en fait en disant «endométriome» on affirme *ipso facto* qu'il s'agit d'affection observée exclusivement chez la femme, l'endomètre en étant l'origine ou témoignant une provenance commune; par suite on rappelle par là l'identité des réactions provoquées chez l'endomètre et les amas de tubes engainés par du tissu cytogène, quel que soit leur siège, par les hormones œstrogènes de l'ovaire, réactions se traduisant par des modifications soit cycliques, soit définitives et progressives. Le terme suggère encore la possibilité, maintes fois constatée et mentionnée par tous les auteurs, de la guérison après la ménopause, spontanée ou provoquée¹.

Un même défaut entache l'un et l'autre de ces termes: ils signifient, d'après leur étymologie, des néoplasies, ce qu'il n'est pas juxtifiable. En effet on peut ranger les états utérins à caractère tubulaire, dans une série dont les termes extrêmes sont l'*hyperplasie cyclique* et le nommé *solénome endométrial diffus*. Les termes intermédiaires sont: a) l'*hyperplasie adéno-kystique de l'endomètre*, de plus en plus grave avec l'avancement de l'âge sexuel, résultant d'une incomplète *restitutio ad integrum*, fait auquel des accidents

¹ «C'est la seule tumeur dont la croissance soit intimement liée au fonctionnement d'une glande endocrine. Née au cours de la vie génitale, elle parcourt généralement, comme la muqueuse utérine, toutes les phases du cycle oestrien, pour disparaître au moment de la ménopause... Sans ovaire pas d'endométriome» (Hamant, Cornil et Mosinger, 1930, p. 1345).

inflammatoires ne sont pas étranges; b) l'*adéno-myose utérine interstitielle* qu'on peut identifier avec la *métrose endophytique* de Imbert, Cornil et Mosinger.

On trouve dans la littérature de cette affection des cas comblant les passages de l'un à l'autre de ces types morphologiques et souvent les auteurs insistent sur la difficulté de définir morphologiquement les limites de ces types et en conséquence de faire l'application de la définition à la classification des cas. Il faut encore remarquer qu'ils peuvent survenir l'un après l'autre, ou se trouver l'un à côté de l'autre. D'autre part sont à enregistrer: le caractère diffus des lésions dès leur début; leur dépendance physiologique de l'ovaire et leur guérison après interruption de l'influence hormonale œstrogène. Ces faits ne sont pas au profit de la nature néoplasique de l'affection. M. Jayle, quoique employant toujours le terme tumeur (tumeur bénigne, hyperplasique, il le dit quelquefois) convient qu'«il importe de différencier, même de sortir «du cadre des tumeurs, pour les ranger à part, ces «proliférations épithéliales bénignes, d'allure protéiforme, de structure variée, mais qui présentent un «élément épithélial normal diffus» (1919, p. 1020).

Mais des cas méritant d'être rangés parmi les néoplasies n'existent-ils? Ils seront exceptionnels. En fait, les manifestations de l'affection, dont nous nous occupons, survenues en dehors de l'utérus, jamais avant la puberté, ne présentent pas les caractères des métastases, et parmi ceux que définissent la néoplasie, elles ne possèdent que la croissance progressive, mais nullement indéfinie; l'envahissement se fait suivant les lignes de moindre résistance, suivi de compression, la destruction du tissu envahi étant peu considérable (des fibres élastiques constatée par R. Mayer) ou nulle.

Le myo-solénome et le fibro-solénome de l'utérus (Jayle) sont présentés comme des véritables néo-

plasies. Le premier est l'adeno-myome dont l'étude est dû à Recklinghausen et à Cullen: il «n'a rien d'un «adénome, c'est à dire d'une glande tumorale; d'autre «part les masses musculaires lisses entourant les «tubes glanduliformes ne constituent pas un tissu «myomateux. En effet les faisceaux musculaires «satellites des formations glanduliformes n'offrent «d'ordinaire ni la disposition nodulaire, ni les tour-«billons, encore moins la congglomération et la puis-«sante colorabilité des éléments du leiomyome» (Letulle p. 1992).

On peut considérer l'évolution d'une néoplasie conjonctive ou musculaire, empruntant avec le support de l'organe, des tubes épithéliaux y développés préalablement, d'autant plus que la partie épithéliale est généralement si mince que leur recherche n'est pas aisée et elle peut passer inaperçue; sa rencontre est souvent l'œuvre du hasard.

Recemment le mot *endométriase* est adopté par de nombreux auteurs (Cotte, Mathieu, Chydenius, Harbitz, Bendixen, etc.); il n'implique pas la nature néoplasique pour certains auteurs, mais il ne rend moins confuse la terminologie, vu que les deux termes sont parfois employés, traduisant des idées différentes. C'est ainsi que Hamant, Cornil et Mosinger définent endométriome comme «une endométriase proliférative». Disons en passant que les lésions nommées par ces auteurs «endométriase» sont aussi prolifératives.

Faute de mieux nous avons adopté la designation de solénome.

* * *

Au point de vue strictement morphologique le solénome est constitué «par un nombre variable de tubes glanduliformes, semblables à ceux de la

muqueuse du corps utérin et tapissés, comme eux, d'un revêtement unique de hautes cellules cylindriques, normalement ciliées; chaque tube est engagé par une couche plus ou moins constante d'un tissu cytogène, identique au chorion normal de l'endomètre» (Letulle, 1993).

«Tout autour du chorion s'est développé du tissu musculaire lisse. Mais ce tissu peut être rare ou même manquer; il peut être entremêlé de tissu fibreux. Le chorion lui-même, peut ne pas exister. Un seul tube sur une préparation permet de faire le diagnostic» (Jayle). Ce tube peut se dilater et devenir un kyste d'abord microscopique, puis macroscopique. Alors les cellules deviennent cubiques et s'aplatissent, d'après le degré de distension du conduit.

«Le contenu du kyste est très souvent du sang, parfois frais, presque toujours plus ou moins transformé» (Jayle). D'autres fois on peut noter l'existence d'un exsudat liquide coagulé, pur ou mélangé de polynucléaires ou d'un réticulum fibrineux avec des polynucléaires, des mononucléaires, des hématies, enfin des corpuscules pigmentaires» (Jayle).

Ces notions et leur application aux cas que nous venons d'étudier, nous portent à l'affirmation que le diagnostic de solénome ne peut pas être révoqué en doute.

A ce propos la question de la *adenomyosis uteri interna* doit être soulevée: sous ce nom on désigne un état qui se caractérise par la présence, dans l'épaisseur du myomètre, de tubes glandulaires plus ou moins nombreux. Cette disposition ne serait que l'exagération de ce qu'on observe souvent chez la femme multipare, dans la couche musculaire sous-jacente à l'endomètre. D'après la définition morphologique du solénome endométrial, nous croyons que la considération de cet état est inutile, l'adénomyose n'étant que le solénome diffus.

Les manifestations de cette affection présentent un siège si variable dans le ventre de la femme que des classifications ont été faites sur ce fondement topographique. Deux groupes distincts renferment tous les cas d'endométriome «Les endométriomes sont les «uns «utérins» ou mieux intra-utérins, «intersti-«tiels», les autres, extra-utérins, disons «aberrants», «par le fait qu'ils n'affectent aucun rapport neces-«saire avec le conduit salpingo-utérin (Letulle, 1993).

Relativement aux solénomes de l'utérus, la classification de F. Jayle peut être adoptée: Trois groupes sont considérés: Le premier comprend tous les cas où les tubes épithéliaux pseudo-glandulaires sont très nombreux; ce sont les solénomes purs, et le nom de *solénome* tout court leur est réservé. Le second comprend les cas où l'élément musculaire est prédominant, les tubes épithéliaux étant peu nombreux; ce sont les *myo-solénomes*. Le troisième est formé des cas de myome où les tubes épithéliaux sont des trouvailles de l'examen microscopique. Jayle les nomme *myomes solénomateux*.

La lecture de nombreux cas de solénome pur de l'utérus, nous a porté à une classification, topographique aussi, de ces cas; elle est si simple que toute explication préalable est superflue.

Solénome endométrique { S. pariétal
S. polypeux

Solénome myométrique { S. de l'isthme
S. de la corne

Solénome endo-myométrique
Solénome périmétrique
Solénome myo-périmétrique
Solénome total, diffus ou pan-solénome.

Quelle place doit être assignée à nos cas?

Le deuxième cas est à ranger sans contredit parmi les solénomes myométriques de la corne uté-

rine; par contre la classification du premier cas n'est pas aisée. En effet, en ne considérant que les lésions utérines, des doutes ne sont pas recevables, mais il y a des tubes épithéliaux en dehors de l'utérus et encore dans un nodule, tous situés dans l'épaisseur du ligament large, tout près du bord de l'utérus. D'après sa constitution, ce nodule est un myo-solénome. L'existence d'une cavité allongée et beaucoup plus large que les autres, la disposition des tubes pseudo-glandulaires et du tissu cytogène, enveloppant la cavité, quoique sans symétrie, nous porteraient volontiers à voir dans cette formation une cavité utérine en miniature, comme Cullen en a rapporté des cas. Mais son siège est le siège habituel du segment terminal du canal de Wolff du même côté, résiduaire de l'involution incomplète, le nommé canal de Gartner. Alors se pose le problème: Solénome wolffien aberrant, intra-ligamentaire? Myome sous séreux, secondairement isolé de l'utérus, contenant de l'endomètre, alors myo-solénome müllérien? Nous touchons la troublante question de la pathogénie du solénome, l'une des plus passionnantes de la Pathologie. Nos préparations ne nous fournissent pas des preuves décisives pour affirmer la nature wolffienne de cette petite tumeur.

Dans nos cas, et surtout dans le premier, en étudiant des coupes en série, on arrive à vérifier la continuité directe entre quelques cavités du myomètre et les tubes de l'endomètre. Ce fait est d'accord avec les assertions de Cullen. Cet auteur dans un livre qui, au dire de Jayle, «clôt magnifiquement l'histoire du solénome de l'utérus» arrive à la conclusion que «dans tous les cas où les éléments glandulaires sont semblables à ceux de la muqueuse utérine et qui sont entourés par un stroma identique à celui qui entoure les glandes utérines normales, «doivent leur origine à la muqueuse utérine ou au

«canal de Müller, qu'ils soient interstitiels, sous-
«-péritonéaux ou intra-ligamentaires, qu'ils soient
«solides ou kystiques.»

* * *

Quelques petits faits, constatés dans ces deux cas, nous semblent mériter l'attention de nos lecteurs.

Dans les cas consignés comme typiques par les auteurs, les tubes épithéliaux sont engainés par du tissu cytogène en couche plus ou moins épaisse, et cette formation conjonctivo-épithéliale glanduliforme, entraîne avec elle le développement d'une série d'anneaux musculaires satellites (Letulle); «tous ces éléments, épithélial, conjonctif, musculaire, présentent constamment dans leur variété infinie, le caractère constant d'être normaux» (Jayle). Souvent le conjonctif et le tissu musculaire dépassent en vitesse et bientôt en masse, l'élément épithélial; malgré cela, M. Jayle, dans sa communication à la Société anatomique de Paris (1929), soutient «que l'élément musculaire et l'élément fibreux se développent en même temps que lui et non par lui».

Notre observation ne nous conduit pas à l'entière acceptation de ces assertions, quoique nous ne pouvions pas nous présenter à les contredire, étant donnée l'étendue trop petite de cette observation. En effet nous avons vérifié que les tubes épithéliaux isolés qui dépassent la limite extérieure de l'endomètre, ne sont pas engainés par le tissu cytogène; «une seule couche de cellules fixes allongées, couchées à l'étroit entre quelques fibrilles collagènes» (Letulle) ne rappelle aucunement le tissu cytogène, et elle se continue avec le conjonctif de l'interstice musculaire. Néanmoins dès que les tubes se multiplient et se groupent, le tissu cytogène apparaît. Il semble donc que dans la progression envahissante

du myomètre les tubes épithéliaux prennent les devants, le cytogène suivant la formation épithéliale. Ce fait serait défavorable à la considération d'une action destructive exercée par les éléments du tissu cytogène (Kitai) et assurant l'envahissement.

Après la formation de l'enveloppe cytogène, nous avons vérifié, à l'appui de M. Jayle, qu'il y a un rapport entre le développement du tissu cytogène et la forme de la cellule du revêtement tubulaire. «Le tissu cytogène, dans une dilatation bordée d'un coté par des cellules cylindriques et de l'autre par des cellules aplaties, n'existe qu'au niveau des cellules cylindriques et manque quand les cellules s'aplatissent» (Jayle). Notre deuxième observation en est très instructive, la dilatation kystiforme réduisant l'épithélium à une mince couche de cellules tellement affaissées qu'elles sont devenues endothélioïdes. Les kystes sont au contact du tissu musculaire.

Dans le deuxième cas nous n'avons pas observé l'hyperplasie ou la néoformation leio-myomateuse au contact des formations épithélio-cytogènes ou tout simplement épithéliales; il y a un fibro-myome de la paroi antérieure, mais on ne voit dans son épaisseur aucune formation tubulaire. Dans le premier cas, en considérant l'existence du petit fibro-myome, contenant un noyau de formations identiques à celles de l'endomètre, l'hyperplasie du tissu fibro-musculaire est admissible, quelle que soit la provenance de la formation, la paroi du canal de Gartner ne présentant une épaisseur si considérable. Mais dans cette petite tumeur il est à remarquer que les cavités du tissu environnant siègent en partie dans le tissu lâche et sont entièrement dépourvues de gaine cytogène.

Les grosses cavités (2^{ème} cas) refoulent les tissus du voisinage et en conséquence les faisceaux

musculaires s'amassent, mais en désordre et nullement en extraits comme dans le leiomyome. Il faut admettre d'ailleurs l'hyperplasie du tissu utérin, celle-ci portant l'explication de l'augmentation de volume, remarquable dans les deux cas et, d'après les auteurs, tellement commune, qu'on pourrat presque la dire constante.

Cullen a insisté sur l'épanchement sanguin observé parfois dans les conduits épithéliaux. Nous rappelons que quelques tubes de l'endomètre du premier cas renfermaient des hématies et que dans le deuxième, quelques dilatations kystiformes contenaient du sang bien conservé ou altéré et réduit à des amas de résidus cellulaires et du pigment. Les tubes et les dilatations ne contenant pas du sang sont néanmoins très nombreux. Quelques uns, d'après les caractères des cellules de son épithélium, sont en hypersécrétion muqueuse et présentent un contenu sous forme d'un coagulum finement vacuolisé; d'autres semblent entièrement vides dans les coupes faites après inclusion dans la paraffine.

* * *

Nous apportons ces deux cas, les plus intéressants d'une série. Il n'est pas hasardeux affirmer que le solénome utérin n'est pas une rareté parmi nous. Nous croyons que de très nombreux cas dits d'endométrite chronique hyperplastique ne sont que des solénomes endométriques ou endomètro-myométriques.

L'accord des auteurs sur la fréquence de solénomes en général et du solénome de l'utérus en particulier, est loin de se faire: Cullen, sur un total de 1283 cas de myome, a rencontré 5,7 0/0 de solénomes. Philipp relève le solénome dans 10 0/0 des laparotomies gynécologiques faites à sa clinique.

Sampson dit l'avoir rencontré dans le quart à peu près des interventions gynécologiques. Par contre la plupart des gynécologues sont loin de le considérer aussi fréquent (Cotte et Mathieu). Cotte l'a considéré pendant longtemps comme une affection assez rare. F. Jayle écrit «Nul doute que si les chirurgiens pratiquaient des coupes en série sur tous les fibromes qu'ils enlèvent, le solénome ne serait plus la rareté qu'en apparence il constitue (1928, 258). En écrivant cela, il faisait sienne l'assertion de Cullen qu'il reproduit: «L'existence d'un solénome ne peut pas être assurée sans faire des sections de toutes les parties de la paroi utérine et de ses tumeurs». Cullen met en évidence l'étendue du travail à faire en chaque cas et le considère à peu près impossible.

Cotte et Mathieu ont rassemblé 61 cas de solénome à localisation unique, dont 3,3 cas siégeant à l'utérus. Parmi les 17 cas à localisations multiples, l'utérus était intéressé 14 fois.

LITTÉRATURE

Barbacci (Ottone): *Tumori*, 2.^a ediz., 1915, Vallardi, Milano, pp. 223, 535. — Bendixen (Kaare): *Om Endometriose*, «Medical Revue», Vol. 55, 1938, p. 75, S-p. — Borst (Max): *Die Lehre von den Geschwülsten*, Bd 1, 1902, Bergmann, Wiesbaden, p. 212. — Cotte (G.) et Mathieu (J.): *Considérations cliniques et thérapeutiques sur les endométrioses de l'appareil génital*. «Mémoires de l'Académie de Chirurgie», T. 64, N.° 32, p. 1349. — Ewings (James): *Neoplastic Diseases*, 3^e edit., 1928, Saunders Company, Philadelphia, p. 231. — Hamant (A.), Cornil (L.) et Mosinger (M.): *Les états endométrioïdes, l'endométriose et l'endométrisme tubaires. Etude anatomique et clinique*. «La Presse médicale», 1930, p. 1345. — Jayle (F.): *Le solénome du ventre de la femme: Dénomination*. «Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique», T. 17, 1926, p. 285. — Idem: *Pathogénie*, Ibidem, p. 333. — Idem: *Anatomie pathologique*, T. 18, 1927, p. 1. — Idem: *Le solénome de l'intestin, rectum excepté (anse sigmoïde, appendice, iléon terminal)*, Idem, T. 18, 1927, p. 365. — Idem: *Le solénome ou myo-solénome de l'utérus*, Idem, T. 23, 1928, p. 257. — Idem: *Le solénome du ventre de la femme*. «Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. norm. méd-chir.», T. VI, 1929, p. 1010. — Letulle (Maurice): *Anatomie pathologique*, 1931. Masson et C^{ie}, Paris p. 1993. — Oberling (Charles): *Les endométrioses (Revue critique)*. «Ann. d'Anat. path. et d'Anat. norm. méd-chir.», T. 1, 1924, p. 541. — Roffo (A. H.): *Solenoma total del útero, tipo difuso*. «Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y el tratamiento del Cancer», Año V, 1929, 5. — Sampson: *Benigne and malignant endometrial implants in the peritoneal cavity and their relation to certain ovarian tumors*. «Surgery, Gynecology and Obstetrics», Vol. 38, 1924, p. 287. — Wolff (Jacob): *Die Lehre von der Krebskrankheit*, 11 Teil, Fischer, Jena, p. 952.

EXPLICATION DES PLANCHES

- Pl. I—Fig. 1: Obs. I. Gross. 44 x. Couche profonde de l'endomètre. En bas et à gauche on voit des tubes glanduliformes isolés par des lames de tissu du myomètre.
- Fig. 2: Obs. I. Gross. 20 x. Myome du bord utérin, montrant une partie du noyau central, d'aspect endométrique. T — un tube épithélial isolé.
- Fig. 3: Obs. I. Gross. 50 x. Tubes épithéliaux du noyau du myome, engainés par du tissu cytogène. On peut apprécier le contraste entre ce tissu et le tissu myomateux contigu. L'épaisseur de la coupe donne l'apparence d'un épithélium à plusieurs couches; en fait il n'y a qu'une couche.
- Pl. II—Fig. 1: Obs. I. Gross. 44 x. Tubes épithéliaux du noyau du myome et longue cavité latérale (C). T — tubes siégeant en plein tissu myomateux.
- Fig. 2: Obs. I. Gross. 44 x. Zone périphérique du myome. T — tubes épithéliaux glanduliformes, dilatés.
- Pl. III—Fig. 1: Obs. II. Gross. 35 x. Des tubes épithéliaux nombreux se voient inclus dans le myomètre.
- Fig. 2: Obs. II. Gross. 35 x. Dilatations kystiformes des tubes épithéliaux rencontrés à l'une des cornes utérines; leur contenu est muciforme.

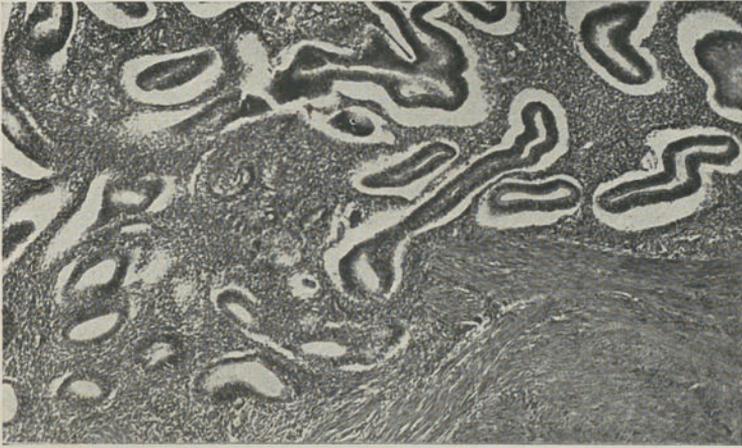


Fig. 3

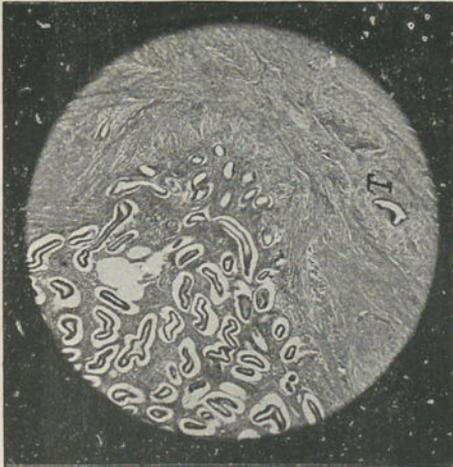


Fig. 2

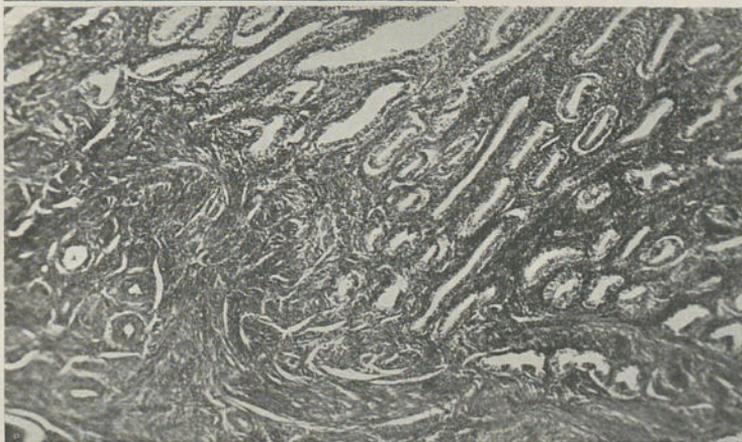


Fig. 1

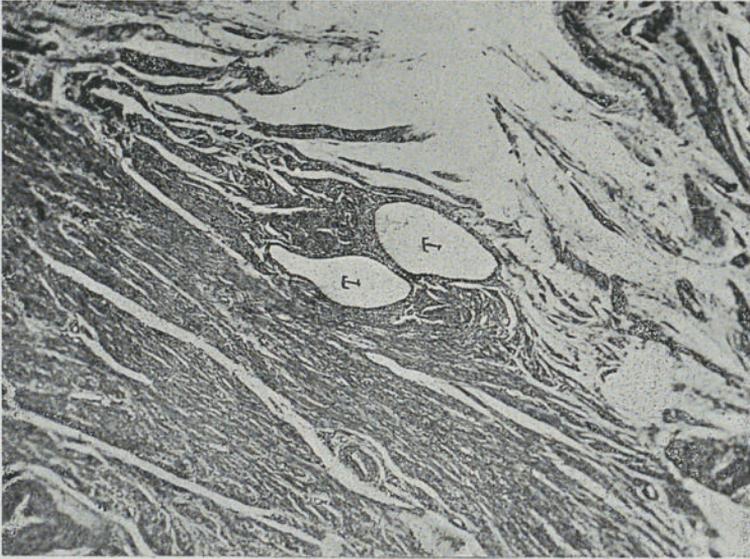


Fig. 2

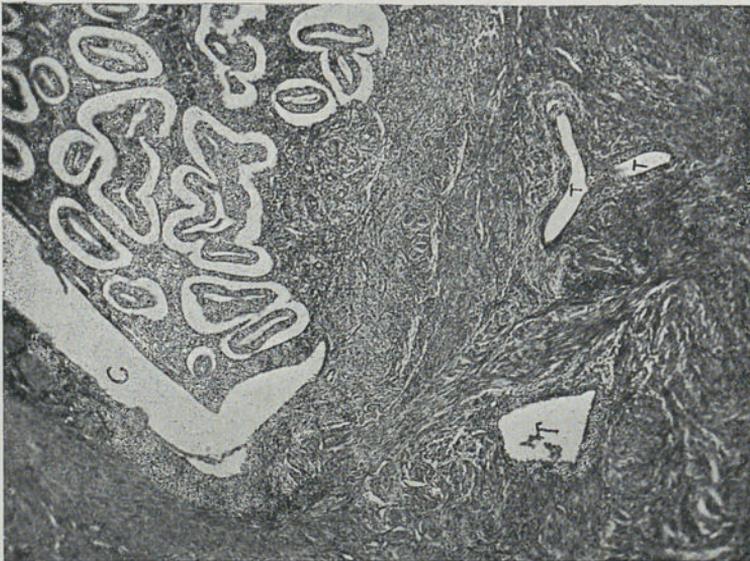


Fig. 1

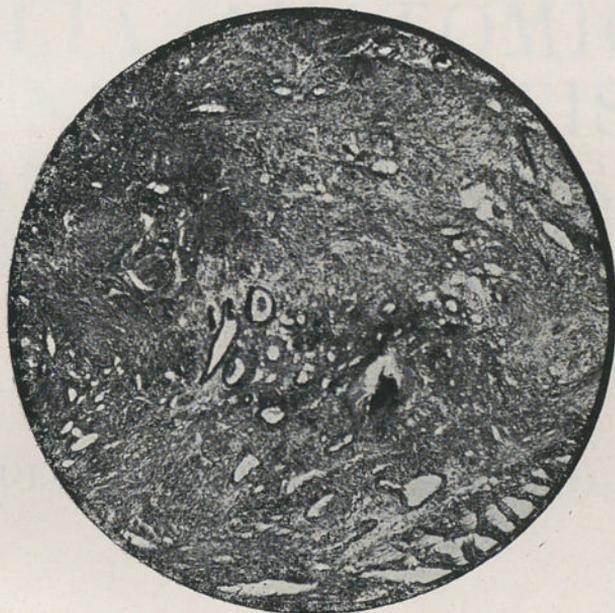


Fig. 1

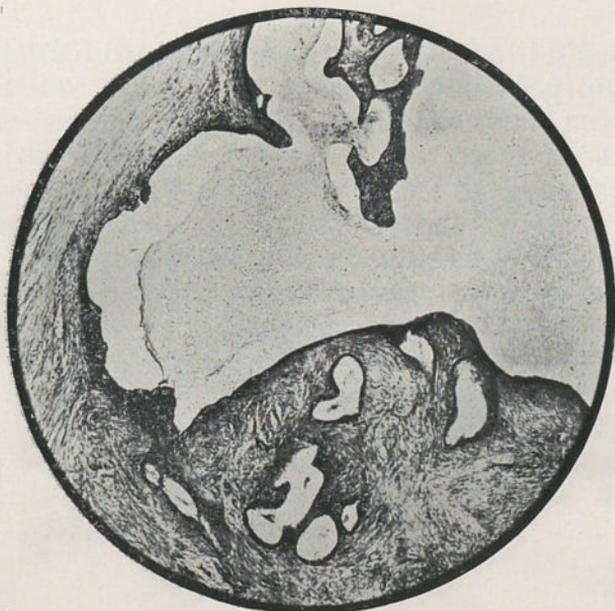


Fig. 2

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONINBRIGENSIS

Vol. XIV

N 2

LA PATHOGÉNIE DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE ENCAPSULANTE DE L'INTESTIN. DEUX CAS D'ENCAPSULEMENT À CONSIDÉRER.

PAR

GERALDINO BRITES

(Reçu par la rédaction le 1^{er} Février 1939)

La péritonite encapsulante, entité qui n'a qu'une signification purement anatomo-pathologique, est schématiquement décrite de la manière suivante: Un sac membraneux renferme tout ou une partie de l'intestin grêle et parfois une partie du gros intestin; les bords de son ouverture s'insèrent de part et d'autre du mésentère et au péritoine pariétal postérieur. La membrane enveloppante est entièrement distincte du péritoine pariétal, sain d'ailleurs, et indépendante du revêtement des organes (le foie et la rate) auxquels elle s'adosse. Intérieurement elle est rattachée à l'intestin par une couche celluleuse très lâche qui rend la dissection très aisée. Cette membrane est lisse, brillante, d'un blanc nacré, épaisse de plusieurs millimètres (2 à 8).

Dans le sac lui-même, les anses maintiennent leur intégrité complète: elles ne sont pas adhérentes entr'elles que par des minces tractus et elles le remplissent complètement.

Quelques détails complètent ces traits essentiels qui forment un ensemble permettant de réserver à la péritonite encapsulante de l'intestin une place bien à part dans la série des réactions péritonéales, allant de la péritonite tuberculeuse jusqu'à la péritonite adhésive banales. Ils ne sont que des variations morphologiques rapportées par des observations que chaque année s'ajoutent les unes aux autres.

Les caractères de la paroi du sac fixeront d'abord notre attention: Parfois trop épaisse, ivoirine, cette membrane masque complètement les anses de l'intestin encapsulé; la comparaison à la bourse d'un kyste de l'ovaire est souvent formulée. D'autres fois le manchon enveloppant présente de loin en loin des fenêtres de $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre carré, où la membrane est mince, laissant voir l'intestin emprisonné (cas de Bergeret, par ex.); dans la totalité, une minceur telle que soulève l'image d'une aponévrose (Madier) ou d'un voile, est aussi enregistrée. En tous cas, cette membrane, soit résistante à la traction, soit détachable en lambeaux laminés, se présente comme une construction fibreuse intra-péritonéale (Wilmoth) souvent très pure, «série de lames collagènes superposées avec des rares noyaux de fibrocytes, rares mononucléaires, quelques lymphocytes; pas traces de réaction inflammatoire» (Rouhier, Lecœur et Bertrand) ou peu de signes d'inflammation.

L'adossement des anses intestinales les unes aux autres et à la surface intérieure du sac qui les contient à l'étroit, est maintenu par des dispositifs en relation aux caractères de cette paroi: Dans le cas de Madier, des membranes minces, émanations de la capsule blanche, mince aussi et très résistante, ne se

laissant déchirer que très difficilement, engainent l'intestin, l'enserrant étroitement. Le même rôle peut être joué par des cloisons fibrineuses, dont l'adhérence à la séreuse est minime ou nulle dans les cas où la capsule est épaisse. Dans d'autres cas à capsule mince, l'agglutination des anses est faite par un tissu celluleux tellement lâche que, lorsque la membrane encapsulante est incisée, la hernie des anses suffit à le défaire et elles restent entièrement libres les unes des autres. De loin en loin quelques minces tractus et du liquide assurent le même résultat. Enfin, anses et membrane encapsulante peuvent être complètement indépendantes: «sitôt la membrane fibreuse incisée, l'intestin s'échappe, comme s'il y avait, en réalité, deux sacs péritonéaux superposés» (Bazy, L),

Le comportement de la membrane relativement au péritoine pariétal ne montre que peu de variations: tantôt ils restent liés par des tractus collagènes, peu nombreux, courts ou longs, minces et fragiles ou épais et résistants.

La masse de l'intestin emprisonné est généralement unique, mais elle peut être divisée, en formant 2 ou 3 gros boudins (Wilmoth).

Ces variations seront elles l'aboutissement de plusieurs processus à évolution particulière? Ne seront elles que des phases diverses de l'évolution d'un même processus?

Alors notre attention est détournée vers la pathogénie de cette entité anatomo-pathologique.

La péritonite chronique encapsulante est apparue de nos jours, dans le cadre des lésions péritonéales. L'observation princeps est due à Esaü (1913); dès lors une place propre lui appartient, tellement valables furent les raisons étayées par lui. Ce cas a montré à Esaü l'intestin enveloppé d'une membrane émaillée, identique à celle des *Zuckergussleber* et

Zuckergussmilz des pathologistes allemands. Par analogie il a adopté la désignation *Zuckergussdarm*, dans les uns, comme dans les autres cas l'enveloppe étant comparable à la glace sucrée des gateaux, qui en masque la surface et, en épousant tous leurs accidents, en efface toutes les irrégularités. Par suite les observations se sont accumulées, quoique très lentement; celle de Wilmoth et Patel (1931), dont la publication a fait connaître en France cet état si particulier du péritoine, était la trente et unième.

Dès la première constatation la question de la pathogénie s'est posée.

Nonobstant les démonstrations opératoires et nécropsiques confirmatives de l'identité d'aspect de la membrane encapsulante du foie, de la rate et de l'intestin, les faits ont porté à reconnaître que celle de l'intestin n'était simplement le résultat de la sclérose de la séreuse péri-viscérale, celle-ci se présentant intègre ou à peu près. Il s'agissait donc, d'un facies tout particulier de la péritonite localisée.

Disons d'abord que plusieurs fois l'hypothèse congénitale a été envisagée: Villard (1912), l'un des prédécesseurs d'Esau, a considéré le sac emprisonnant l'intestin, comme une malformation péritonéale congénitale. Fùth a invoqué la même origine et Soupault, qui en a publié un cas sous le titre «*Intestin grêle à totalité rétro-péritonéal*», le considérait aussi comme malformation congénitale tout-à-fait exceptionnelle. Dernièrement Stoop (1937) a décrit un cas de sac renfermant un segment supérieur du grêle et une partie du côlon, chez une fillette, constipée ténace dès la naissance, présentant des lésions tuberculeuses du hyle droit, en voie de guérison. Pas de lésions macroscopiques tuberculeuses dans le péritoine, mais des gros ganglions lymphatiques dans le mésentère sont mentionnés; l'examen histologi-

que n'a pas été fait. L'auteur signale un cas identique de Surmondt, décrit par Van Rossum. Néanmoins les raisons invoquées ne sont pas probantes.

La mention d'un traumatisme abdominal, accidentel ou opératoire, dans le passé de quelques malades a suggéré l'idée d'une action mécanique (cas de Madier, Josa, Gazotti et Gangitano, Rouhier etc.), déclanchant un processus à évolution traînante, au quel viendraient s'ajouter des infections atténuées.

Outre la malformation et le trauma, d'autres causes ont été invoquées et nous empruntons au mémoire de Wilmoth et Patel la notice du rôle attribué à l'hypoacidité du suc gastrique (Schrödel) ou à la tendance constitutionnelle à la formation du tissu conjonctif (Tiesenhausen et Lehrenbecher). Ce sont des actions dont le mécanisme est insaisissable.

Dans la plupart des cas la nature inflammatoire de la membrane encapsulante n'est pas douteuse.

Les observations faites au cours d'interventions opératoires et nécropsiques portent à croire que l'encapsulation de l'intestin ne peut pas être le résultat d'une péritonite aiguë diffuse. Les observations où des lésions identiques sont constatées sur le péritoine pariétal et sur la séreuse intestinale, agglutinant les anses et formant la coque commune, appartiennent plutôt au cadre des péritonites généralisées.

«Que l'on compare la fréquence des péritonites «aiguës diffuses par perforation d'un ulcère gastrique «ou duodénal, par perforation d'un appendice gangréné, par pyosalpinx, et les antécédents relevés «dans les observations de péritonite encapsulante, «on ne peut qu'en retirer la très forte impression que «la péritonite encapsulante est un mode de réaction «chronique à une lésion viscérale ou péritonéale «chroniques» (Wilmoth).

L'inflammation chronique de l'appendice cœcal, de l'utérus et de ses annexes, du quadre colique, de l'anse sigmoïde, de la vésicule biliaire, de l'intestin grêle, a été incriminée comme cause de la réaction plastique de la séreuse: un voile fibrineux se formerait d'abord (le cas de Guinard est très intéressant à ce point de vue), tendant à établir l'union des surfaces séreuses; le processus de guérison de cette réaction plastique serait l'organisation fibreuse. Toutes les actions irritatives, permanentes ou à faibles intermittences, quoiqu'elles soient légères, suffiraient à déclencher le processus d'encapsulation, dont l'évolution serait extrêmement lente «L'aspect glacé est celui que revêt le péritoine chroniquement irrité, quel que soit son siège et aussi quelle que soit la cause de l'irritation» (Bazy). Cet auteur a vu la coupole diaphragmatique revêtant l'aspect d'un grand plat de porcelaine, et petites plaques de glace isolées ont été vues sur l'appendice, sur la paroi abdominale, par plusieurs auteurs et par nous même.

Le processus inflammatoire qui aboutit à la formation du sac péritonéal a été souvent reconnu comme spécifique.

Très fréquemment l'existence de lésions tuberculeuses (granulations miliaires, nodules caséux, ganglions mésentériques caséux) ne peut pas être niée et on peut dire avec assurance que dans l'étiologie de la péritonite encapsulante de l'intestin, le *Bacillus tuberculi* joue un rôle très important. Toutefois serait se mettre en plein désaccord avec les faits, faire l'affirmation que cette péritonite est toujours de nature tuberculeuse, ou même que cette étiologie est, elle seule logique, comme l'a dit Huguenin. Il n'est pas démontré que l'évolution du sac membraneux de l'intestin soit analogue à celle de la nommée tuberculose cutanée «sans tubercules ni bacilles» (Huguenin).

Plusieurs auteurs (Villard, Tavernier, Soupault, Hochsmiller, Poulain et d'autres) ont pris la défense de l'origine tuberculeuse de la péritonite encapsulante, qui serait la conséquence, établie à une très longue échéance, et guérie par disparition de l'ascite et organisation des dépôts fibrineux, sous forme d'une membrane épaisse, souvent dépourvue de formations tuberculeuses typiques.

Lenormant a résumé en deux phrases la critique qui est faite à cette doctrine: «Tous les cas où sont signalées des adhérences des anses intestinales entre elles ou avec le péritoine pariétal (en préjudice de l'intégrité de la paroi intestinale), un épaississement lardacé de la séreuse, des granulations à la surface de l'intestin, des tractus fibrineux étalés sur les anses, rentrent dans le cadre des péritonites chronique banales... Hochsmiller et Soupault ont soutenu que ces états «représentent le stade initial; la chose est possible mais non démontrée». Ce résumé maintient encore toute sa valeur.

L'étiologie syphilitique n'est pas considérée d'importance étendue: tous les auteurs citent le cas de Letulle, mais ils n'insistent pas sur le rôle de la syphilis.

En parcourant, autant que possible, la littérature concernant la péritonite chronique encapsulante, on tire l'impression très nette qu'une étiologie unique ne peut pas être étayée sur les faits connus. Au point de vue pathogénique on peut enregistrer que est unanime ou à peu près, l'opinion de qu'il s'agit d'un processus dont l'évolution est très longue, en général secondaire à un autre processus viscéral à évolution chronique aussi.

À l'origine du processus morphologique se trouve un exsudat fibrineux, dont l'organisation est faite très lentement et sous l'influence de conditions mécaniques particulières à l'intestin.

* * *

Dans ce même recueil (Feuille N.° 6 du volume II, 1927) nous avons publié sous le titre «*Quelques observations d'anomalies du péritoine et de la position de l'intestin chez l'Homme*» parmi d'autres, deux observations de sac péritonéal contenant le jéjuno-iléon. Nous allons reprendre ces cas, en ajoutant à leur description quelques détails recueillis dans nos archives.

I

Francisco A. S., 32 ans. Autopsie n.° 5140 de l'Institut de Médecine légale de Lisbonne, faite le 3 Janvier 1919. Tuberculose pulmonaire chronique, cavaitaire; mort par hémorragie cavaitaire.

L'examen de la cavité abdominale est particulièrement intéressant.

Le premier fait observé, après l'ouverture de la cavité, a été la ptose de la partie moyenne du côlon transverse. En conséquence de ce fait, et encore par suite de l'existence de replis péritonéaux qui s'étendent de ce côlon vers les côlons descendant et ascendant, les angles hépatique et splénique sont très aigus.

Le tablier épiploïque est réduit à une étroite bande, reliée au bord antérieur du foie, près de la fente inter-lobaire, par une autre bande péritonéale, très mince et avasculaire; une troisième bande, très mince aussi, se porte de l'angle splénique du côlon vers la paroi abdominale antérieure.

Au-dessous du côlon transverse, dans le plan le plus superficiel, on voit à droit le cœcum et une très petite étendue du côlon ascendant, dont l'extrémité supérieure se porte en arrière, et, occupant tout le

reste de ce plan, le jéjuno-iléon ramassé en arrière d'une lame très mince et transparente. En écartant le côlon transverse, qui en partie recouvrait cet amas des anses intestinales, et le côlon ascendant, et, en cherchant le côlon descendant, on reconnaît que cette lame appartient à un sac qui renferme tout le jéjuno-iléon, sa paroi droite étant partiellement formée par ce côlon. Ce sac appliqué contre la paroi abdominale postérieure, est un ovoïde, dont le gros bout atteint dans la excavation pelvienne la hauteur de la troisième vertèbre sacrée, et le plus mince correspond à l'angle splénique du côlon.

Le pôle supérieur recouvre dans une petite étendue le côlon transverse et son méso, tout près de l'angle splénique, jusqu'à sa ligne d'insertion, et encore le côlon descendant.

La partie de la paroi qui constitue le bout inférieur s'insère à droite au contour de la terminaison de l'iléon et au psoas dans une direction transversale, et à gauche elle se jette sur le méso de l'anse sigmoïde, en parcourant ensuite obliquement la surface de cette anse.

À droite la paroi, après son insertion au sommet de l'angle duodéno-jejunal, se porte vers la face postéro-interne du cœcum, au-dessus de la terminaison de l'iléon; à gauche la ligne d'insertion parcourt la face antérieure du côlon descendant, s'approchant, vers l'extrémité supérieure, de l'insertion du méso.

A l'ouverture de ce sac péritonéal les anses font hernie, se montrant libres entre elles et sans adhérences à la membrane enveloppante; leur extériorisation est très aisée. Ayant écarté vers la droite la masse des anses du jéjuno-iléon et relevé à l'aide de pinces les bords de l'ouverture, on y voit au fond et à droite le relief des vaisseaux et des ganglions qui siègent au-devant de la colonne lombaire, à la partie

moyenne l'uretère, les vaisseaux qui se dirigent vers le côlon descendant; à gauche, saillante dans la cavité. une partie du côlon descendant et de l'anse sigmoïde. En bas la partie inférieure du sac plonge dans la pelvis. On reconnaît en outre, que ce sac est entièrement fermé, sa paroi étant traversée en haut par l'extrémité supérieure du jéjunum et à droite par l'extrémité inférieure de l'iléon. Ainsi la paroi du sac étant fortement distendue en avant au moyen des pinces, se forment deux diverticules, l'un supérieur et gauche, correspondant à l'angle splénique du côlon, l'autre plus profond, inférieur, dans la pelvis. Alors nous avons demandé l'aide du photographe de l'Institut, M. V. Guerreiro, qui nonobstant la mauvaise illumination, a obtenu le cliché reproduit dans la fig. 1, dont l'originel se trouve dans les archives respectifs.

Pas de liquide dans la cavité abdomino-pelvienne et dans le sac. Le péritoine pariétal était normal, la membrane encapsulante, résistante, tellement mince qu'elle laissait voir les détails de la surface des anses emprisonnées, et identique aux membranelles qui rétrécissaient les angles du côlon et reliaient la pseudo-insertion colique du grand épiploon au bord du foie et à la paroi antérieure de la cavité. De l'examen de l'intestin on a conclu à l'absence de lésions macroscopiques.

II

Antonio M., 56 ans. Autopsie n.° 246 du Service d'autopsies de l'Hôpital-Ecole de la Faculté de Médecine de Lisbonne, faite le 25 Novembre 1920. Mort par cachéxie, résultante de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse, bilatérale.

Fait le dégagement du plastron sterno-chondro-costal, après l'incision crico-pubienne et l'ouverture de l'abdomen, l'écartement au maximum des lambeaux musculo-cutanés abdominaux, obtenu en coupant les attaches musculo-aponévrotiques au ras des côtes et les insertions des grands droit à la symphise, découvre tout le grand épiploon. Il se présente comme un véritable tablier, s'étalant régulièrement au-devant de toute la masse intestinale, sans surcharge de graisse; ses bords adhèrent en de petites étendues, aux côlons ascendant et descendant. A travers cette lame épiploïque on voit le côlon transverse qui est placé à la hauteur de la cicatrice ombilicale. Les lames antérieure et postérieure de cet épiploon sont entièrement indépendantes, persistant l'espace en cul-de-sac que l'on observe constamment chez le nouveau-né et fréquemment chez l'enfant. La lame postérieure est unie au côlon transverse au niveau du bord antérieur et à son méso. Pas de liquide dans la cavité abdominale.

Les adhérences ayant été coupées et le grand épiploon étalé en haut, nous vérifions que les anses de l'intestin grêle, ne sont pas libres, déplaçables, s'offrant à la vue au-devant de toutes les autres viscères, mais renfermées dans un sac péritonéal très vaste, représentant une grande partie de la cavité abdominale, s'étendant dès le pôle inférieur de la rate jusqu'à la cavité pelvienne. Ce sac qui contient le jéjuno-iléon tout entier, est allongé, son grand axe s'orientant du haut en bas et de gauche à droite. Le côlon descendant est déplacé en avant et en dedans, poussé vers le plan médian, l'anse sigmoïde du côlon étant très courte. Ce côlon était intimement uni à la paroi antérieure du sac.

En déplaçant vers la gauche le sac péritonéal, on voit la surface gauche du méso-côlon ascendant, d'une partie du méso-côlon transverse, les reliefs du

duodénum, du rein et de l'uretère dans de petites étendues et encore 5 centimètres de la terminaison de l'iléon qu'on voit sortir du sac; le déplacement vers la droite ne permet de reconnaître qu'une très petite partie du relief du rein gauche. Alors nous avons pris un crayon pour faire un croquis qui, un peu schématique, est reproduit dans la fig. 2.

L'ouverture du sac péritonéal a mis en liberté les anses du grêle, qui ont fait hernie tout de suite, ne montrant aucune adhérence entre elles, ni à la surface intérieure du sac; leur surface est entièrement lisse, brillante, sans aucune tâche. L'excision du jéjuno-iléon, après section du mésentère, met bien en évidence les lignes d'insertion postérieure des parois latérales du sac: la paroi droite et supérieure s'insère suivant une ligne qui commence quelques centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la rate et s'oriente presque horizontalement vers le commencement de la portion ascendante du duodénum, cette portion se présentant très courte; elle descend ensuite par la droite de la colonne lombaire et sur l'insertion du mésentère, changeant de direction à sa partie inférieure, pour se rapprocher de la ligne médiane, au niveau de la première vertèbre du sacrum.

L'insertion de la paroi gauche et inférieure commence à l'extrémité supérieure de l'insertion droite, atteint obliquement la partie moyenne de la face externe de la rate, parcourt la face antérieure du rein gauche; près de la limite interne atteint la partie interne de son pôle inférieur, et, poursuivant son orientation, cette ligne d'insertion croise l'uretère et le tiers moyen du psoas gauche, pour se réunir à la ligne d'insertion de la paroi droite, au niveau du corps de la première vertèbre sacrée.

A l'intérieur de ce sac font saillie, sans y être contenus: le bord antérieur du pôle inférieur de la

rate; le bord postérieur du côlon descendant, suivant un bande large de 1-2 centimètres, plus étroite vers l'angle splénique; la partie interne de la face postérieure du pôle inférieur du rein et le segment supérieur de l'uretère gauche. A l'intérieur du sac on trouve une petite partie de la portion ascendante du duodénum, outre le jéjuno-iléon, à l'exception de son extrémité inférieure, dans une étendue de 5 centimètres.

Les parois latérales de ce sac sont d'une épaisseur uniforme, parcourues à droite par des minces vaisseaux qui se dirigent vers le côlon; la paroi postérieure est recouverte aussi par le péritoine; à droite la paroi est interrompue pour donner passage à l'iléon, sans aucune adhérence entre l'une et l'autre. La membrane qui forme ce sac est très résistante, brillante, tellement mince qu'elle laisse voir par transparence les anses sous-jacentes et qu'un petit lambeau a pu être coloré et étalé entre lame et lamelle pour observation microscopique. Elle est constituée par des minces faisceaux conjonctifs, très pauvre de noyaux de fibrocytes, sans cellules d'infiltration. Le péritoine pariétal est normal; pas de lésions de l'intestin qui soient appréciables 13 heures après la mort. Ganglions pré-aortiques hyperplasiés mais sans des lésions spécifiques.

* * *

En essayant de comprendre la genèse de cette disposition anatomique, dont la constatation, œuvre du hasard, a été faite à court intervalle, et dès lors jamais renouvelée, en dépit de nôtre attention aiguisée dans cette direction, nous sommes resté perplexe.

Ces observations ont été faites après la publication du mémoire d'Esau (1913); les faits de Huguenin (1903), de Villard (1912), de Letulle (1918) et

combien d'autres, étaient antérieurs, mais ils nous étaient inconnus. Alors nous n'avons eu qu'à choisir entre: *a)* des reliquats cicatriciels d'une péritonite exsudative; *b)* le trouble de développement du péritoine, remontant à une époque reculée de la vie embryonnaire.

Sous l'impression de la minceur de la membrane enveloppante où des signes d'inflammation n'existaient pas, de l'aspect sain de toute la séreuse et encore de la coexistence d'autres membranes aussi minces dans l'un des cas et de la disposition fœtal du grand épiploon; d'autre part, considérant l'impossibilité de comprendre une péritonite dont les reliquats fussent si bien systématisés qu'un sac si parfait puisse en être le résultat, laissant à son intérieur les anses libres d'adhérences, nous avons conclu, dans notre première publication, que le trouble du développement était à admettre. Toutefois nous n'avons pas réussi à comprendre nettement la formation d'un diverticule rétro-péritonéal du péritoine et l'engagement de la partie descendante et de la partie supra-cœcale de l'anse intestinale primitive dans ce diverticule, sans modification valable de la topographie du gros intestin.

Nul doute que dans ces cas le jejuno-iléon presque tout entier est emprisonné dans un sac péritonéal, les anses étant libres entre elles et de la surface intérieure du sac, qui les contient à l'étroit. Il y a donc encapsulement de l'intestin.

Mais sera-t-il raisonnable de classer cet encapsulement parmi les cas de péritonite chronique encapsulante?

En considérant ce que nous avons écrit dans la première partie de cette exposition, nous croyons qu'on peut répondre affirmativement. En effet on peut admettre l'existence d'une membrane encapsulante épaisse, nacrée, formée, quel que soit le pro-

cessus en question, à une époque de la vie telle qu'un agrandissement de l'intestin puisse se faire, provoquant la distension de la membrane et son amincissement. Cette distension sera faite avec des troubles par rapport à sa résistance, celle-ci dépendant de l'évolution fibreuse cicatricielle; l'intestin sera maintenu toujours à l'étroit, fait constamment observé. L'augmentation de surface de la séreuse intestinale, les mouvements de l'intestin aidant, peuvent déterminer la rupture, après étirement, de quelque mince bride reliant des anses ou celles-ci au sac, rétablissant la continuité parfaite de la séreuse. Alors dans nos cas il faudra attribuer la formation de la coque épaisse à la période de la vie où la croissance de l'intestin se fait; on ne peut donc rejeter entièrement la supposition que le sac soit congénital. Telle est l'hypothèse qui suggèrent nos cas.

Le cas rapporté par Bergeret peut être considéré confirmatif de cette hypothèse, les fenêtres transparentes dans la coque épaisse étant le résultat d'une distension inégale de la paroi du sac. Le cas de Stoop, si intéressant au point de vue pathogénique, puisqu'il s'agissait d'une fillette, ne peut pas être mis en contribution, les caractères du sac étant trop résumés.

LITTÉRATURE

- Bazy (Louis)**: Soc. Nat. de Chir., séance du 25 Mai 1932. Discussion de la communication de Soupault (Robert). «Bull. et Mém.», p. 813.
- **Bergeret**: *A propos des péritonites encapsulantes*. «Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.». Séance du 9 Novembre 1932, p. 1313.
- **Bernard (Raymond)** et **Delalande**: *Un cas de péritonite chronique appartenant peut être au tableau de la péritonite chronique encapsulante. Rapport de Louis Bazy*. Soc. Nat. de Chir., séance du 19 Octobre de 1932, «Bull. et Mém.» pp. 1241-1246.
- **Bloch (J. Ch.)** et **Blondin (S.)**: *Un cas de péritonite encapsulante tuberculeuse*. «Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie». Rapport de la séance du 23 Novembre 1932, p. 1417.
- **Brites (Geraldino)**: *Quelques observations d'anomalies du péritoine et de la position de l'intestin chez l'homme*. «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis», N 6, Vol. II, 1927.
- **Brocq (P.)**: Soc. Nat. de Chir., séance du 1^{er} Juin 1932. «Bull. et Mém.», p. 840.
- **Cadenat (F. M.)**: Soc. Nat. de Chir., séance du 1^{er} Juin 1932. «Bull. et Mém.», p. 840.
- **Esau**: *Deutsch Zeitschrift für Chirurgie*, T. 125, 1913, p. 155-174. Rés. de Wilmoth.
- **Grégoire (Raymond)**: Soc. Nat. de Chir., séance du 25 Mai 1932. Discussion de la communication de Soupault (Robert). «Bull. et Mém.» p. 813.
- **Guinard (U.)**: *Péritonite encapsulante et péricérinite engageante*. «Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.», 1934, pp. 1192-1194.
- **Imbert**: Société de Chirurgie de Marseille, séance du 1^{er} Février 1937, cit. de Wilmoth.
- **Lecœur (P.)**: *Anatomie pathologique d'un cas de péritonite chronique encapsulante*. Société Anatomique de Paris, séance du 7 juillet 1932, «Annales d'Anatomie pathologique» T. IX, N.° 7, p. 807.
- **Lenormant**: Soc. Nat. de Chir. Séance du 19 Octobre 1932, discussion du rapport de L. Bazy. «Bull. et Mém.», p. 1246.
- **Lenormant (Ch.)**: *Péritonite encapsulante et sténose du duodénum*. «La Presse médicale». N.° 68, du 26 Avril 1933.
- **Letulle (Maurice)**: *La péritonite syphylitique*. La Presse Médicale, N.° 52, Septembre 1918.
- **Madier**: Soc. Nat. de Chir., séance du 25 Mai 1932. Discussion de la communication de Soupault (Robert). «Bull. et Mém.», p. 814.
- **Pinson**: *Un nouveau cas de péritonite chronique encapsulante. Rapport de Louis Bazy*. Soc. Nat. de Chir., séance du 19 Octobre de 1932, «Bull. et Mém.», pp. 1241-1246.
- **Potez (G.)**: «Normandie médicale», N.° 4, Avril 1937, observation reproduite par Wilmoth.
- **Soupault (Robert)**: *Un cas de péritonite encapsulante de nature tuberculeuse. Rapport de Ch. Lenormant*. «Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.», 1932, pp. 809-813.
- Idem: Soc. Nat. de Chir. Séance du 19 Octobre 1932. Discussion du rapport de L. Bazy. «Bull. et Mém.», p. 1246.
- **Stoop (R.)**: *Un cas d'ileus chronique par péritonite encapsulante d'origine probablement congénitale*. «Arch. de Méd. des Enfants», T 40, 1937, N.° 9, pp. 588-590.
- **Wilmoth (P.)**: *A propos de la péritonite encapsulante*. «Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.». Séance du 30 Novembre 1932, p. 1450.
- Idem: *La péritonite encapsulante*. «La Presse Médicale», N.° 5, 1938, p. 77.
- Idem et **Patel (J.)**: *La péritonite chronique encapsulante*. «Journal de Chirurgie» T. XXXVII, 1931, pp. 341-357.

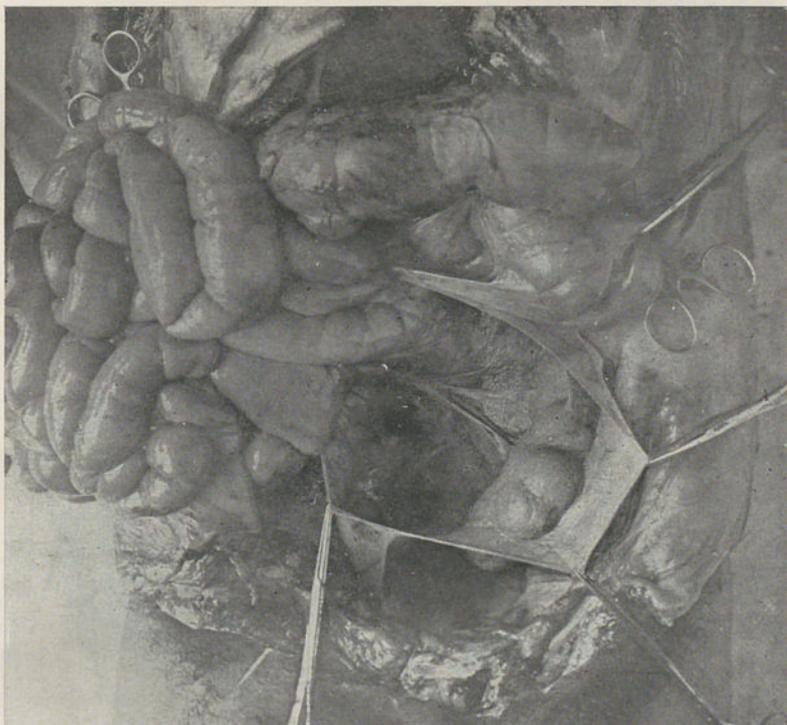


Fig. 1

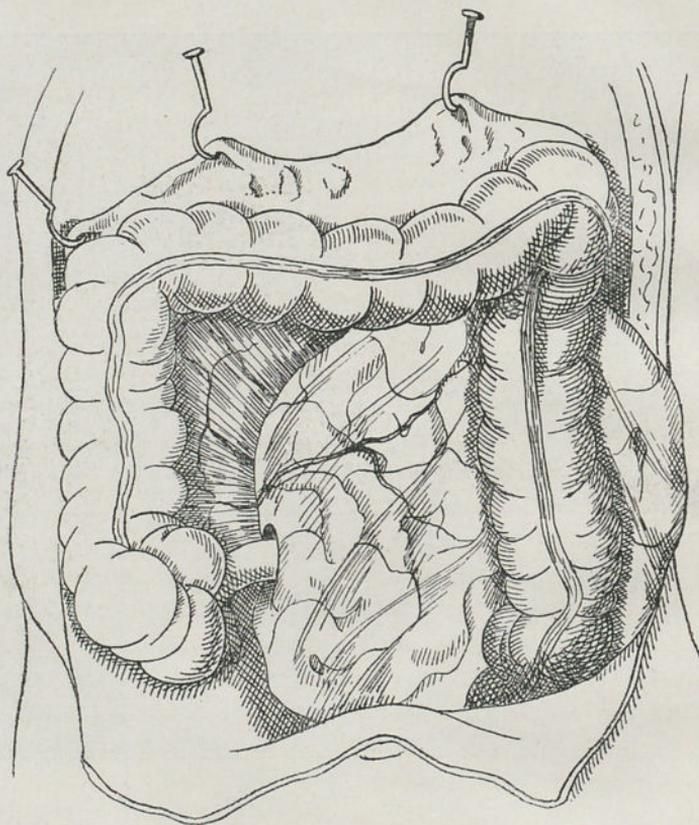


Fig. 2

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XIV

N 3

PORCO OTOCEFALIANO AGNÀTOCÉFALO

POR

ÁLVARO MOITAS

Preparador do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto

(Recebido pela Redacção em 28 de Fevereiro de 1939)

Em Maio de 1938, o Dr. Barreto Costa, distinto clínico em Valbom, teve a gentileza de oferecer ao Instituto de Anatomia do Pôrto um Porco monstruoso.

Passado algum tempo, o ilustre director dêste Instituto, Prof. J. A. Pires de Lima, que à Teratologia tem dedicado a maior parte do seu intenso labôr científico, encarregou-me de estudar o referido monstro, honra que penhoradamente agradeço.

Começarei êste trabalho pelo exame minucioso do exemplar e respectiva classificação dentro da família dos Otocefalianos; a seguir, farei referência às obras portuguesas sôbre êstes monstros unitários e, finalmente, exporei as conclusões sugeridas pela presente observação.

* * *

O exemplar anómalo era filho dum porco de raça Yorkshire pura e duma porca $\frac{3}{4}$ Yorkshire. Segundo informações colhidas, os pais eram normais,

assim como os irmãos. A mãe teve várias ninhadas, constituídas sempre por bacorinhos normais.

O animal que motivou este estudo nasceu morto, em virtude da impossibilidade de respirar.

Tinha o peso de 1.200^{grs} e apresentava as seguintes medidas:

Distância da extremidade da tromba à implantação da cauda	38	cm
Comprimento da cauda	8	»
Perímetro atrás das orelhas	18,5	»
» » dos membros posteriores	23,5	»
» » junto da inserção do cordão umbilical.	23,5	»

A sua morfologia exterior era normal, excepto ao nível da cabeça. Esta, guarnecida de pêlo curto, branco e áspero, duma maneira regular, salvo na zona inferior da extremidade do focinho, apresentava dois importantíssimos desvios anatómicos: a viciosa implantação das orelhas e a ausência de bôca, substituída por uma simples fosseta (fig. 1).

De facto, o ponto de inserção de ambas as orelhas deslocou-se para baixo duma maneira desigual, pelo que, embora do mesmo tamanho e colocadas no mesmo plano transversal, não eram simétricas. Assim, enquanto que a base da orelha direita distava apenas 1^{cm} da linha média inferior, a orelha oposta estava à distância de 1,5^{cm}. Pela mesma razão, a ponta do pavilhão auricular direito ficava mais afastada da linha média superior que a ponta esquerda (1,5^{cm} e 0,5^{cm} respectivamente).

Como já se disse, as orelhas tinham igual tamanho e normal configuração. Apresentavam-se erectas, como é próprio da raça Yorkshire e mediam 7,4^{cm} de comprimento por 4,5^{cm} de largura máxima. Nas suas faces externas, quasi planas, notavam-se três linhas longitudinais um pouco salientes (coincidindo uma com o eixo da orelha), que dividiam a

superfície da mesma em quatro regiões planas e alongadas.

Estas espécies de cristas atingiam, em baixo, o rebôrdio duma depressão de contornos boleados e sinuosos, na parte inferior da qual se encontrava o canal auditivo externo com a respectiva membrana do tímpano.

Quere dizer: a despeito de manter a sua forma vulgar, cada orelha, nomeadamente a direita, deslocou-se para a linha média inferior, como se tivesse tentado unir-se à outra, facto que se não chegou a efectuar, pois ainda havia entre elas uma distância de 2,5^{cm}.

Os órgãos da visão eram normais. Contudo a região ocular direita formava uma saliência regularmente convexa, enquanto que a esquerda era quasi plana. Cada olho, que distava 8^{mm} da parte mais próxima da orelha do mesmo lado, encontrava-se, assim como estas, no mesmo plano transversal; a-pesar da distância de cada um dêles à extremidade da tromba ser diferente (o globo ocular direito estava afastado 2,4^{cm} e o esquerdo 3,5^{cm}). Esta diferença resultava, como o demonstra a figura 3, da curvatura da tromba nasal para a direita.

Parecia, à primeira vista, que os órgãos da visão também tinham sofrido um desvio análogo ao das orelhas. Tal impressão não devia traduzir um facto real; resultava provavelmente do desenvolvimento defeituoso da face, cujo volume era exíguo.

A tromba nasal apresentava-se bem desenvolvida; o perímetro da sua extremidade livre era de 6,5^{cm}. Por baixo, não se via abertura bucal; notava-se apenas uma fosseta de bordos boleados, ligeiramente alongada no sentido vertical (4 por 3^{mm}), com uma profundidade insignificante (3^{mm}). O diâmetro ântero-posterior da tromba media 2^{cm} e a distância

entre o rebôrdo superior da mesma e o contôrno inferior da fosseta correspondia a 2,7^{cm}.

Como mostram as figuras 1 e 2, entre o aparelho da visão e a extremidade nasal existia um sulco que percorria transversalmente tôda a circunferência do focinho, originando um estrangulamento ligeiro do mesmo. Na sua face inferior e em tôda a região compreendida entre êste sulco e a fosseta, estendia-se uma superfície sem pêlo, com o formato duma crista romba, mediana, de direcção ântero-posterior, que revelava grande consistência à palpação.

Depois do exame cuidadoso da morfologia externa do animal, passei à sua disseccção.

Em primeiro lugar, seccionei a pele ao longo da linha média inferior. Reparei, então, que a cartilagem auricular dum lado estava ligada à do lado oposto por um espessamento da aponevrose.

O exame das cavidades torácica e abdominal, e das vísceras aí contidas nada revelou de teratológico.

Em seguida, passei à observação minuciosa do pescçoço e da cabeça. Para isso, destaquei a bisturí a pele da metade anterior do animal e tirei as partes moles que cobriam a cabeça como se fôsse um capuz, tendo o cuidado de limpar muito bem a região deixada a descoberto.

Depois, dei um golpe na zona dura e consistente, que correspondia à crista romba situada atrás da fosseta e verifiquei que se tratava duma bolsa contendo dentes, que se unia em cima aos ossos incisivos. A sua face interna era lisa e polida e a respectiva capacidade era apenas a suficiente para conter os dentes. Êstes, em número de três, tinham o aspecto de incisivos, sendo dois anteriores e um posterior. Os primeiros dirigiam-se para baixo e para a linha média, de cada lado desta, mas em sentido ligeiramente convergente, principalmente o dente esquerdo (que, por isso, parecia mais curto).

Como se vê, um era direito outro esquerdo e ambos estavam fortemente implantados pela sua base.

O terceiro dente encontrava-se apenas ligado a partes moles como o indicava a sua grande mobilidade; orientava-se de trás para diante, ocupando uma goteira, e vinha terminar no ângulo diedro formado pela união dos outros dentes, um pouco acima das suas extremidades.

Como se deduz desta descrição, a fosseta cutânea, a-pesar-de estar situada adiante da bolsa, não tinha com ela nenhuma espécie de comunicação.

O plano inferior da cabeça, entre as órbitas, apresentava uma superfície óssea plana, com uma fenda ântero-posterior, preenchida por partes moles, que media cêrca de 2,5^{cm} de comprimento por 0,5^{cm} de largura.

Imediatamente atrás desta região e um pouco para fora da linha média, notava-se a presença dos canais auditivos externos seccionados e, encostada posteriormente, via-se uma massa óssea, com o aspecto dum oval alongado atravessado na linha média, plana no sentido transversal e de convexidade regular mas muito acentuada no sentido ântero-posterior. As extremidades laterais eram rombas e estavam situadas atrás dos canais auditivos externos correspondentes (fig. 4).

Para facilitar a minha exposição, desde já chamarei «ôso timpânico» a esta formação óssea.

As figuras 4 e 5 mostram bem o que descrevi, assim como as partes moles do pescoço após a dissecção. Como a morfologia era normal, não descrevi a minúcias.

O aparelho hioideu conservava ainda, macroscopicamente, uma estrutura cartiláginea. O corpo do ôso hioide apresentava uma apófise lingual bífida bem desenvolvida; os grandes cornos mereciam o qualificativo.

Aberta a faringe, verifiquei que à sua superfície interna se podia aplicar, mediante ligeiras modificações, a descrição que dum órgão idêntico também dum Porco monstruoso, fêz o Prof. J. A. Pires de Lima num dos seus trabalhos científicos¹. Como êle considero a endofaringe como tendo duas extremidades, uma anterior e outra posterior, e quatro faces (superior, inferior e laterais).

A face superior e as laterais mostravam pregas profundas, orientadas longitudinalmente, donde a possibilidade de aumentar a capacidade faríngea, pela sua distensão forçada.

Na face inferior notava-se a abertura anterior da laringe, tendo adiante a epiglote. Não se viam vestígios das pregas glosso-epiglóticas, nem da língua. Escusado será dizer que da extremidade posterior da endofaringe partia o canal esofágico.

Também da extremidade anterior da mesma partia um canal que penetrava no ôsso timpânico, a meio do ângulo diedro que êle forma com a apófise basilar do occipital.

Então, com uma serra muito fina, abri o referido ôsso, tirando-lhe uma porção em forma de cunha. Encontrei uma cavidade quadrangular, cujo teto apresentava uma ligeiríssima crista ântero-posterior, interrompida pela abertura interna do canal que a põe em comunicação com a faringe.

Dum lado e doutro da crista citada, via-se um ossículo do ouvido, com o feitio dum acento circumflexo. A parede óssea que formava o limite pósteroinferior desta cavidade, apresentava-se, ao corte, crivada de pequenos e grande orifícios e cavidades, que faziam lembrar uma esponja.

¹ J. A. Pires de Lima — Étude d'un Monstre otocéphalien (*Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles* — Tome VIII, 23 de Janeiro — 1918.

Como se conclui desta exposição, o ôsso designado por timpânico resultou da fusão na linha média das duas bôlsas do mesmo nome.

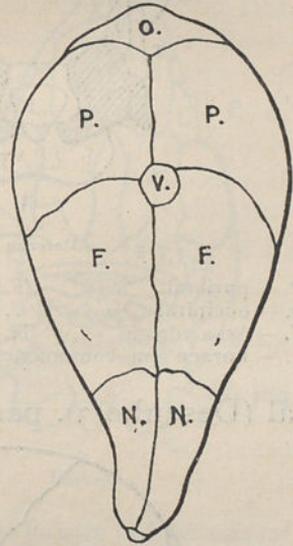
Para melhor estudar o esqueleto da cabeça, separei-a da coluna vertebral e limpei-a muito bem com a rugina.

Duma maneira geral, a cabeça dêste esquisito porco assemelhava-se à duma ave.

Olhando o crânio pela face superior (Desenho 1) notam-se, como é de regra, dispostos de diante para trás, os seguintes ossos: dois nasais (N. N.) (que não são bem simétricos, devido ao desvio da extremidade do focinho); dois frontais (F. F.), unidos por uma sutura mediana, assim como os dois parietais (P. P.) e a parte mais elevada da escama do occipital (O.). As suturas vêem-se nitidamente, acontecendo o mesmo com um ôsso vórmio, pequeno e arredondado (V.), situado na linha média, ao nível da junção dos parietais com os frontais.

A face posterior (Desenho 2) apresentava, a partir de cima, o occipital (O.), cercado pelos parietais (P. P.), com a sua configuração normal e inferiormente a face posterior do ôsso timpânico (Ti.).

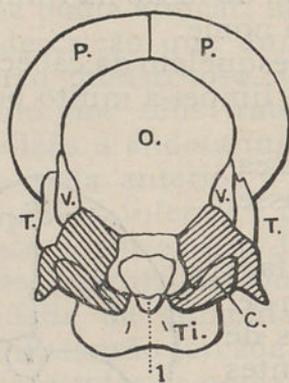
Ao nível da união do occipital, parietal e temporal (T.), tanto dum lado como doutro, via-se um ôsso vórmio triangular, bastante desenvolvido, que se distinguia melhor na face lateral (V.).



Desenho 1

O. — Occipital
P. — parietal
F. — frontal
N. — nasal

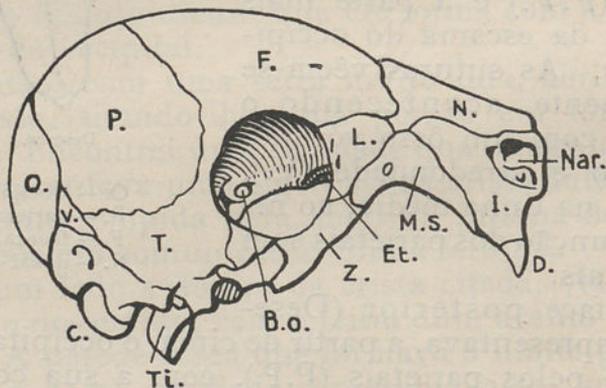
A extremidade anterior da cabeça, ou melhor, do focinho, apresentava os dois buracos nasais e, mais abaixo, estendia-se até à implantação dos dentes anteriores uma superfície estreita, fortemente convexa no sentido transversal e ligeiramente côncava no sentido vertical.



Desenho 2

- | | |
|--|---------------------------|
| P. — parietal | T. — temporal |
| O. — occipital | C. — côndilo do occipital |
| V. — osso vórmio | Ti. — «osso timpânico» |
| 1. — buraco em comunicação com a endofaringe | |

A face lateral (Desenho 3), partindo de diante, mostrava suces-

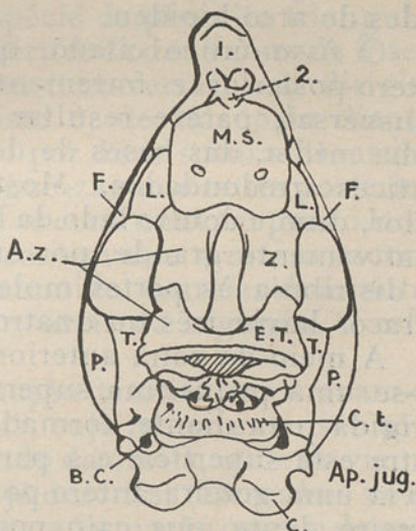


Desenho 3

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| Nar. — fossa nasal | Z. — osso zigomático |
| I. — osso incisivo | B. O. — buraco ótico |
| D. — dente | P. — parietal |
| N. — nasal | T. — temporal |
| M. S. — maxilar superior | Ti. — osso timpânico |
| L. — lacrimal | C. — côndilo do occipital |
| Et. — etmoide | O. — occipital |
| F. — frontal | V. — osso vórmio |

sivamente o osso nasal (N.), o prè-maxilar ou inter-maxilar ou ainda incisivo (I.); o maxilar superior ou supramaxilar (que descreverei quando estudar o plano inferior da cabeça) (M. S.), o lacri-mal ou unguis (L.), o frontal (F.), o parietal (P.), o occipital (O.) e, num plano inferior, um osso que eu considero homólogo do jugal ou malar e, finalmente, o temporal (T.).

Inferiormente (Desenho 4), a cabeça óssea dêste porco era constituída duma maneira muito fora do vulgar. Partindo de diante para trás, notavam-se: os dois dentes anteriores, um osso único e mediano, dois ossos achatados e largos que se dirigiam como pontes, afastados cêrca de 0,5 cm, de cada lado da linha média, até atingirem o temporal adiante do seu segmento timpânico; logo atrás encontrava-se êste mesmo osso, ligado ao resto do crânio apenas por partes moles. Ainda mais atrás via-se a porção basilar do occipital, que nada apresentava digno de



Desenho 4

- 1. — osso incisivo ou inter-maxilar
- M. S. — maxilar superior
- L. — lacrimal
- F. — frontal
- A. Z. — arcada zigomática
- Z. — zigomático ou jugal
- E. T. — escamas dos temporais fusionadas
- T. — temporal
- P. — parietal
- C. t. — caixas do tímpano fusionadas
- B. C. — buraco condiliano
- Ap. jug. — apófise jugular do occipital
- C. — côndilo do occipital
- 2. — goteira para o 3.º dente

registro, assim como o buraco e cõndilos occipitais, e as apófises jugulares, separadas das timpânicas fusionadas pelos buracos condilianos. As faces laterais do ôsso timpânico vinham-se ligar as extremidades do arco hioideu.

O ôsso único citado, quási plano no sentido ântero-posterior e fortemente convexo no sentido transversal, parece resultar da fusão, ao nível da linha média, das bases de dois triângulos ósseos de vértices arredondados. Mostrava na sua parte posterior, dum e doutro lado da linha média, um orifício relativamente grande, por onde saía um nervo que se distribuía às partes moles vizinhas; entre êstes buracos havia três ou quatro pequeninas aberturas.

A meio da zona anterior do mesmo ôsso, notava-se uma pequenina superfície triangular de base dirigida para diante, formada por tecido esponjoso. Entre esta superfície e a parte posterior dos dentes, havia uma goteira ântero-posterior que albergava o terceiro dente, que caíu por estar apenas ligado a parte moles.

Considero o ôsso que descrevi como resultante da fusão na linha média dos rebordos inferiores dos maxilares superiores, com agenesia dos bordos alveolares. Segundo a mesma ordem de idéas, os dois troncos nervosos que atravessam o ôsso, assim como os canais que lhe dão passagem, são homólogos dos nervos e canais infra-orbitários ou dentários superiores.

As espécies de pontes já mencionadas, são constituídas, na sua maior parte, por um ôsso que, na minha opinião, é homólogo do zigomático ou jugal. Por um raciocínio análogo, considero aquelas como arcadas zigomáticas.

Tiradas estas arcadas, observei, adiante, uma crista transversal dirigida para trás, de modo a formar como o andar correspondente da base do crânio

um ângulo diedro de abertura posterior, no fundo do qual se observavam os orifícios de entrada dos canais dentários superiores.

Na linha média, atrás da sede de implantação da crista, existia uma espécie de planalto triangular de base anterior e cujo vértice ia dar à zona de inserção doutra crista também transversal, mas dirigida em sentido contrário, isto é, de trás para diante. Este planalto era cortado por duas suturas transversais, uma anterior em zigue-zague e outra posterior, um pouco arqueada, que se continuavam para o lado. Adiante da primeira encontrava-se a massa escura, esponjosa e friável, do etmoide; entre as duas suturas, o esfenoide anterior; atrás da segunda, o esfenoide posterior.

Lateralmente à formação descrita, mostravam-se duas superfícies côncavas, cuja maior extensão contribuía para formar o fundo da órbita, onde se viam a continuação das suturas já descritas (Desenhos 3 e 4). No segmento posterior desta formação óssea e de cada lado da linha média, existia um buraco ligeiramente inclinado para fora e para diante. Atrás dêste par havia outros tantos buracos ovulares, quatro vezes maiores, dirigidos fortemente para diante, devido à inclinação da crista posterior pertencente ao post-ou basi-esfenoide.

O primeiro par de aberturas, homólogas dos buracos ópticos, era vasado nas asas do esfenoide anterior ou prè-esfenoide e o segundo par, correspondente à reunião, como é de norma no Porco, da fenda esfenoidal com o buraco grande redondo, era limitado pelos dois esfenoides.

A crista que o esfenoide posterior ostentava teve a sua origem, segundo me parece, na fusão, ao nível da linha média, das apófises pterigoideias deformadas. Assim o prova a sua situação em relação ao post-esfenoide. Atrás da crista posterior, existia um

terceiro par de aberturas ovulares, de maior eixo dirigido para fora e para diante; são homólogos dos buracos ovais e láceros posteriores, que no Porco costumam estar confundidos.

Também existiam os buracos láceros posteriores, com uma morfologia normal.

A-fim-de estudar o crânio e o seu conteúdo, destaquei com uma serra a abóbada craniana. Deparei com um encéfalo normal, pelo menos no que diz respeito à sua morfologia exterior macroscópica. Retirada a massa encefálica, observei a superfície interna do crânio, que nada apresentava digno de registo.

Por último, dei um corte transversal no focinho, um pouco atrás da zona de reunião dos ossos frontal, nasal, prè-maxilar, maxilar superior e lacrimal (fig. 7). Isto permitiu-me examinar a constituição das fossas nasais, que era a seguinte:

A abóbada, o pavimento, a parede externa e a extremidade anterior (ausência do ôsso do focinho ossificado) eram normais.

A parede interna e, principalmente, a extremidade posterior foram fortemente alteradas na sua configuração. Assim, o septo não apresentava vestígios de vômer, sendo apenas constituído pela lâmina vertical do etmoide, cujo bôrdo superior se ligava, como é de regra, à sutura mediana dos frontais e dos nasais, cujo bôrdo inferior terminava livremente, a certa distância do pavimento das fossas nasais. Por tal motivo, estas comunicavam inferiormente uma com a outra, ao passo que as narinas eram distintas.

Normalmente, a extremidade posterior de cada fossa nasal apresenta em cima as volutas etmoidais e em baixo uma abertura ovalar bem aberta, circunscrita pelo vômer e pelo palatino, que a põe em comunicação com a faringe. Êste orifício, chamado abertura gutural da fossa nasal, é precedido por um canal que prolonga o meato inferior. No caso que estou

estudando, notei que a lâmina perpendicular do etmoide se espessava à medida que caminhava para trás, dando ao corte uma secção triangular, com uma excavação do mesmo feitio, e que por fim se bifurcava, soldando-se cada ramo com o respectivo corneto inferior. Resultava assim a formação dum canal único, em vez de dois canais, que terminava em fundo-de-saco, em lugar de comunicar com a faringe por duas aberturas.

Não havia, como se depreende, nem palatinos, nem vómer.

As anomalias da cabeça dêste Porco podem resumir-se da seguinte maneira:

A região mais alterada foi a face; o crânio foi-o muito menos. Neste último, os frontais, os parietais, o occipital, e o etmoide e o esfenoide anterior apresentavam-se normais. O mesmo não sucedia com o esfenoide posterior e temporais. No primeiro, as apófises pterigoideias deformaram-se e fusionaram-se, dando origem a uma crista transversal.

Os temporais deslocaram-se para baixo, fundindo-se pelas suas bôlsas timpânicas na linha média, por baixo da apófise basilar do occipital, donde resultou a formação óssea, que já descrevi com o nome de «osso timpânico». Esta disposição é característica da otocefalia. Quere dizer, embora os ouvidos externos e respectivas membranas timpânicas sejam distintos, o ouvido médio é comum.

É ocasião de recordar que os ossos vórmios ou suturais aparecem raras vezes nos animais, sobretudo àqueles que pertencem a raças aperfeiçoadas, e quando existem predominam ao nível da face.

Êste exemplar, a despeito de ser de raça elevada — Yorkshire — quasi pura, apresenta três ossos vórmios, cranianos demais a mais. Dêstes, o mediano ainda é o mais raro.

Os ossos da face, região muito atingida pela anomalia, apresentavam-se quer normais, quer deformados e atípicos, quer ainda ausentes. Entre os primeiros contavam-se os nasais, os lacrimais e os intermaxilares.

No segundo grupo temos os maxilares superiores, de cujos bordos alveolares não restava qualquer vestígio; fiquei com a impressão que o bôrdo livre dum e doutro ôsso tinha sofrido uma rotação para a linha média (conseqüência da agenesia dos alvéolos) e que se fusionaram um com o outro, constituindo um ôsso único.

A rotação sofrida pelos rebordos inferiores dos maxilares originou, segundo o meu critério, um movimento análogo das arcadas zigomáticas, que se aproximaram da linha média inferior, ficando como pontes sôbre a base craniana (quando se voltava esta para cima).

Finalmente, na terceira categoria, isto é, na dos ossos faciais ausentes, estavam incluídos o maxilar inferior, de que não havia quaisquer vestígios, o vômer e os palatinos.

A agenesia do vômer originou a comunicação entre as duas fossas nasais e mais atrás a formação dum simples canal, terminado em fundo-de-saco, em lugar de comunicar com a faringe pelos dois buracos chamados guturais, o que provavelmente teria acontecido se, além do vômer, não tivessem desaparecido os palatinos.

* * *

A radiografia de perfil (fig. 8) inserta neste trabalho deve-se à cativante amabilidade do Sr. Prof. Dr. Roberto de Carvalho, a quem de novo e penhoradamente agradeço.

A chapa radiográfica confirma o que já foi dito. Mostra um esqueleto normal, excepto ao nível da cabeça, onde se vêem as alterações da face, os dentes do intermaxilar e a situação do osso timpânico.

A família dos monstros unitários otocefalios foi criada por Is. G. Saint-Hilaire, que a considerou muito vizinha da dos ciclocefalios.

O fundador da Teratologia era de opinião que estes agrupamentos teratológicos resultavam da tendência à fusão na linha média dos órgãos dos sentidos do mesmo nome: no caso dos otocefalios o facto ter-se-ia dado com as orelhas (ouvido médio), no caso dos ciclocefalios teria sucedido o mesmo com os globos oculares.

Sou forçado, com risco de me tornar enfadonho, a citar a classificação de Is. G. Saint-Hilaire, pois o exemplar em estudo parece não estar abrangido por ela.

Para aquele autor, a família dos monstros otocefalios caracteriza-se pela aproximação, podendo chegar à fusão, das orelhas na linha média, acompanhada geralmente de atrofia, mais ou menos accentuada, da região inferior do crânio e duma grande parte da face.

Is. G. Saint-Hilaire reparte os monstros desta família em três secções, conforme os olhos se encontram nitidamente separados, reunidos na mesma órbita (com um ou dois globos oculares) ou ainda ausentes.

A primeira secção abrange um único género — esfenocéfalo — que, além de apresentar, como é óbvio, o carácter dominante da otocefalia, isto é, aproximação ou reunião das orelhas sob a cabeça, possui maxila e bôca distinta.

A segunda secção, mais rica em géneros, apresenta três, a saber: otocéfalo, edocéfalo e opocéfalo, que apresentam diferenças entre si, como é natural.

Assim, o otocéfalo possui maxila e bôca desenvolvidas, sendo desprovido de tromba nasal; no edocéfalo, a maxila encontra-se atrofiada, não existindo bôca, e a tromba está implantada por cima da única órbita; finalmente, o opocéfalo individualiza-se pela atrofia da maxila e ausência quer da bôca, quer da tromba.

A terceira secção inclui, como a primeira, um só género, chamado triocéfalo, a que pertencem a grande maioria dos monstros otocefalios; caracteriza-se pela perda de três espécies de órgãos dos sentidos (olhos, bôca e tromba) e pela atrofia das maxilas.

A descrição do exemplar mostra que se trata dum otocefalio muito aproximado do esfenocéfalo pela presença de dois olhos distintos, diferindo dêle pela ausência de bôca. Mesmo abstraindo da existência de dois globos oculares, nem assim se assemelha a qualquer dos géneros abrangidos pela segunda secção de Is. G. Saint-Hilaire.

A sua dissemelhança com o género triocéfalo é demasiadamente evidente para que dela me ocupe.

No capítulo que Is. G. Saint-Hilaire no seu famoso livro ¹ dedica aos otocefalios, descreve, em nota, um monstro que não observou, mas que conheceu apenas por uma gravura. Esse animal tinha as orelhas e os olhos aproximados da linha média inferior e tromba nasal bem desenvolvida, mas não apresentava bôca. Saint-Hilaire attribuiu esta monstruosidade à torsão dos órgãos dos sentidos da visão e da audição, donde resultou a deslocação dos mesmos para debaixo da tromba nasal. Por êste raciocínio, deu-lhe o nome de estrofocéfalo, considerando êste género teratológico, não como pertencendo à família otocefaliana, mas muito aproximado.

¹ Saint-Hilaire, Is. G. — *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'Homme et les animaux*. Tome 11, Paris, 1836.

Esta monstruosidade foi estudada mais tarde por vários autores, entre êles L. Guinard que, no seu livro ¹, classifica os estrofocéfalos como otocefalios vizinhos dos esfenocéfalos, pelo que eleva a seis os géneros daquela família teratológica.

Eu compartilho inteiramente a maneira de ver dêste cientista, pois que nestes monstros se encontra, de-facto, a principal característica da otocefalia e a presença de dois olhos distintos aproxima-os dos esfenocéfalos.

A princípio, considere o animal em estudo como pertencente ao género estrofocéfalo. Mas, primeiro a insignificante ou nula aproximação dos olhos e, depois, a dissecação e estudo do crânio mostraram-me que não se tratava dum monstro de tal grupo. Recorri então com êxito às classificações de Schwalbe, e de Blanc.

O primeiro escreveu um capítulo com o título «Otocefalia e triocefalia». Por aqui se vê que êle considerava a segunda não como um género da primeira, mas sim como um grupo vizinho de igual categoria.

Ao estudar a otocefalia divide-a em dois sub-grupos: a otocefalia pura e a otocefalia combinada à ciclopia. Apresenta a primeira com um agrupamento bem distinto e a segunda como mais aproximada dos monstros ciclocefalios. Baseia esta opinião no facto de, tanto os ciclopes puros como os otocefalios com caracteres ciclópicos apresentarem constantemente alterações dos centros nervosos, ao passo que o encéfalo dos otocefalios é sempre normal.

No grupo da otocefalia pura de Schwalbe ou dos otocéfalos de cérebro normal de Blanc estão incluídos

¹ Guinard, L. — *Précis de tératologie*, Paris, 1893.

quatro géneros: ageniocéfalo, esfenocéfalo, agnatócéfalo e estrofocéfalo.

No agrupamento a que Schwalbe chamou otocefalia com ciclopia, e que corresponde aos monstros otocefalianos de cérebro vesiculoso de Blanc, estão abrangidos três géneros, que correspondem aos géneros da 2.^a secção da classificação da Saint-Hilaire, já estudados, portanto.

Para o nosso caso apenas interessam os monstros otocefalianos puros. Estes, como é natural, apresentam entre si analogias e ausência ou estado rudimentar do maxilar inferior, oclusão do ístmo das fauces, saco faríngeo, etc.—e diferenças. Vejamos quais são estas.

Os monstros do género ageniocéfalo possuem uma pequena boca.

Nos esfenocéfalos, os maxilares superiores encontram-se deformados, com os bordos alveolares revirados para dentro e para baixo, de tal maneira que a superfície triturante dos dentes dum lado corresponde à superfície idêntica do lado oposto. As arcadas zigomáticas aproximaram-se, sucedendo o mesmo aos palatinos, pterigoideus, etc. A cavidade bucal apresenta-se como um tubo.

Nos agnatócéfalos, os bordos alveolares dos maxilares superiores chegaram ao contacto e fusionaram-se na linha média, desaparecendo os dentes. As arcadas zigomáticas fundiram-se na sua maior extensão; os escamosais soldaram-se e as órbitas aproximaram-se da linha média inferior.

Finalmente, nos estrofocéfalos os maxilares superiores apresentam-se muito rudimentares, com um grau elevado de atrofia; as arcadas zigomáticas que, nos monstros, separam as órbitas, desapareceram, donde o aparecimento duma órbita única, sob o esfenóide anterior, onde se alojam os dois globos oculares muito próximos um do outro.

Devido a ter dois olhos em outras tantas órbitas distintas, e um cérebro de aparência normal, classifico o exemplar em estudo como monstro otocefaliano puro, pertencente ao género agnatócéfalo, pelos caracteres seguintes: arcadas zigomáticas aproximadas e até fusionadas adiante e soldadura dos maxilares superiores, sem qualquer vestígio de bordos alveolares ou de dentes.

Segundo creio, esta peça óssea desprovida de dentes, resultante da fusão dos supramaxilares, é uma das principais características do género agnatócéfalo.

Schwalbe descreve os quatro géneros de otocefalia pura pela ordem crescente das suas deformações teratológicas. Por consequência, os monstros ageniocéfalos são os de organização mais perfeita e os estrofocéfalos os mais imperfeitos. Do primeiro ao último género, os olhos vão-se aproximando da linha média inferior, acontecendo o mesmo a outras regiões, nomeadamente às arcadas zigomáticas a bordos alveolares dos supramaxilares (esfenocéfalos). Num estado mais avançado, as arcadas zigomáticas fundem-se quasi por completo e os maxilares superiores fusionam-se, com sacrifício dos bordos alveolares e respectivos dentes (agnatócéfalos). Num grau mais elevado de otocefalia, as arcadas zigomáticas desaparecem e os maxilares superiores atrofiam-se ainda mais (estrofocéfalos).

*
* * *

Quem pretender estudar os monstros otocefalianos depara com imensa dificuldade na sua classificação. O próprio Is. G. Saint-Hilaire não é muito coerente, pois liga muito maior importância à aproximação das orelhas do que à dos olhos, como bem o prova o facto de considerar otocefalianos mons-

tros que, além do carácter dominante da otocefalia, apresentam igual carácter da ciclocefalia, isto é, fusão dos olhos. Pelo contrário, os ciclocefalios não abrangem monstros com aproximação das orelhas. A meu ver, é êste o ponto fraco da classificação de Saint-Hilaire.

Esta foi bastante completada por Blanc e Schwalbe. O primeiro diz que há oito tipos de otocefalios, que dois hiatos na sua evolução teratológica permitem dividir em três grupos: otocefalios de cérebro normal, vesiculoso e nulo (triocefalos). O 2.º grupo faria enorme diferença do dos monstros ciclocefalios; nestes, os olhos são prè-esfenoidais e naqueles sub-esfenoidais. Schwalbe, Rabaud e outros dizem que a diferença entre êstes dois agrupamentos não é grande.

Blanc afirma que os monstros do último grupo diferem bastante dos monstros do 2.º e que poderiam talvez constituir um grupo à parte. Schwalbe assim o fêz, constituindo a triocefalia.

Bujard vai mais longe. É de opinião que os monstros otocefalios não constituem uma família natural e, que, portanto êste têrmo deve ser abolido da Teratologia. O Prof. J. A. Pires de Lima rebate com êxito esta afirmação, dizendo que os otocefalios têm características fundamentais, tais como aproximação das orelhas e atrofia do 1.º arco branquial.

Como êste autor, considero ainda fundamental a classificação de Saint-Hilaire. Contudo, julgo verosímil que o estudo de maior número de exemplares de monstros otocefalios venha a consagrar um grupo de otocefalios puros, de cérebro normal, e um segundo grupo de monstros apresentando simultâneamente caracteres de ciclopia e otocefalia, de cérebro vesiculoso.

Como vimos, a-propósito dos otocefalios puros, diversos órgãos foram-se aproximando pro-

gressivamente, depois reüniram-se e, por fim, desapareceram. Da mesma maneira, é possível que a acentuação das alterações dos monstros otocefalíanos com ciclopia, oto-ciclocefalíanos digamos, levasse à perda de três espécies de órgãos de sentidos (olhos, nariz e boca).

Haveria então uma família de monstros ciclocefalíanos puros, outra de otocefalíanos puros e ainda outra resultante da combinação das alterações teratológicas das duas primeiras. O exagêro desta última daria a triocefalia.

Lesbre admite a ideia duma classificação semelhante.

*
* *

Lesbre, J. A. Pires de Lima e outros, são de opinião que a otocefalia resulta da atrofia do 1.º arco branquial do embrião, o que explica a ausência ou estado rudimentar do maxilar inferior. É natural pensar que, para que se possa efectuar a aproximação das orelhas, se tenha de dar o abortamento total ou parcial da mandíbula. Esta agenesia ou hipogenesia tem geralmente como resultado o desaparecimento da língua, a atresia dos orifícios guturais das fossas nasais, etc.

Nesta família teratológica, o que importa mais não é a fusão dos ouvidos externos, mas sim das caixas do tímpano, que se reünem debaixo da base do crânio em comunicação directa com a faringe. Faltam, por consequência as trompas de Eustáquio. É, como vimos, o que se dava no nosso exemplar.

Na bibliografia que consultei apenas vi referência aos monstros agnátocéfalos nos trabalhos de Blanc, Schwalbe e Graham. Taruffi, contudo, cita um género de monstros a que chama hipo-agnato, que se não é o género agnátocéfalo é muito vizinho dêle.

Nem Saint-Hilaire, nem L. Guinard e tantos outros mencionam êste género notável de otocefalia pura. Apenas aparecem referências ligeiras a outro género muito próximo e também notável, o estrofocefalo, que deve estabelecer a transição entre os otocefalios puros e os oto-ciclocefalios. Parece que esta monstruosidade só tem sido estudada no Carneiro.

A bibliografia portugueza referente aos monstros otocefalios, família teratológica a que pertence o monstro estudado, também apresenta observações importantes e notáveis trabalhos. O maior número dêles foram publicados pelo ilustre Prof. J. A. Pires de Lima, director do Instituto de Anatomia do Pôrto. Dos numerosos estudos apresentados por êste cientista, dois me guiaram na execução dêste trabalho. Um, publicado em 1918¹ no qual estuda um porco triocéfalo e outro em que relata a sua comunicação ao XII Congresso Internacional de Zoologia reunido em Lisboa no ano de 1935². Neste trabalho, o Prof. Pires de Lima, precedendo o estudo de dois monstros triocéfalos, define os otocefalios, faz a história da Teratologia no capítulo que nos interessa e cita as teorias mais em voga acêrca da génese da otocefalia.

Ainda no mesmo trabalho menciona a observação feita em 1914 pelo Prof. Geraldino Brites dum monstro aprosopo (segundo a terminologia de Dugès) muito aproximado dos triocéfalos (contudo não apresentava aproximação das orelhas).

Os autores que consultei foram os citados no índice bibliográfico inserto no segundo trabalho do

¹ J. A. Pires de Lima — «Étude d'un monstre otocéphalien» — (*Bull. Soc. Port. Sciences Naturelles*, Tome VIII — Lisboa, 1918).

² Idem — «Les Monstres Otocéphaliens» — (*Comptes Rendus du XII^e. Congrès International de Zoologie* — Lisboa, 1935).

Prof. Pires de Lima e mais dois artigos: um de Dareste¹ e outro de Chidester².

Os investigadores nacionais nada dizem a respeito dos monstros otocefalíanos agnátocéfalos. Por isso, suponho que o aparecimento destes é extremamente raro e que, até à data, nunca foram observados e estudados em Portugal.

Esta conclusão vem confirmar a asserção feita pelo Prof. J. A. Pires de Lima na primeira página do seu trabalho intitulado «Les Montres otocéphaliens» que, com a devida vénia passo a traduzir: «o último e mais anormal de todos os géneros da família dos otocefalíanos é precisamente também o menos raro».

As fotografias e desenhos que ilustram êste trabalho devem-se à competência e à boa vontade do Sr. Manuel Alves Ferreira, fotógrafo-deseenhador dêste Instituto.

¹ Dareste (C.) — Recherches sur le mode de formation des monstres otocéphaliens (*Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, T. 90 — Paris, 1880, pg. 191).

² Chidester (F. E.) — The anatomy of an otocephalic dog (*The Anatomical Record*, t. 28, pg. 15, Philadelphia, 1924).

RÉSUMÉ

Porc nouveau né, race Yorkshire impure, ayant 1,200 kg. de poids et 38 cm. de longueur. Il n'y a que sa tête qui était monstrueuse, surtout la face.

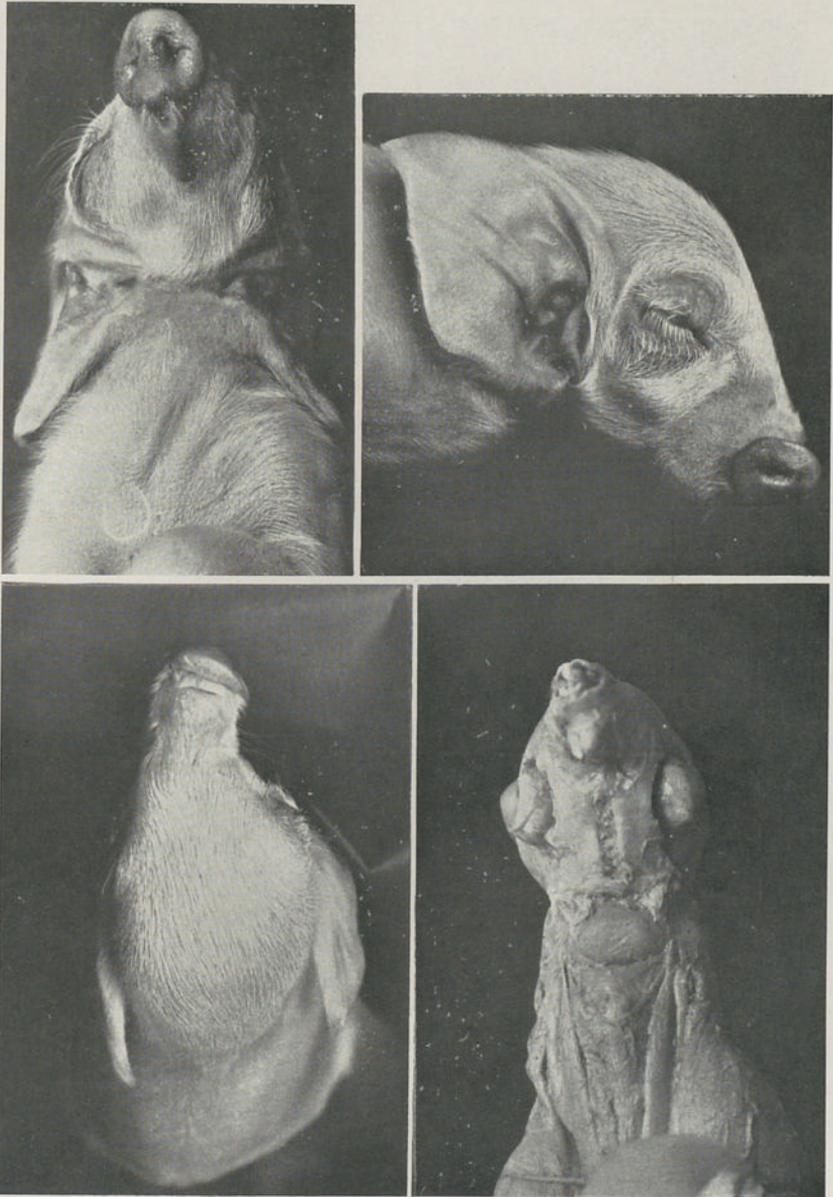
Les apophyses ptérigoides, déformées et fusionnées entre elles, ont l'aspect d'une crête transversale. Les temporaux, tournés en bas, se sont fusionnés par les bulles tympaniques, au dessous de l'apophyse basilaire de l'occipital (une seule oreille interne).

Trois os wormiens, ce qui est rare chez les animaux. Malformations des maxillaires supérieurs fusionnés. Agenésie des maxillaires inférieurs, du vomer et des palatins.

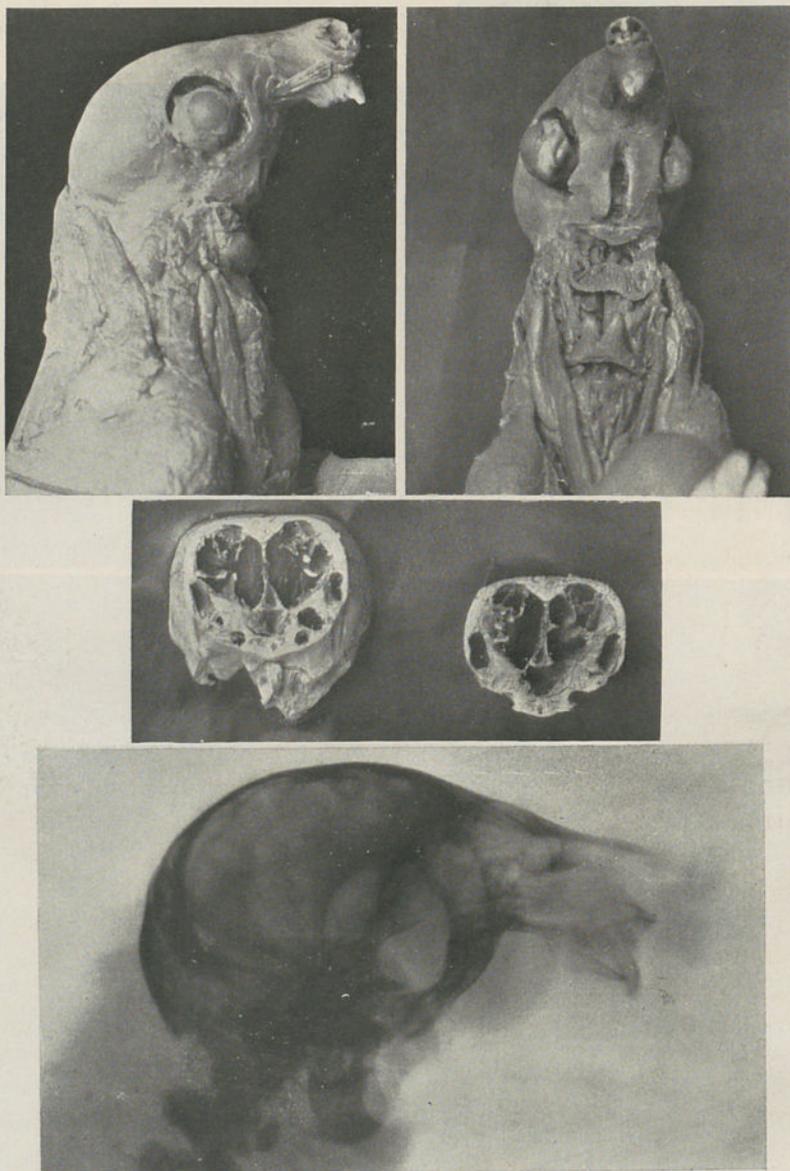
Fosses nasales sans cloison moyenne, en finissant par un cul-de-sac, en arrière.

Classification du monstre: il appartient à la famille des Otocéphaliens de Is. G. Saint-Hilaire, mais il n'est pas possible de l'inclure dans l'un des genres de cette famille.

En suivant les classifications d'autres tératologistes, surtout celles de Schwalbe et de Blanc, je crois pouvoir placer cet exemplaire parmi les Otocéphaliens agnathocéphales, monstruosité excessivement rare. Discussion détaillée du sujet et résumé des observations portugaises d'otocéphalie.



Figs. 1 a 4



Figs. 5 a 8



