

CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE—† PROF. GERALDINO BRITES—PROF. MAXIMINO CORREIA

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. DUARTE D'OLIVEIRA — PROF. MAXIMINO CORREIA

INDEX

DR. MARTIN SANCHEZ BRESMES: <i>Sinostosis radio-cubital superior.</i> . . .	N 1
C. STRECHT RIBEIRO: <i>Disembrioma maligno do rim</i>	N 2
EGAS MONIZ: <i>Sôbre a identificação angiográfica das artérias e veias do cerebello.</i>	N 3
A. DA ROCHA BRITO: <i>As primeiras disseccões humanas na Universidade de Coimbra. O Primeiro Teatro Anatómico.</i>	N 4

VOL. XVII



NN 1-4

«COIMBRA EDITORA»
MCMXLII

ROCHA BRITO (A. DA), SALVADOR JÚNIOR (A.), SANCHEZ BRESMES (M.),
SILVANO MARQUES, STRECHT RIBEIRO (C.), TAVARES DE SOUSA (A.)

VOL. XVII

1942



«COIMBRA EDITORA»
MCMXLII

A

S

N 1

R

cul-
osis
oto-
nos
ción
nes.
esta
ales
de
n a
dad
cia
del
dis-
os-
ntra
ndo
mo
fía.

CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE — † PROF. GERALDINO BRITES — PROF. MAXIMINO CORREIA

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

MODERATORES

PROF. DUARTE D'OLIVEIRA — PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ALBANO DE LENCASTRE, ÁLVARO MOITAS, EGAS MONIZ, GUSTAVE ROUSSY
ET MICHEL MOSINGER, MARTINEZ Y MARTINEZ (J.), NUNES DA COSTA (A.),
ROCHA BRITO (A. DA), SALVADOR JÚNIOR (A.), SANCHEZ BRESMES (M.),
SILVANO MARQUES, STRECHT RIBEIRO (C.), TAVARES DE SOUSA (A.)

VOL. XVII.



1942

«COIMBRA EDITORA»
MCMXLII



C O N D I T O R E S

† PROF. BASÍLIO FREIRE—† PROF. GERALDINO BRITES—PROF. MAXIMINO CORREIA

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

M O D E R A T O R E S

PROF. DUARTE D'OLIVEIRA — PROF. MAXIMINO CORREIA

COLLABORANT

ALBANO DE LENCASTRE, ÁLVARO MOITAS, EGAS MONIZ, GUSTAVE ROUSSY
ET MICHEL MOSINGER, MARTINEZ Y MARTINEZ (J.), NUNES DA COSTA (A.),
ROCHA BRITO (A. DA), SALVADOR JÚNIOR (A.), SANCHEZ BRESMES (M.),
SILVANO MARQUES, STRECHT RIBEIRO (C.), TAVARES DE SOUSA (A.)

VOL. XVII



1 9 4 2

«COIMBRA EDITORA»
MCMXLII

CONDITORIS

Prof. Basilio Ferrer — Prof. Gregorio Bata — Prof. Maximino Correa

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
COMBRIGENSIS

MODERATORES

Prof. Duarte D'Almeida — Prof. Maximino Correa



1913

Vol. VII

COMBRIGENSIS EDITORIAL

MCMXIII

I N D E X

	N N
BRESMES (M. SANCHEZ): <i>Sinostosis radio-cubital superior</i>	1
BRITO (A. DA ROCHA): <i>As primeiras disseccões humanas na Universidade de Coimbra. O Primeiro Teatro Anatômico</i>	4
COSTA (A. NUNES DA): <i>Um caso de discondroplasia com exóstoses osteogénicas</i>	10
JÚNIOR (SALVADOR): <i>Rabdomiossarcoma primitivo do coração</i>	5
LENCASTRE (ALBANO DE): <i>A irrigação do nódulo de Keith e Flack</i>	8
MARQUES (SILVANO): <i>Contribuição para o estudo do buraco olecraniano e apófise supra-epitroclear</i>	9
MARTINEZ (J. MARTINEZ Y): <i>Algumas anomalias musculares del antebrazo humano</i>	6
MOITAS (ALVARO): <i>Breve nota a propósito de dois pintainhos pigómelos.</i>	7
MONIZ (EGAS): <i>Sôbre a identificação angiográfica das artérias e veias do cerebêlo</i>	3
MOSINGER (GUSTAVE ROUSSY et MICHEL): <i>Le système neuro-endocrinien du diencéphale et le complexe hypothalamo-hypophysaire.</i>	12
RIBEIRO (STRECHT): <i>Disembrioma maligno do rim</i>	2
SOUSA (A. TAVARES DE): <i>Sur le chondriome des cellules acidophiles de l'hypophyse</i>	11

INDEX

23

1	Barnes (M. Zane)	...
2	Bates (A. de Kock)	...
3	de Camby	...
4	de Camby	...
5	de Camby	...
6	de Camby	...
7	de Camby	...
8	de Camby	...
9	de Camby	...
10	de Camby	...
11	de Camby	...
12	de Camby	...
13	de Camby	...
14	de Camby	...
15	de Camby	...
16	de Camby	...
17	de Camby	...
18	de Camby	...
19	de Camby	...
20	de Camby	...
21	de Camby	...
22	de Camby	...
23	de Camby	...

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

FOLIA ANATOMICA
UNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS



FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XVII

N 1

SINÓSTOSIS RADIO-CUBITAL SUPERIOR

POR

EL DR. MARTÍN SANCHEZ BREZMES

Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid

Reçu par la Rédaction le 15 Janvier 1942

El hallazgo en la sala de disección de la Facultad de Medicina de Madrid de un caso de sinóstosis radio-cubital superior, al cual corresponden las fotografías y radiografías que ilustran este trabajo, nos ha hecho hacer un estudio detenido de dicha lesión y a ello se deben las siguientes consideraciones.

Anatomo-patológicamente caracterizase esta lesión por una soldadura de las epifisis proximales del cúbito y del radio. La epifisis cubital es de forma normal y su posición corresponde también a la situación normal en el antebrazo. La cavidad sigmoidea mayor se dirige como normalmente hacia adelante. De tal manera que la epifisis distal del húmero no se encuentra alterada y presenta una disposición normal. La cúpula radial según ya demostraron, Rais, Morestin, Ludin y Tristant se encuentra luxada y soldada íntimamente al cúbito habiendo desaparecido por completo la cúpula radial, como puede observarse perfectamente en la radiografía.



Al mismo tiempo el radio se encuentra retorcido sobre su eje de tal manera que la cara dorsal de su extremidad distal se encuentra situada hacia el plano ventral.

Es la sinóstitosis radio-cubital superior un proceso patológico y hereditario capaz de transmitirse en muchas generaciones sucesivas. Sin embargo algunos autores, Leri, Linossier, Sainton, Soimaru, y Le Jemtel, relatan casos de sinóstitosis radio-cubital debidas a procesos post-traumáticos, fracturas, luxaciones, etc. Estos casos son sumamente raros, siendo, sin embargo, como es sabido de todos, la sinóstitosis radio-cubital inferior post-traumática, bastante frecuente.

La afección es siempre de tipo bilateral, dato sumamente interesante, pues la unilateral suele ser casi siempre de tipo traumático.

Como *etiología* para explicar esta lesión existen múltiples opiniones y vamos a intentar resumir las mas interesantes.

Autores han supuesto que la acción de una *brida amniótica* por su compresión podia producir una fractura de la extremidad proximal del radio y luego originarse la soldadura. A esta teoria se opone la coincidencia bilateral de la lesión.

Considerándola como una enfermedad congénita se la ha supuesto como una consecuencia de la *heredo-sifilis*. Confirmada algunas veces por la positividad de la reacción de Wasserman.

Nosotros damos mucha importancia a la *luxacion congénita* de la extremidad proximal del radio que puede posteriormente dar lugar a una sinóstitosis. Del mismo parecer son; Ludin, Tristant, Pircard y Ombredanne. Hasta por alguno de estos autores ha sido descrito algún caso en el que coincide esta lesión de tipo bilateral con una luxación congénita de la cadera.

La sinóstosis radio-cubital superior es hereditaria. Es este el dato mas interesante y al mismo tiempo el mas discutido. Muchos autores citan casos de transmisión de generación en generación de esta sinóstosis, Lhermitte y Beuchard han descrito un caso de transmisión en cuatro generaciones; Blumenthal relata un caso de transmisión por linea paterna, y Ludin otro caso de transmisión por linea materna. Guinard dice que esta mal formación transmitida de generación en generación podría ser comparada a la polidactilia. Otros autores por el contrario como Hamilton, Kreglinger, Wilkie, Klapp consideran que esta lesión es un atavismo, necesítandose para explicarlo hacer un estudio ontogénico e filogénico. *Sintomáticamente* la sinóstosis radiocubital superior caracterizase por una pronación permanente y por una imposibilidad que de realizar los sujetos, movimientos de supinación, como consecuencia de haberse perdido la rotación de la extremidad proximal del radio. Se constituye como consecuencia una impotencia funcional que como dicen Aigrot y Ombredanne debe ser confirmada inmediatamente por la radiografía en proyección antero-posterior y lateral. En la *radiografía* podemos confirmar la soldadura de la extremidad proximal del radio al cúbito y al mismo tiempo la torsión del primero sobre su eje. La cúpula cubital se encuentra ligeramente deformada con engrosamiento de la apófisis estiloides. La epífisis distal del radio se encuentra también aumentada de volumen.

Se ha aconsejado como tratamiento de esta lesión la osteo-tomía superior radial seguida de interposición muscular o aponeurótica.

También se ha indicado el tratamiento ortopédico, el masaje y la mecanoterapia.

En resumen podemos decir:

Que la sinóstosis radio-cubital superior, es una enfermedad hereditaria y congénita, que se presenta rara vez.

Es frecuentemente bilateral.

La ausencia de movimientos de rotación (pronación y supinación) es el síntoma clínico predominante.

Radiológicamente, la sinóstosis radio-cubital, se caracteriza por la unión de las extremidades proximales en un bloque óseo común de tejido condensado constituido por trabéculas en ojiva, con ausencia de la cabeza radial y la conservación de la individualidad de los dos huesos en el interior del bloque.

La etiología y la patogenia no están todavía definitivamente establecidas.

El tratamiento puede ser ortopédico o quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- Aigrot:** Lion Medical. 25 lunie 1921, pág. 546. — **Fournier Ed.:** Syphilis héréditaire Sergent. Ribadeau Babonneix, 1918. — **Gheorghiu D.:** Synostosa radio-cubitala. Teza Bucuresti, 1925. — **Gourdon:** Societatea de medicina si chirurgie din Bordeaux. — **Guinard L.:** Precis de teratologie, anomalies et monstruozités, 1893. — **Lhermitte et Beuchard:** — *Revue de neurologie*, 1921, n.º 3. — **Ludin M.:** Schweizerischen medizinischen Wochenschrifts 54 larhgang 12. — **Madrang:** Syn radio-cubit. cong Thêze Paris, 1914. — **Noica-Giurea:** Comunicare Societatea Stiintifica a Of. San Románi, 1923. — **Ombredanne L.:** Pr. clinique et op. de chir. Infantile, 1923. — **Panachi Fiamboli:** Synostozele radio-cubitale superioare. Bucuresti, 1925. — **Rais:** *Revue d'Orthopédie*, 1907. — **Sainton P.:** Exostoses ostéogéniques Sergent-Ribadeau-Babonneix X, 1922. — **Soimaru A.:** Asupra exostozelor osteogenetice, 1922. — **Tristant André:** *Revue d'Orthopédie*, 1923, pág. 489.

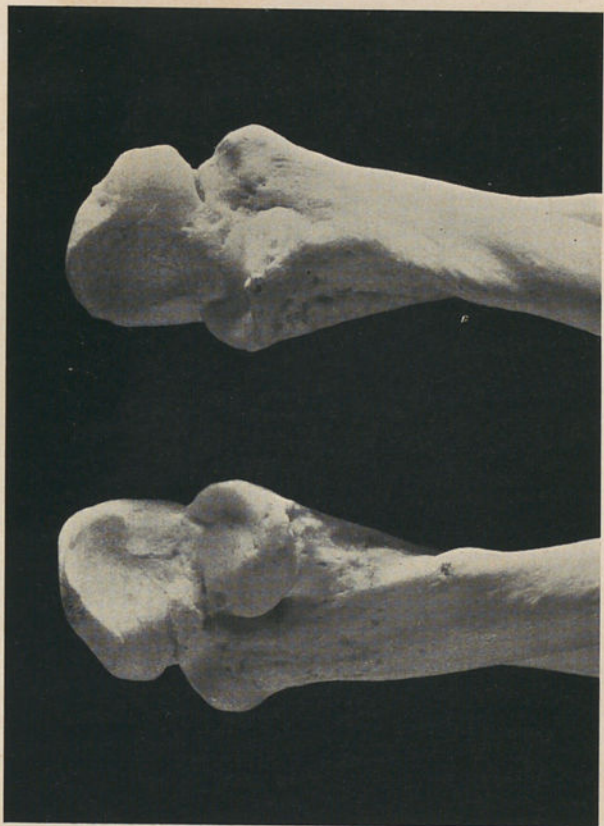


Fig. 2

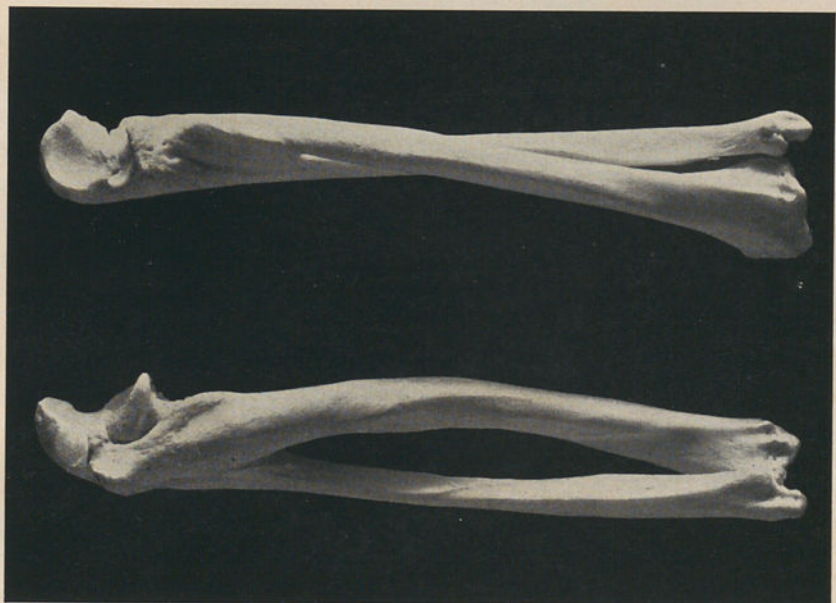


Fig. 1



Fig. 3

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XVII

N 2

DISEMBRIOMA MALIGNO DO RIM ¹

POR

C. STRECHT RIBEIRO

Bolseiro do Instituto para a Alta Cultura

Reçu par la Rédaction le 18 Janvier 1942

Encontram-se no rim, como em mais órgãos, tumores benignos e malignos, uns e outros de proveniência conjuntiva ou epitelial, e tumores disemбриoplásticos. Os tumores benignos são geralmente considerados pouco comuns e as neoplasias malignas muito pouco frequentes; quanto às disemбриoplasias — extremamente raras, segundo Engelken — são próprias da infância, antes dos onze e, mórmente, antes dos três anos, podendo, todavia, aparecer também no adulto e, neste caso, oferecem em regra evolução insidiosa, lenta e sem perturbações funcionais alarmantes; a sua estrutura, variada e complexa, tem por vezes carácter regional, marcado pela presença de tecido nefrogéneo (R. Maruelle).

O cancro do rim afecta com maior frequência adultos dos 45 aos 55 anos, a mulher à roda dos 47 e o homem pelos 51 (Lubarsch).

¹ Comunicação à VII Reunião da «Sociedade Anatómica Portuguesa». Lisboa, Junho de 1941.

Lubarsch, Lecène & Wolfrom, Schlayer e Pugliatti, com a maioria dos autores, atribuem ao sexo masculino o predomínio das formas carcinomatosa, hipernefróide e sarcomatosa, enquanto os tumores mistos teriam predilecção pelo sexo feminino, designadamente dos 53 aos 60 anos.

Kuster & Kelynack atribuem-lhe preponderância na infância, opinião de que discordam Concetti, Walker, Albarran & Imbert, Monti e outros.

Jacobi, Bott, Walter, Langley Porter & Carter, Kuster, Paul e Nicholson citam casos de desenvolvimento durante a vida intra-uterina.

Conforme Pugliatti refere no seu extenso trabalho sôbre a histogênese e classificação dos tumores malignos do rim, êste ocupa o décimo quarto lugar na escala de freqüência com que os vários órgãos da economia são affectados pelo processo canceroso. Para confirmar a asserção da raridade do cancro renal basta passar uma vista de olhos sôbre o Quadro junto, elaborado de acôrdo com os dados apontados

AUTORES	Tumores malignos		
	em geral	do rim	
		total	p. 100
Pugliatti	1.550		1,7
Jeanselme & Barbé	1.561	9	0,5
Reiche	11.930	80	0,6
Hartmann	238	3	1,2
Lebert	447	15	3,3
Supino	256	2	0,7
Strecht Ribeirão.....	2.030	12	0,6

por alguns autores, principalmente por Pugliatti, e acrescidos dos elementos estatísticos do Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Pôrto, em cujo Museu deram entrada dois novos

casos de tumores embrionários do rim, um dos quais tenho a honra de apresentar nesta Reunião.

Eis o resumo da observação clínica: ¹

Rosa P. N., de 55 anos, apresenta-se pela primeira vez à consulta em 21 de Dezembro de 1938. Mau estado geral, anorexia e astenia; palidez subictérica e descoloração das mucosas. Sofre, desde sete meses, de disúria e polaciúria. Depois de fazer, durante um mês, instilações vesicais, aparecem hematórias, uma das quais, mais intensa, dura dois dias. Uma semana depois refere disúria mais acentuada no comêço da micção, tenesmo vésico-rectal, polaciúria; hematórias inconstantes, irregulares, totais, terminais ou limitadas a pequenos coágulos. Dores vagas e pouco freqüentes na região lombar direita. Ao exame ginecológico, nota-se uma metrite cervical.

Exame urindrio — Uretra normal. Capacidade vesical: 200 c.c. Urinas turvas, levemente sangüinolentas e com vestígios de albumina.

Rim direito — À apalpação sente-se um tumor volumoso, indolor, de superfície regular, atingindo quasi a fossa ilíaca, com nítido contacto lombar.

Rim esquerdo — Impalpável e indolor.

Cistoscopia — Orifícios ureterais de situação e aspecto normais, salvo ligeira congestão do lado direito; ejaculações límpidas à esquerda; durante a observação não se verificou uma única ejaculação à direita.

Exame de urinas separadas — A sonda do lado direito não apresenta uma gota de urina. Lado esquerdo: volume 52 c.c.; ureia 13,095 ⁰/₁₀₀; sedimento: numerosíssimas células descamadas das vias

¹ Ao distinto colega Dr. Avides Moreira renovo os agradecimentos pelos informes clínicos que teve a gentileza de me fornecer.

urinárias superiores, glóbulos rubros, e muito raros leucócitos; ausência de pús e de cilindros; amicrobiano ao Gram e ao Ziehl.

Exame radiológico — Pielografia ascendente bilateral. Do lado direito injectaram-se 200 c.c. de um soluto de *Br Na* a 20⁰/₀, sem que a doente acusasse a mínima dor. O rim está muito descido; o hilo situa-se à altura da entrelinha articular da terceira e quarta vértebras lombares; bacinete achatado, deformado e maior que o normal; amputação dos cálices superior e médio; cálice inferior repuxado e dilatado na extremidade; o polo inferior do rim assenta sôbre a crista ilíaca. Do lado esquerdo a doente acusa dor com 7 c.c. de líquido injectado; aspecto radiográfico normal.

Cromocistografia — Eliminação normal à esquerda; nula à direita. F. S. F. aos 35 minutos 45⁰/₀; aos 30 minutos 20⁰/₀.

A operação (3-1-1940) encontra-se um volumosíssimo tumor desenvolvido para a parte inferior e estendendo-se até à fossa ilíaca. Aderências extensas aos planos profundos; exteriorização e nefrectomia direita seguida de esvaziamento ganglionar e do tecido célula-adiposo perirrenal; drenagem e sutura.

A peça operatória foi oferecida ao Museu de Anatomia Patológica, onde se guarda, convenientemente preparada.

Exame macroscópico — Pêso: 823 grs. Dimensões: comprimento máximo 18 cm., dos quais 7 correspondem à parte do rim ainda conservada e os restantes ao tumor; êste mede 12 cm. de largura e 8 de espessura. O terço superior do rim conserva a forma e aspecto normais; o terço médio alarga-se para se continuar, insensivelmente (fig. 1) com a massa tumoral revestida de delgada membrana, branca e transparente, em tôda a extensão, salvo na

extremidade inferior, onde apresenta pequenas perdas de substância. Através da cápsula vêem-se pequenas arborizações vasculares anastomosadas entre si e mais abundantes junto dos bordos interno e posterior. A superfície é lisa e regular, excepto no quadrante ântero-inferior, onde se apreciam bosseladuras e pequenos nódulos, entre os quais se dispõem vasos de maiores dimensões. Nas zonas em que a cápsula está lacerada vê-se uma substância finamente granulosa, mole, friável, de côr róseo-acinzentada. O hilo é ocupado desde o terço superior pela massa tumoral, com bosseladuras mais pronunciadas na metade inferior do bôrdo interno.

Ao corte (fig. 2) o tumor mostra-se constituído por um tecido carnoso, mole, succulento, com focos hemorrágicos na parte inferior e, na parte média, faixas de coloração esbranquiçada e consistência condróide, que se anastomosam, delimitando, dêste modo, espaços preenchidos por tecido róseo-acinzentado de aspecto granitado, consistência pastosa, friável. Encastoadas nas zonas condróides, há pontos de maior dureza e aparência óssea.

Exame microscópico — Inclusão em parafina: colorações pelo tricrômico de Masson, hemateína-eosina, Van Gieson, mucicarmim e hematoxilina férrica de Heidenhain segundo a modificação de Regaud.

Neoplasia formada por tecidos de topografia e relações complexas, estrutura e natureza variadas, predominando, ora o aspecto hipernefróide, ora o sarcomatoso; nalguns cortes, encontra-se um tecido mesenquimatoso de aspecto mixóide a envolver formações epiteliaes tubuliformes; noutros pontos sobressaem nódulos ossificados.

As zonas de estrutura hipernefróide (fig. 3) ora são constituídas por formações lobuladas, mais ou menos extensas, de configuração ovóide, poligonal

ou arredondada, ora apresentam disposição papilomatosa (fig. 4), trabecular ou cordonal. Morfológicamente, os elementos constituintes lembram células vegetais: células epiteliais, claras ou escuras, de limites nítidos, intimamente agrupadas, poligonais, ovóides ou redondas, citoplasma preenchido por um retículo acidófilo, que lhe confere aspecto espumoso limitado à zona perinuclear ou ocupando tôda a célula; por vezes, principalmente nas zonas de células claras, o elemento celular é representado apenas pelo núcleo; êste, de forma variável e ocupando o centro nos elementos de tamanho médio, excêntrico nos de maiores dimensões, apresenta cromatina em poeira e membrana bem desenhada.

O grau de acidofilia citoplásmica varia de elemento para elemento no mesmo lóbulo; ao lado de células claras, vacuolizadas, destacam-se elementos eosinófilos de citoplasma granuloso, podendo predominar um ou outro dêstes aspectos; certos grupos são, porém, formados por uma única variedade celular. Alguns elementos apresentam degenerescência acidófila e não são raras as mitoses. No interior de certos maciços hipernefróides desenham-se cavidades irregulares, que podem conter sangue, enquanto outras são centradas por zonas de necrose; a periferia dalguns dêles é bem marcada por uma bordadura de células mais escuras e de aspecto sincicial.

O estroma das zonas hipernefróides varia com a sua architectura; a separar os lóbulos encontram-se septos de tecido conjuntivo rico de fibrócitos, com faixas de degenerescência hialina e vasos de parede espessa e hialianizada.

Nas zonas papilares, trabeculares e cordonais, o tecido mesenquimatoso, mais abundante e de carácter fascicular, dispõe-se em turbilhões ou fitas orientadas em todos os sentidos, cuja configuração,

irregular, se adapta à disposição dos elementos epiteliais; tanto no que respeita à morfologia como ao arranjo dos elementos o aspecto sarcomatóide é manifesto.

Junto das zonas hipernefróides vêem-se grupos epiteliais acidófilos a delimitar tubos, ou agrupando-se em cordões formados, num e noutro caso, por uma ou duas fiadas de células, de núcleos redondos e bem corados; existem formas intermediárias aos dois modos de agrupamento, cordonal e tubuliforme.

São frequentes e extensos os focos de necrose, que apenas respeita, de onde a onde, algumas ilhotas epiteliais de contornos regulares, apresentando axialmente uma estreita faixa conjuntivo-vascular.

Essas formações são constituídas por um epitélio cilíndrico estratificado (fig. 5) de núcleo alongado e hiperchromático; entre os elementos epiteliais situam-se aréolas claras, às vezes ocupadas por uma substância mucicarminófila (fig. 6) que, aumentando, afasta os elementos vizinhos, comprime-os e determina aspectos tubuliformes; o estroma tem as características do sarcoma fusocelular ou do tecido conjuntivo fibroblástico, e nas zonas próximas da necrose reveste aspecto mixóide com abundantes capilares de neoformação. Noutros pontos predominam formações císticas revestidas de epitélio cúbico, às vezes achatado por acção compressiva do produto de secreção, e ninhos celulares mais compactos, podendo apresentar numa das extremidades um esbôço de cavidade. Os cistos isolados resultam da individualização dos tubos encontrados nos primitivos maciços celulares, a cavidade é ocupada por sangue e elementos descamados em degenerescência vacuolar; noutros casos, a própria parede é atingida pela necrose, e a sua efracção determina verdadeira inundação hemática intersticial.

As formações tubulares ou grupos epiteliais de que falo são envolvidos por tecido fascicular ou mixomatoso de células anastomosadas, de núcleo claro nas ovóides, hiper cromático nas fusiformes.

Zonas há em que o estroma tem aspecto sarcomatóide, e já a pequeno aumento se nota maior densidade celular associada a uma neovascularização arteríolo-capilar. As células conjuntivas esboçam diferenciação preepitelial, apresentando-se como elementos de núcleo escuro e escasso citoplasma a envolver os tubos como mangas epitelióides.

Este aspecto, embora não seja absolutamente típico, associado ao dos ninhos, cordões e tubos já anteriormente descritos, permite-nos identificar as referidas formações como próximos derivados dos primitivos estádios de desenvolvimento do blastema renal.

Aliás, esta idéia perfeitamente a justifica o confronto dos aspectos precedentes com os que se encontram noutro disembríoma renal cujo estudo pormenorizado será feito oportunamente: ao lado de múltiplas imagens do blastema indiferenciado, vêem-se também as da seriação glomérulo-tubular, aquelas em muitos pontos sideradas pela necrose, oferecendo aspectos estruturais semelhantes aos que há pouco descrevi.

Nas zonas hipernefróides e no tecido conjuntivo do blastema mencionei a existência dum tecido sarcomatóide; encontram-se, além disso, nesta neoplasia extensos territórios de estrutura sarcomatosa (fig. 7) não associada a elementos epiteliais. Células fusiformes ou filiformes ordenam-se em fascículos de orientação comum com feixes de colagénio nos interstícios, a formar grandes fitas sinuosas ou onduladas que septam as zonas hipernefróides, ou as formações blastematosas tubulares, constituindo aspectos turbilhonantes. Aparece também

uma disposição tipicamente lacunar com escasso colagénio e grande riqueza celular, a par de zonas em que é freqüente a evolução esclerosa; em qualquer destas disposições verifica-se, no mesmo campo microscópico, acentuado polimorfismo celular: nas zonas fasciculadas, ao lado de fibrócitos emparceiram células novas de tipo fibroblástico, com núcleo ovóide ou arredondado, as quais chegam a constituir a característica dominante.

Identificam-se ainda outros elementos, alongados, fusiformes, mais ou menos atípicos, de citoplasma acidófilo e granuloso, descrevendo trajectos sinuosos e oferecendo alguns, com os corantes usuais, imagens de diferenciação fibrilar; os núcleos, em forma de bastonete, fortemente cromáticos, por vezes vacuolares, raramente de cromatina pouco densa, medem 22μ e são mais largos e menos longos do que os núcleos das fibras musculares normais. Êstes elementos, freqüentemente em mitose, apresentam maior acidofilia citoplásmica que as células conjuntivas vizinhas, inferior, no entanto, à das fibrocélulas musculares normais, e orientam-se tôpo a tôpo, em longas fitas paralelas, ou formam maciços de núcleos arredondados, quando interessados por cortes transversais.

Com a hematoxilina férrica verificou-se a existência, no citoplasma dos elementos fusiformes e elípticos, de uma estriação longitudinal, limitada à zona perinuclear, ou mais extensa, chegando a constituir feixes de fibrilas entrecruzadas em várias direcções.

A par destas células de tipo muscular encontram-se outras, mais volumosas, isoladas ou agrupadas, de forma variável, núcleo volumoso e monstruoso, com 27 a 54μ e cromatina mais ou menos densa, em regra disposta em blocos; o citoplasma é fortemente eosinófilo, podendo esta acidofilia atingir notável intensidade.

Numa dada célula encontra-se, às vezes, uma fila de núcleos dispostos à periferia em rosário ou em ferradura, num citoplasma vacuolizado e em degenerescência acidófila na parte central.

As zonas lacunares, ricas de núcleos, apresentam múltiplas cavidades de configuração variável, que podem conter sangue; as células que as limitam, acidófilas e anastomosadas, formam retículos mais ou menos irregulares; os núcleos, claros, têm cromatina reticulada e configuração muito variável; o seu tamanho varia desde o dos linfócitos ao das células gigantes. Algumas lacunas são revestidas por elementos achatados, endotelióides. Como adiante justifico, o polimorfismo (fig. 8) e a acidofilia celular dêste tecido sarcomatoso filiam-se no processo de diferenciação e desdiferenciação dos elementos musculares lisos; a estrutura destas zonas é, portanto, a de um sarcoma liomioblástico.

Nas zonas duras, as trabéculas ósseas formam grandes placas angulosas de contornos irregulares, à periferia das quais se alinham filas de elementos osteoblásticos; a continuidade trabecular é interrompida por múltiplos espaços de forma e grandeza variáveis, nos quais aparece um tecido formado por fina trâmula eosinófila, com núcleos arredondados ou elípticos, e lioblastos, a par de elementos fusiformes, ou ramificados, cujos prolongamentos se inserem no retículo fundamental.

Nalgumas zonas encontram-se feixes de elementos fusiformes acidófilos, ao lado de outros de núcleo gomoso de grandes dimensões e citoplasma reticulado.

Verifica-se também a presença de placas osteóides, em muitos pontos já impregnadas por sais cálcicos sob a forma de fino pontuado violeta; os espaços lacunares desta substância são preenchidos por um tecido mixóide, de largas malhas, que se

condensa aqui e ali em maciços de maior riqueza celular. A êstes elementos associam-se células monstruosas, de núcleo polilobado e disposto em anel, a envolver uma zona protoplasmática central, acidófila; nêste tecido mixóide formam-se grandes espaços, cuja cavidade é ocupada por lóbulos epiteliaes de estrutura hipernefróide.

Nas zonas vizinhas da prèossificação encontra-se uma estrutura sarcomatóide areolar; um exame atento mostra tratar-se de múltiplas condensações celulares, algumas centradas por cavidades de desintegração, outras desenhando disposições lacunares com diferenciação endotelióide, envolvidas umas e outras por mangas de células polimorfas, onde predominam infiltrados linfoplasmocitários.

Nas zonas de degenerescência hialina acima referidas e entre as trabéculas ósseas, como no tecido blastematoso, abundam calcosferitos.

O exame do parênquima renal vizinho da neoplasia, envolvida por delgada cápsula, evidencia os sinais da atrofia por compressão, a que se juntam a esclerose pèrivascular e glomerular e a infiltração linfocitária associada a múltiplos processos degenerativos.

Em suma, trata-se de um tumor complexo onde se associam tecidos epiteliaes — hipernefróide e nefrogéneo — e conjuntivos — mixóide, ósseo e liomioblástico. Inclui-se, portanto, no grupo dos disembrionomas nefrogéneos compostos de múltiplos tecidos (entre os quais o esbôço glandular glomérulo-tubular) derivados comuns do tecido mesenquimatoso embrionário evolucionando, por um lado, no sentido do blastema renal, de que derivou o tecido hipernefróide, e originando, pela diferenciação conjuntiva, a estrutura mixo-angióide, de que se constituíram o sarcoma liomioblástico e o tecido osteóide.

Os tumores dêste tipo, em que entram diferentes variedades tecidulares, — tumores de combinação, como os designa Pugliatti, mistos ou de constituição complexa, segundo Barbacci — dividem-se em tumores mistos verdadeiros e teratomas. A sua nomenclatura varia com a composição e os diversos conceitos que dêles fazem os autores que os têm estudado. Assim, têm-se denominado «adenossarcomas embrionários» (Sturm & Birsch-Hirschfeld), «nefromas malignos embrionários» (Trappe), «adenossarcóides» (Nininuy), «tumores mistos» (Natali e outros); Kogan e Roger Leroux foram os primeiros a adoptar a designação de «tumores do blastema renal», hoje aceita pela maioria.

A propósito da composição dêstes tumores, diz Aschoff que se trata da proliferação de germes embrionários, esta origem não excluindo, contudo, a possibilidade de transformações idênticas metaplásticas a partir das substâncias de suporte ordinárias, dos elementos fibromusculares do rim embrionário ou do folheto germinativo mesoblástico.

Sabe-se como é variável o quadro dos tumores embrionários, mais ou menos extenso segundo a concepção de cada autor: enquanto uns, como Letulle e Cesaris Demel, evocam um vício de desenvolvimento para a maioria das neoplasias, outros restringem muito tal proveniência. Para Lubarsch, Masson e Ewing, a presença de tecidos diferentes do mesmo tumor explicar-se-ia por metaplasia do tecido de origem.

Nos tumores embrionários consideram-se as disembrioplasias simples, os disembriomas complexos e os cancros embrionários (primitivos — cancros disembrioplásticos — ou secundariamente cancerizados). Os cancros disembrioplásticos são relativamente mais freqüentes no domínio do sistema nervoso, assim como na esfera urogenital, onde são

representados, entre outros, pelos tumores do tipo blastema nefrogéneo.

A relativa uniformidade de aspecto dos tumores embrionários do homem valoriza o auxílio que nos tem sido fornecido pela Patologia comparada. Os tumores de tipo blastema renal foram estudados por Peyron e Nyka (no cavalo), Oberling, Henrici, Petit & Roussy (no coelho), Borrel & Masson e Montpellier (no galo), Kretschmer & Hibbs, Mackenney e L. Hoche (no porco), Baur & Policard e, entre nós, por Ernesto Morais & Salvador Júnior (no cão).

Tais neoplasias são bastante raras no adulto; descreveram-nas, entre outros, F. Busser, A. Cayla, J. Delon & J. Corcelle, Desnos, Keefe & Palmer, Kilbane & Lester, M^{me} L. Chevrel Bodin & R. Maruelle, Costat Hultquist, Ssoroko (N. K.), Kogan & Leroux, Simard & Lorgeril, etc.

Na bibliografia portugueza encontra-se, além do caso de Ernesto Morais & Salvador Júnior (tumor de tipo blastema renal numa criança de sete anos, clinicamente etiquetado de sarcoma), o de tumor complexo descrito por Henrique Parreira (carcinoma hipernefróide, adenomatoso e pavimentoso, fibrocondroma e sarcoma polimorfo, para a histogénese do qual admite de preferência a origem a partir do blastema renal indiferenciado, contendo em si a totalidade do seu potencial de multiplicação e diferenciação celular).

O principal interêsse da observação agora apresentada reside no facto de se tratar de um cancro embrionário do rim desenvolvido numa mulher de 55 anos, com associação de sarcoma liomioblástico a tecido hipernefróide, presença de tecido ósseo e de imagens resultantes duma diferenciação avançada do blastema renal.

A propósito da idade, lembrarei que 75% dos 137 casos de Lubarsch dizem respeito à infância.

Pugliatti considera-os mais freqüentes à roda dos dois anos de idade, Claudio Natali dos três anos. Paul, Weigert, Schaeffer, Nicholson, observaram-nos na vida intra-uterina. No adulto aparecem mais raramente; nos casos de Saviozzi e Jenkel os pacientes tinham, respectivamente, 29 e 43 anos.

Associações de várias estruturas nos tumores renais mistos têm sido assinaladas por muitos autores, como Costat Hultquist (sarcoma mioblástico e hipernefroma), M^{me} L. Chevrel Bodin & R. Maruelle (blastema, sarcoma mioblástico e hipernefroma), Ssoroko (hipernefroma e osteofibrossarcoma num caso, e cistoadenohipernefroma associado a fibrossarcoma noutro).

Primitivamente, os observadores limitavam-se a mencionar zonas sarcomatóides nos hipernefomas (Grawitz, Horn, Loening, Kaufmann, Sabolotnow, Stoerk, Kostenko, Rost, Lindstrom, Ljunggren, Mennenga, Geschickter, Widenhorn, Bracken entre mais); mais tarde, apontam-se zonas sarcomatosas em tumores hipernefróides (Wiefel, Benecke, Ambrosius, Askanazy, Wooley, Frohte, Neuhauser, Ribbert, Surinke, Beny, Chwala, Schiffman, Szamek, Lubarsch, Brandt, Ujhelyi e outros); Tedeschi observa a associação da estrutura hipernefróide e liorrabdomioblástica num caso e, noutro, a de um angiossarcoma com condroliorrabiomioma.

Desta enumeração sumária resulta com maior evidência a complexidade do caso presente, que inclui, entre outros tecidos, formações ósseas, poucas vezes referidas no rim (Kronlein, Demes, Brunatelli, Hédrèn e Délon).

Os aspectos encontrados nos liomiossarcomas sobrepõem-se às imagens da diferenciação e desdiferenciação da célula muscular, como foi estabelecido pelo estudo embriológico da fibra estriada e desde os trabalhos descritivos ou experimentais de

Godlewski, Mévès, Marceau, Naville, Masson, Roskin, Montpellier, Abrikossof, Bonnard, Ardoin, Zorini Attilio, Lewis, Ollivo, Cioni, Ceelen, La Manna, Weber, Peyron, Mac Gill, E. Grynfeldt & H. L. Guibert, Retterer & Lelièvre, Renant & Dubreil, Prenant e, entre nós, Geraldino Brites e Salvador Júnior.

A êste propósito, devo fazer notar que muitos tumores descritos como sarcomas são tumores de elementos musculares (Peyron), nomeadamente os sarcomas denominados alveolares (Burgess), designação assente biológica e histologicamente no aparecimento de elementos semelhantes às células conjuntivas sarcomatosas (La Manna, Weber, Catanni, Vincenzi, Colomiati). A natureza muscular de certas estruturas pode ser suspeitada quando se encontram os elementos celulares minuciosamente descritos por Abrikossof, mioblastos de Godlewsky, megassarcócitos de Houette e Roskin, ou os elementos sinciciais (Ceelen) constituindo grandes células gigantes semelhantes às do tecido muscular do embrião (J. Montpellier); a suspeita torna-se certeza se se encontram as várias formas de passagem entre os citados mioblastos e as formas adultas, passando pela macrocelular.

O processo miogénico preconjuntivo teria inicialmente localização adventicial perivascular, para mais tarde abranger todo o tecido conjuntivo, como mostram as observações de G. Albot & Mlle M. T. Choquart (tumor angiomiomatoso do ovário), de Leuret, Roger Leroux, Theillier & Busser (angiomiossarcoma da côxa) e no de J. de Fourmestraux & P. Foulon (tumor mesenquimatoso).

Os sarcomas mioblásticos do rim são excepcionais depois dos 20 anos; encontrei na literatura que pude consultar os casos de Blau (22 anos), Muus (34 anos), Imbert (37 anos), Berger e Lartman, Stei-

ner (41 anos), Flechter (43 anos) e Leroux & Guérin (79 anos).

Deixarei de lado a complexa patogenia das neoplasias renais embrionárias, da qual se têm ocupado muitos autores: Yamaghyva, Kupffer, Remak, Birsch-Hirschfeld, Wilms-Herzog, Busse, Muus e Ewing, entre mais.

Quanto aos aspectos hipernefróides, há tendência para lhes atribuir exclusivamente uma origem autóctone, depois dos trabalhos de Roussy & Leroux, Brault & Courcoux, Stoerk, Masson e F. Busser; além doutros argumentos contra a origem suprarrenal, aponta-se que a estrutura hipernefróide aparece noutros órgãos, como na próstata (J. P. Lamarre, M. Larget & P. Isidor) no útero (Marza & Dobresco), etc.

A origem epitelial das placas de células claras por diferenciação específica encontra-se neste caso confirmada pela presença de formas intermediárias entre as formações blastematosas tubulares e as placas hipernefróides. Para Gostat Hultquist, a presença desta estrutura num sarcoma lioblástico do rim, mesmo na ausência de aspectos do blastema, é suficiente para a sua inclusão no grupo dos disembriomas nefrogéneos.

A propósito, e de passagem, devo recordar que um estudo a que procedeu, sobre tumores epiteliais miliares primitivos do rim, forneceu ao Prof. Geraldino Brites elementos suficientes para poder compartilhar da opinião dos que contestam a teoria de Grawitz aplicada a todos os tumores epiteliais do rim. É preciso também, acrescenta, não cair no excesso oposto e afirmar que não há no rim senão tumores formados à custa dos tecidos renais, desde que está provado que podem existir nódulos córtico-suprarrenais incluídos no parênquima; mas seriam raros. Nas suas pesquisas não encontrou

nenhum «hipernefroma» no sentido correspondente ao critério de Lubarsch; suprarrenais aberrantes encontrou-as 10 vezes em situação subcapsular em 376 cadáveres (2,7 0/0) e nunca na espessura do parênquima em nova série de 1100 rins examinados.

Não me ocuparei, por agora, do mecanismo de diferenciação dos elementos epiteliais, tão diversamente interpretado pelos investigadores. Se neste caso não encontro todos os aspectos intermediários do desenvolvimento do blastema, o aparecimento de alguns aspectos nefrogêneos, uns primitivos, outros avançados, são suficientes para justificar a denominação de *disembrioma maligno do rim*, mais particularmente a de *cancro metaplástico do blastema renal indiferenciado*.

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

RESUMÉ

Description détaillée d'une tumeur rénale observée chez une femme âgée de 55 ans; il s'agit d'un dysembryome maligne néphrogène complexe, avec différenciation hypernéphroïde et métaplasie leiomioblastique et osseuse. L'origine des cellules claires se trouve dans les tubes épithéliaux néoformés, la différenciation leioblastique et osseuse s'effectuent à partir d'un tissu mésenchymateux embryonnaire néphrogène; ce dernier fait explique la genèse tumorale suivant un procès métaplasique du blastème rénale indifférencié.

Ce cas montre une fois de plus que les tumeurs embryonnaires du rein, si elles sont plus fréquentes chez l'enfant, peuvent aussi apparaître chez des adultes, après une période de latence prolongée.

ZUSAMMENFASSUNG

Genauere Beschreibung eines Nierentumors, welcher an einer 55 jährigen Frau beobachtet wurde; es handelt sich um einen bösartigen nephrogenen komplexen Dysembryom mit hypernephroiden Differenzierung und liomioblastischen und knöchernen Metaplasie.

Das Erscheinen von verschiedenen Zwischenformen erlaubt uns den Ursprung der klaren Zellen aus den neugebildeten epithelialen Kanälchen abzuleiten.

Die lioblastische und knöcherne Differenzierung wird durch die Teilung des embryonal-mesenchymalen-nephrogenen Gewebes gebildet, was uns auch die tumorale Genese erklärt, nach einem metaplastischen Prozess des undifferenzierten renalen Blastems.

Man berichtet auch einige Statistiken des Vorkommens des Nierenkrebses, einschliessend die des Laboratoriums des Pathol. Anatom. Institutes der Mediz. Fakultät zu Oporto.

Dieser Fall zeigt nochmals, dass die embryonalen Nierentumoren, wenngleich öfters im Kindesalter, auch im vorgeschrittenen Alter, nach einer längeren Latenzperiode, vorkommen können.

BIBLIOGRAFIA

- Ardoin (G.): Sarcome rhabdomyoblastique de la région temporo-occipitale. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 18, 1929, pág. 255. — Aschoff (L.): Anatomia Patológica. Trad. esp., Barcelona, 1934. — Borrel & Masson: Tumeur épithéliale du rein d'un jeune coq. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 3, 1911, pág. 172. — Brandt (M.): Cfr. ref. in *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd.-chir.*, 5, 1928, pág. 825. — Brites (Geraldino): Les tumeurs épithéliales miliaires primitives du rein de l'Homme. Étude d'une série de treize cas. *Folia Anat. Univ. Conimbr.*, 10, 1935, nr. 6. — Quelques considérations sur une série de petites tumeurs épithéliales du rein de l'Homme. Sep. de «*Libro de Oro*», hom. al Prof. Dr. Angel H. Roffo, 1935. — Busser (Fritz): Étude anatomique des épithéliomas primitifs du rein chez l'adulte. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 29, 1930, pág. 198. — Cfr. ref. in *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd. chir.*, 20, 1931, pág. 503. — Busser (F.), Cayla (A.), Delon (J.), & Corcelle (J.): Tumeur maligne du rein à type blastème chez une femme adulte. — *Idem*, 15, 1938, pág. 212. — Cesaris Demel (A.): Anat. Pat. del Ap. Urop., in *Trat. di Anat. Patol. de Pio Foà*, Torino, 1923. — Chevrel-Bodin (M.^{me} L.) & Maruelle (R.): — Tumeur type blastème rénal combinée avec sarcome myoblastique et hypernéphrome. *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd.-chir.*, 15, 1938, pág. 1075. — Cioni (C.): Considerazioni sui tumori di tessuto muscolare (mioblastoma maligno della ghiandola surrenale con metastasi pleuriche). *Arch. Ital. di Anat. e Istol. Patol.*, 7, 1936, pág. 484. — Delon (Jeanne): Deux types histologiques de tumeur maligne du rein chez l'enfant. *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd.-chir.*, 12, 1935, pág. 215. — Fourmestaux (J. de) & Fulon (P.) — Tumeur mésenchymateuse. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 19, 1930, pág. 398. — Grynfeldt (E.) & Guibert (H. L.): Adéno-fibro-myomatose mammaire simulant le sarcome. — *Idem*, 20, 1931, pág. 612. — Hoche (L.) — Tumeur du rein chez le porc (à type blastème rénal). *Idem*, 21, 1932, pág. 454. — Hultquist Gosta (T.): Tumeur du rein: hypernéphrome combiné avec le sarcome myoblastique. *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd.-chir.*, 15, 1938, pág. 279. — Kogan & Léroux: Tumeur du rein à type blastème rénal. *Idem*, 5, 1928, pág. 467. — Letulle (Maurice): Anatomie Pathologique, 3, Paris, 1931, pág. 1928. — Leuret, Leroux (R.), Theillier & Busser: Angio-myo-sarcome de la cuisse. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 19, 1930, pág. 273. — Masson (P.): Les Tumeurs. Paris, 1911, pág. 531. — Masson (P.) & Martin (J. F.): Rhabdomyosarcomes des nerfs. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 27, 1938, pág. 751. — Montpelliér (J.): Les tumeurs du blastème métanéphrique chez le coq. *Idem*, 17, 1928, pág. 248. — Morais (Ernesto) & Salvador Júnior (A.): Sur un tumeur à type blastème rénal chez un chien. *Folia Anat. Univers. Conimbr.* 8, 1933, pág. 1. — Tumeur du blastème rénal indifférencié. *Idem*, 12, 1937, pág. 1. — Natali (Claudio): Cfr. ref. in *Pathologica*, 18, 1926, pág. 216. — Neyraud (Ch.) & Isidor (P.): A propos des sarcomes musculaires du rein. *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. nor. méd.-chir.*, 16, 1939, pág. 888. — Nyka (W.): Sur un tumeur rénale du cheval issue du blastème métanéphrique. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 17, 1928, pág. 241. — Oberling (Ch.): Cancers hétéromorphes et métaplasie épithéliale. *Idem*, 10, 1921, pág. 66. — Sarcome embryonnaire (adéno-sarcome) du rein chez un lapin. *Idem*, 16, 1927, pág. 708. — Parreira (Henrique): Algumas peças anatómicas do aparelho urinário. Comunicação ao «I Congresso Hispano-Português de Urologia», 1929. — Petit & Roussy — Un cas de tumeur du rein (épithélioma) chez une lapine. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 10, 1921, pág. 21. —

Peyron (Albert): Sur l'évolution néoplasique des fibres musculaires striées dans le sarcome infectieux des oiseaux. *Idem, idem*, pág. 2. — Sur l'historique et l'évolution de quelques notions fondamentales dans l'étude expérimentale du cancer. *Idem, idem*, pág. 359. — **Prenant (M.):** Réponse à M. Peyron sur «A propos du sarcome infectieux des oiseaux». *Idem, idem*, pág. 412. — **Pugliatti (Vincenzo):** Istogenesi e classazione dei tumori maligni del rene. *Arch. Ital. di Anat. e Istol. Pat.*, 5, 1934, pág. 75. — **Roskin (Gr.):** La cellule myomateuse et quelques problèmes relatifs à la cellule musculaire. *Bull. de l'Assoc. franç. du Cancer*, 23, 1934, pág. 172. — **Roussy (G.) & Leroux (R.):** Tumeurs du rein dites hypernéphromes et tumeurs primitives de la surrénale. *Idem*, 9, 1920, pág. 288. — **Simard (L. C.) & Lorgeril (M. de):** Dysembryome du rein à type de tissu néphrogène. *Idem*, 17, 1924, pág. 4.



Fig. 1

Aspecto macroscópico (superfície externa)



Fig. 2

Aspecto macroscópico (superfície de corte)

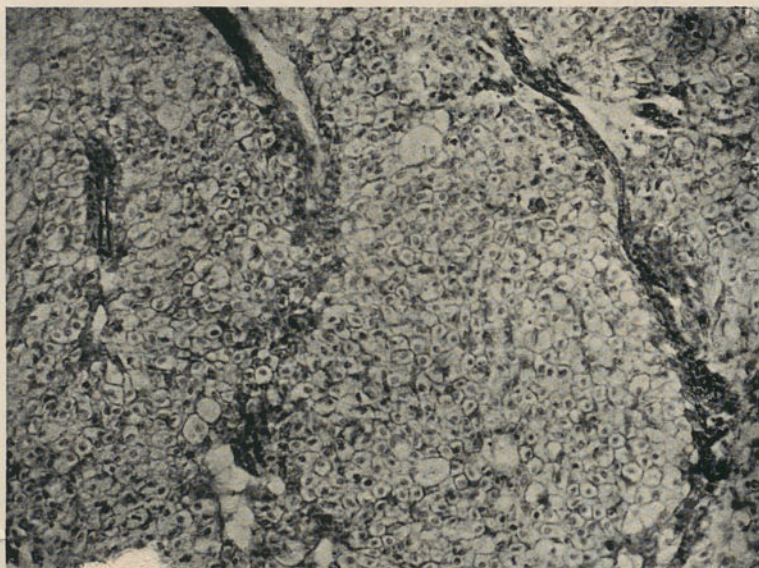


Fig. 3

Estrutura hipernefróide (disposição lobular)

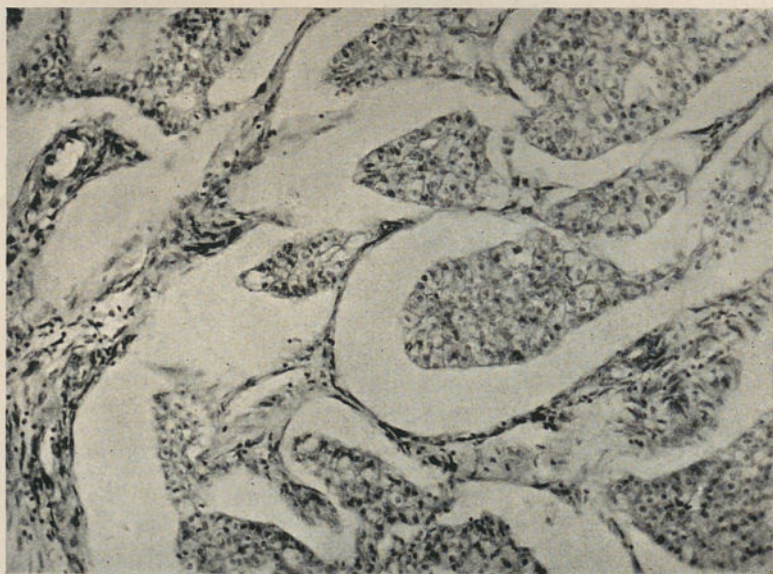


Fig. 4

Estrutura hipernefróide (disposição papilar vegetante)

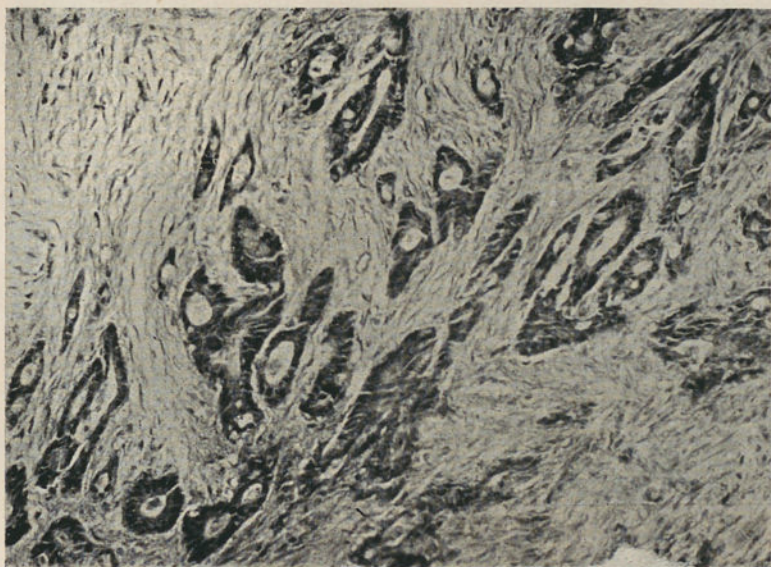


Fig. 5

Zona de diferenciação tubular

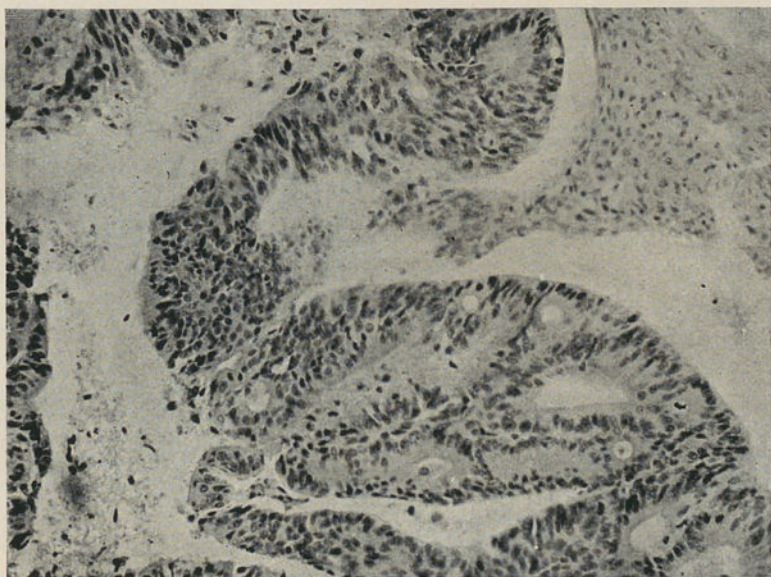


Fig. 6

Diferenciação mucosa

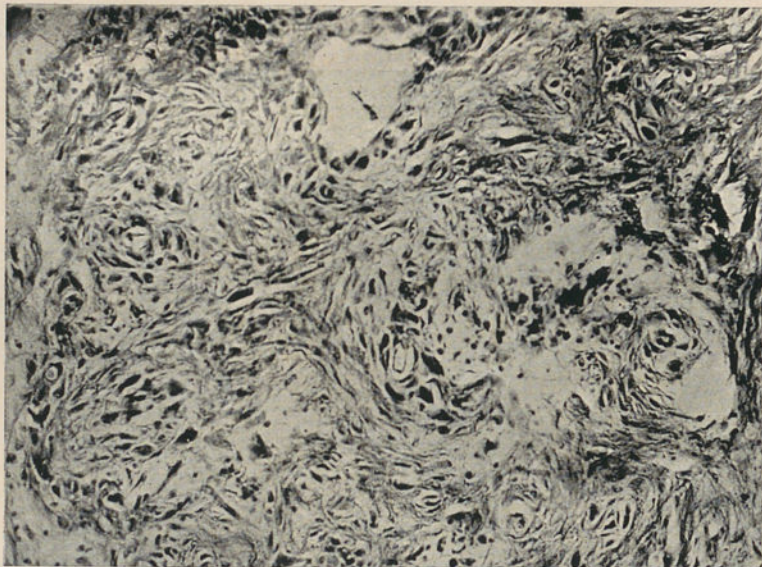


Fig. 7

Aspecto sarcomatoso

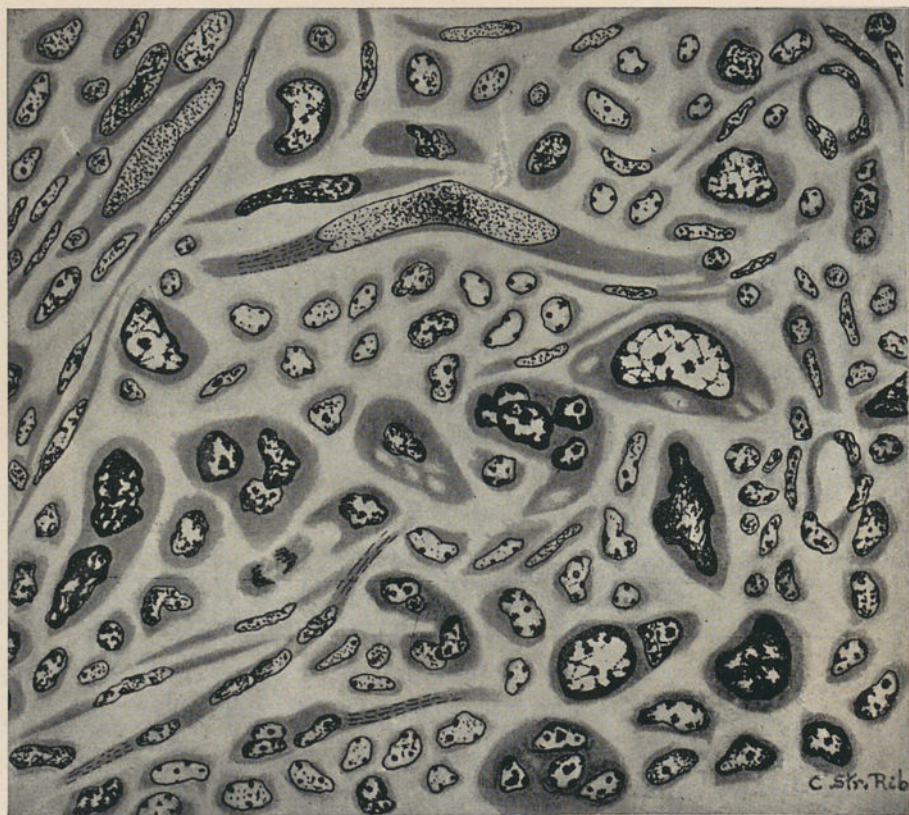


Fig. 8

Diferentes tipos celulares da evolução lioblástica

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XVII

N 3

SÔBRE A IDENTIFICAÇÃO ANGIOGRÁFICA DAS ARTÉRIAS E VEIAS DO CEREBELO

POR

EGAS MONIZ

(Recebido pela Redacção em 20 de Janeiro de 1942)

É difícil fazer nos filmes angiográficos da fossa posterior a identificação dos vasos cerebelosos. As arteriografias e flebografias que ultimamente temos obtido permitem-nos contudo esboçar a sua classificação com relativa segurança. As artérias e especialmente as veias apresentam-se de tal sorte emaranhadas que se torna embaraçoso separá-las, segui-las e identificá-las. Em arteriografias de grande nitidez consegue-se, todavia, mostrar a visibilidade das artérias com grande independência de sorte a ser possível individualizá-las. O mesmo podemos dizer das veias mais importantes, embora a segurança de classificação seja mais precária.

Há um facto a notar: tanto as artérias como as veias do cerebello distribuem-se com irregularidade; não se pode por isso estabelecer um esquema da circulação arterial e venosa do cerebello como conseguimos para a circulação cerebral.

Quando dávamos os primeiros passos na arteriografia por via carotídea objectava-se que a variabilidade da circulação cerebral devia ser um grande entrave ao propósito que tínhamos de reduzir a esquema o tipo normal da circulação cerebral. Por isso, ao lado dos nossos trabalhos experimentais no animal, fizemos numerosas arteriografias no cadáver, de sorte a assegurar-nos da forma de distribuição das artérias do cérebro. Verificámos que embora diferente de indivíduo para indivíduo nos ramos secundários, apresentava um desenho similar e constante na sua distribuição geral, tanto na circulação externa como na face interna dos hemisférios.

Tendo levado a Paris, quando fiz as primeiras comunicações sobre a arteriografia cerebral à Sociedade de Neurologia e à Academia de Medicina, um grande número de filmes obtidos no cadáver, recorda-me a impressão que fêz entre os neurologistas o desenho constante da circulação cerebral encarado no seu aspecto geral. O Prof. Sicard que o examinou com meticoloso cuidado mostrou-se surpreendido, influenciado como estava, pela informação das anatomias, da grande variabilidade dos trajectos das artérias cerebrais.

Também quisemos esquematizar as artérias cerebelosas na sua distribuição. Não é todavia comparável ao esquema da circulação cerebral. As dificuldades de visibilidade dos vasos nas radiografias laterais e mais ainda nas ântero-posteriores são inúmeras.

As artériografias por nós publicadas da fossa posterior não nos tinham dado uma figura muito nítida. Apesar disso já tínhamos notado a visibilidade das artérias cerebelosas superiores, tendo apenas suspeitado, em alguns filmes, das ramificações terminais das cerebelosas médias e, no vivo, com pouca nitidez, a cerebelosa inferior.

Nas arteriografias e flebografias da fossa posterior há um obstáculo que quasi sempre impede a completa visibilidade do trajecto das artérias cerebelosas: os massivos ósseos dos rochedos entre os quais caminha a porção anterior desses vasos. Torna-se assim difficil segui-las desde a origem nos filmes laterais. Nos ântero-posteriores, obtidos no cadáver a confusão não é menor.

* * *

Surpreendeu-nos desde início a posição do tronco basilar quando pela primeira vez o observámos no cadáver.

Como se sabe é formado pela junção das duas vertebraes e caminha encostado à protuberância. Não pode haver dúvidas sobre a sua identificação nas arteriografias cadavéricas, pois segue-se o trajecto das duas vertebraes até à junção do tronco basilar (figs. 1 e 3).

A sua posição em arteriografia lateral é perpendicular à base do crânio. Os tratados de Anatomia que mais consultámos informam, porém, que a protuberância, e conseqüentemente o tronco basilar que junto a ela caminha na sua porção anterior, forma com a horizontal um ângulo anterior de 65° a 70° , o que não é exacto, como se pode ver na arteriografia no cadáver das figs. 1 e 3. A razão desta discordância está no facto do estudo anatómico do cérebro ser feito ou fora da cavidade craniana ou in loco, mas depois de se ter, pelo menos em parte, esvasiado o lago até aqui denominado sub-protuberancial e que, com mais precisão, deve ser designado ântero-protuberancial. Este lago, também denominado *cisterna pontis* ou canal sub-aracnoidéo, impele a protuberância para a posição vertical que se observa nas arteriografias da fossa posterior, sendo de notar que

a figura observada nos filmes cadavéricos e não vivo se aproximam.

Antes dos nossos trabalhos já as figuras de Duret, Bize, Bailey, e de outros autores apresentam a protuberância mais levantada, mas sem chegar a tomar a vertical quando realmente a atinge e mesmo, por vezes, está ligeiramente projectada para trás na sua porção superior.

A face anterior da protuberância, duplamente convexa na sua direcção transversal e longitudinal, repousa sobre a *cisterna pontis* que a almofada, em líquido, não ficando directamente pousada sobre o leito ósseo formado pela parte anterior da goteira basilar.

Sobre a linha média apresenta a protuberância um sulco longitudinal, onde em geral caminha o tronco basilar e a importante artéria a que nos vimos referindo. Este vaso nem sempre segue o sulco, às vezes desvia-se um pouco lateralmente o que parece demonstrar que elle não depende, pelo menos exclusivamente, do desenvolvimento ontogénico deste vaso, tanto mais que o sulco se alarga na parte superior ao passo que o tronco basilar diminui de calibre, pois dá origem às artérias cerebelosas médias e superiores. Depois delas só existem as comunicantes posteriores em geral, vasos muito finos, e as cerebrais posteriores, ramos terminais do tronco. Estas considerações anatómicas são indispensáveis à compreensão dos filmes arteriográficos da fossa posterior que, sob muitos aspectos, merecem ser cuidadosamente estudados.

A técnica que primitivamente usávamos para obter a arteriografia da fossa posterior e que, ainda hoje, se pratica com êxito, é a da injeccção de torotráste na artéria sub-clávia, contra a corrente sanguínea, depois de ter feito a laqueação provisória da porção externa do vaso pela pinça de Martins.

O líquido assim impellido segue pela vertebral para o tronco basilar e em alguns casos, do lado direito, obtivemos também a arteriografia do cérebro pela ascensão do líquido pela carótida primitiva.

Para isso é preciso injectar com bastante fôrça o líquido opaco e empregar doses elevadas de torotraste (14 a 16 c. c.). À esquerda onde não há o tronco braqui-cefálico nunca se obtém, como era fácil de prever, a circulação cerebral.

Também se pode procurar a artéria vertebral directamente. É uma arteriografia lateral obtida por êste processo que nos determinou a voltar a êste estudo anátomo-angiográfico (fig. 2).

A posição do cerebello no vivo é um pouco diferente da observada no cadáver. Assim não existe uma face superior como costuma descrever-se, mas sim póstero-superior a que corresponde uma outra face ântero-inferior.

Desde que o tronco basilar é injectado por uma das artérias vertebraes observa-se, visto tratar-se de um tronco único, quási tôda a circulação do cerebello. Assim do seu lado posterior vêem-se, além das duas artérias cerebraes posteriores, duas artérias cerebelosas superiores, ou melhor, póstero-superiores, duas cerebelosas médias e uma inferior, ou melhor, ântero-inferior.

Das duas cerebraes posteriores (*C. P.*) muito visíveis nas figs. 1 e 2 não nos ocuparemos aqui, pois não dão circulação ao cerebello.

* *

Diremos, de passagem, que as artérias cerebelosas, ao contrário das artérias cerebraes que fazem o seu trajecto nos sulcos corticais, caminham à superfície do cerebello.

As artérias cerebelosas dividem-se em duas categorias: umas provêm da artéria vertebral, sendo portanto apenas visível uma, no vivo, após a injeccção do líquido opaco na vertebral. São as artérias cerebelosas inferiores. Delas nos ocuparemos daqui a pouco.

As outras artérias cerebelosas derivam do tronco basilar e por isso vêm-se as dos dois lados do cerebello. São as artérias cerebelosas póstero-superiores que saiem muito perto das cerebrais posteriores, indicadas na fig. 2, pelas letras *C. sas S.* As cerebelosas médias, igualmente duplas nascem do tronco basilar mais abaixo das superiores, e são designadas na mesma figura pelas letras *C. sas M.* As artérias cerebelosas são muito flexuosas mas nas figuras laterais apresentam-se em projecção muito menos sinuosas do que são na realidade. As artérias cerebelosas póstero-superiores mostram bem a posição do cerebello, pois formam uma curva correspondente a esta face.

Tanto a artéria cerebelosa média como a inferior distribuem-se à superfície da face ântero-inferior do cerebello, a primeira mais na região superior e a segunda na inferior.

A cerebelosa inferior, é, por vezes, projectada lateralmente de forma a ser difícil perceber a sua justa posição.

Em filmes obtidos no cadáver em que as duas vertebraes e o tronco basilar estão bem opacificados, podemos seguir com facilidade o seu trajecto. Nas figs. 1 e 3 vemos as duas cerebelosas inferiores saindo cada uma da sua artéria vertebral contornando ambas, depois de várias flexuosidades, o bôrdo inferior do cerebello. Nesta arteriografia têm êstes vasos calibre maior do que as cerebelosas póstero-superiores bem desenhadas em parte do seu percurso, e as médias, apenas esboçadas no seu trajecto. Note-se que uma das cerebelosas inferiores faz um trajecto bas-

tante vertical antes de se recurvar sôbre si própria (fig. 3).

Na arteriografia da fig. 1 vêem-se muito nítidamente, as cerebelosas superiores.

As flexuosidades das artérias cerebelosas dão, nas projecções, embaraços de interpretação que se tornam ainda maiores devido às grandes diferenças de calibre das diversas artérias cerebelosas, de indivíduo para indivíduo.

Numa arteriografia da fossa posterior, no vivo, que não é muito nítida, vê-se todavia uma cerebelosa inferior em recta (fig. 4).

Um aspecto similar é o da cerebelosa inferior da fig. 4 que faz um ângulo depois de um trajecto na face ântero-inferior e contorna a circunferência lateral do cerebello de sorte a dar um aspecto em recta que pode surpreender à primeira inspecção. É este aspecto que, até aqui, temos de preferênciã, obtido no vivo. A perfeita opacificação destes vasos, ainda se não aproximou do que vemos nas figs. 1 e 3 (arteriografias do cadáver). A razão fica por enquanto por explicar (mudança de posição do cerebello no cadáver?).

Foram estas dificuldades de interpretação e as formas diversas da cerebelosa inferior observadas em vários filmes no cadáver e no vivo que me levaram a trazer a lume estas observações.

Uma deducção podemos inferir do que fica exposto: a grande variabilidade dos vasos arteriaes do cerebello. Só um grande número de filmes poderá fornecer elementos suficientes de sorte a tirarmos ilacões mais seguras.

* * *

As veias do cerebello apreciadas através das flebografias da fossa posterior são ainda de mais difícil identificação.

Há dois grupos de veias: as médias ou vérmicas e as laterais. A vérmica superior caminha de trás para diante sôbre o verme superior tendo como afluentes: vénulas do verme superior, da parte interna dos hemisférios cerebelosos e da válvula de Vieussens. Vem em geral lançar-se na empola de Galeno (fig. 5), indo algumas vezes ao seio recto ou a alguma das veias cerebrais internas.

A veia vérmica inferior, menos importante que a superior, vem do verme inferior e partes vizinhas dos hemisférios cerebelosos. Caminha em sentido oposto ao da veia cerebelosa superior, isto é, da parte ântero-inferior do cerebello dirige-se para trás. Vai lançar-se no seio recto ou nos seios laterais. As figs 5 e 6 mostram estas veias com bastante nitidez.

O aspecto das veias cerebelosas póstero-superiores não é, todavia, de grande clareza em todo o seu trajecto.

O outro grupo das veias cerebelosas é formado pelas veias laterais, inclassificáveis pela sua extrema variabilidade. Vão aos seios laterais e as mais anteriores aos seios petrosos superiores.

São visíveis em algumas flebografias da fossa posterior, mas muito variáveis nos diversos filmes. Algumas dessas veias parecem também ir ao seio recto.

Em resumo: a extrema variabilidade das veias do cerebello tornam impossível uma esquematização pròpriamente dita, tendo de nos contentar com noções muito gerais, como as que os anatómicos nos fornecem. Basta olhar para cerebelos com veias injectadas, no cadáver, para verificar o acêrto desta afirmação.

RÉSUMÉ

L'A. fait, sous quelques réserves, l'identification des artères et veines du cervelet dans les artériographies obtenues sur le cadavre et des artériographies et phlébographies faites chez l'homme. Les figures et les légendes sont suffisantes pour faire idée des identifications présentes. Le schéma des artères cérébelleuses n'est guère comparable à celui des artères et des veines (surtout les profondes) du cerveau; mais l'A. montre la possibilité d'une identification des plus importants vaisseaux du cervelet dans les angiographies de la fosse postérieure.

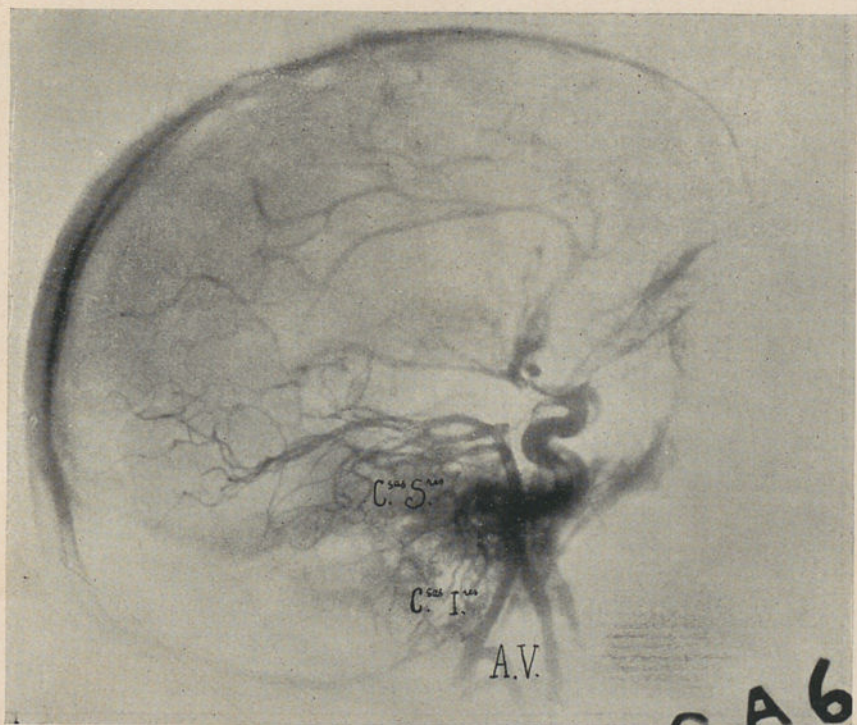


Fig. 1

Artérias do cerebello, obtidas por arteriografia no cadáver

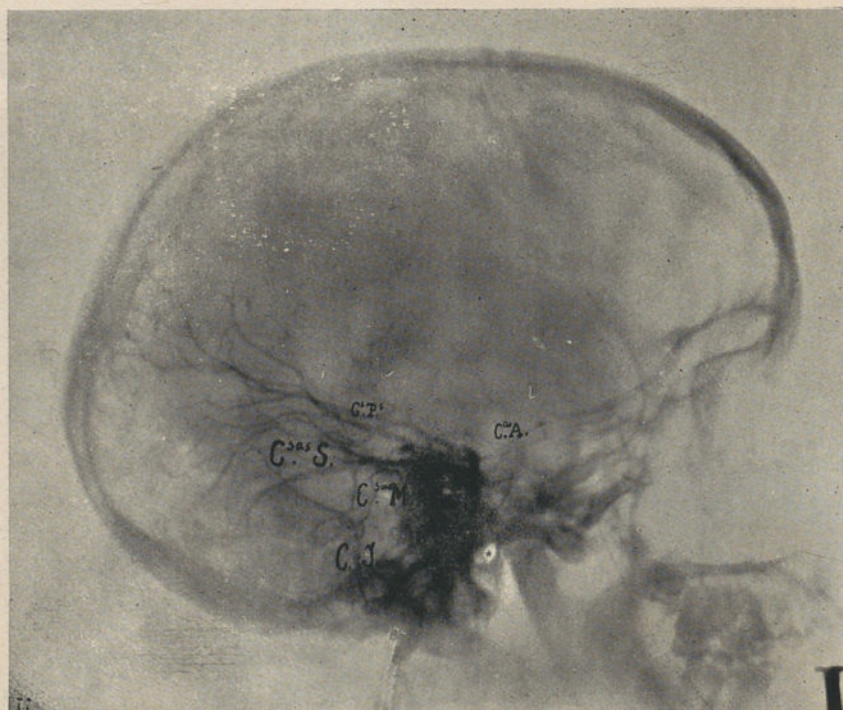


Fig. 2

Artérias do cerebello, visíveis numa arteriografia do vivo. Injecção
na artéria vertebral direita

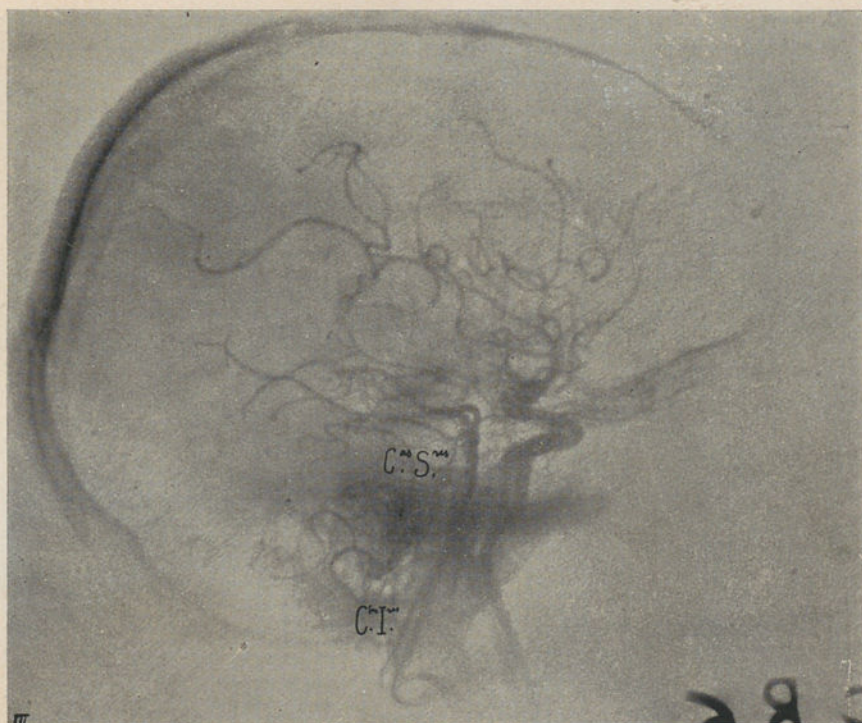


Fig. 3

Artérias do cerebello, obtidas no cadáver



Fig. 4

A artéria cerebelosa inferior muito visível numa arteriografia
da fossa posterior no vivo

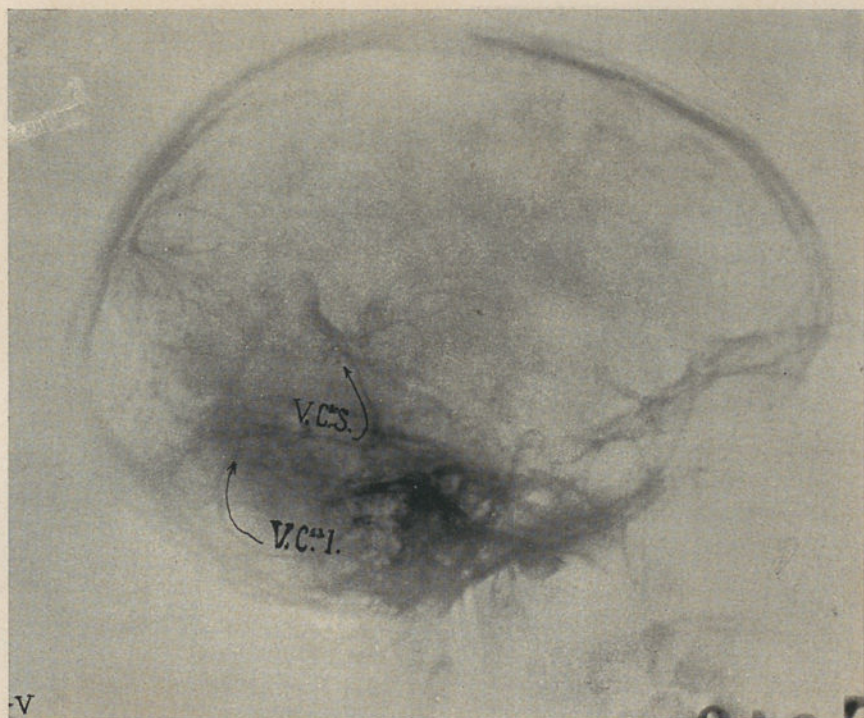


Fig. 5

Veias cerebelosas do verme: ântero-superiores e pótero-inferiores
numa flebografia da fossa posterior no vivo

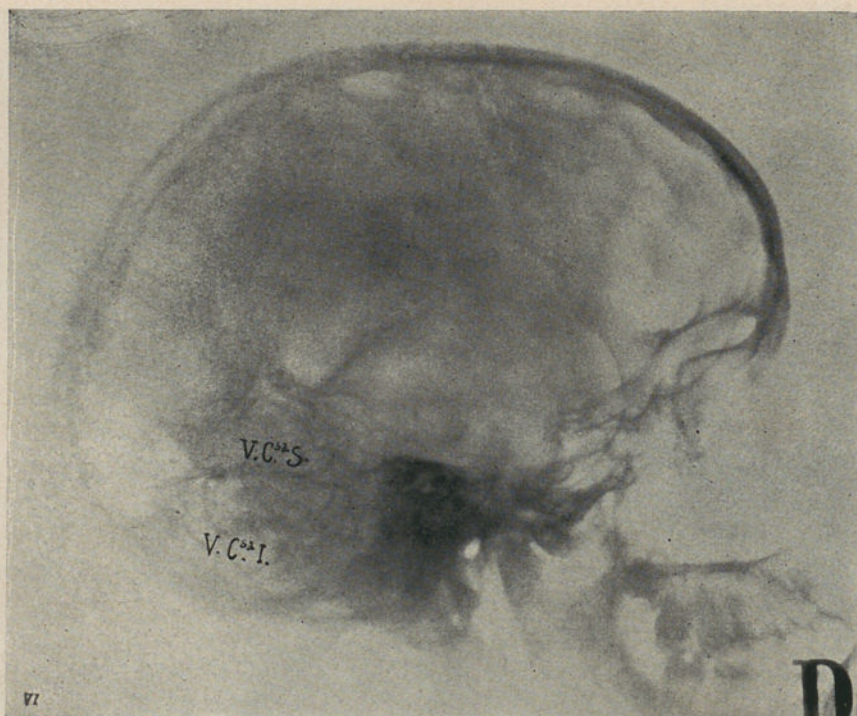


Fig. 6

As mesmas veias da figura anterior numa outra flebografia
da fossa posterior, no vivo

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XVII

N 4

AS PRIMEIRAS DISSECÇÕES HUMANAS NA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. O PRIMEIRO TEATRO ANATÓMICO

POR

A. DA ROCHA BRITO

(Recebido pela Redacção em 10 de Fevereiro de 1942)

AO COLEGA E AMIGO, PRO-
FESSOR MAXIMINO CORREIA

Na sua *História da Universidade* o Prof. Teófilo Braga cita dois alvarás régios datados de 23 de Setembro de 1596 relativos à Anatomia. Num dêles, dirigido ao Corregedor da Comarca de Coimbra, manda el-rei entregar ao «Dr. Rodrigo de Reinoso, seu Físico, Lente de Prima da Universidade, os corpos dos que nela (Comarca) fôsem justicados, que êle pedir para a Anatomia, sendo de estrangeiros ou de pessoas de que por isso se não siga escândalo».

No outro enviado ao Provedor do Hospital, que era o Hospital Real ou de D. Manuel, sito na Praça

Velha, consigna-se a mesma disposição para os que nêle falecessem.

Teófilo Braga, publicando aquêles documentos, satisfazia a curiosidade de quantos se interessam pelos estudos anatómicos no nosso país mas ao mesmo tempo levantava assim um enigma que muitos anos ficou insolúvel.

O ilustre professor aceita as datas dos alvarás sem as discutir. Ora, desde logo, saltou aos olhos dos historiadores, entre os quais o Dr. Pedro Dias, saudável Prof. da Escola Médica do Pôrto, a evidência de que aquelas datas deveriam estar erradas. Também assim pensou o Prof. Maximino Correia e do mesmo modo o julguei eu. Não é provável, embora não seja uma impossibilidade absoluta, que o Dr. Reinoso fôsse vivo em 1596, êle, que cheio de «achaques e de anos» se aposentara em 1557. Mesmo vivo que fôsse, também não é crível que, aposentado, doente e quási centenário (se então fôsse vivo, a sua idade seria de 98 anos, fazendo-se as contas segundo a curiosa carta que dirigiu a D. João III em 19 de Maio de 1548, na qual afirma ter 50 anos) não é crível, repito, que fôsse encarregado dum trabalho tão árduo como o da disseccção. Não há dúvida, aquella data de 1596 devia estar errada, motivo pelo qual o Dr. Pedro Dias propôs que se substituísse pela de 1556, ano da vinda de Guevara para Coimbra.

E imaginou assim as coisas: O Dr. Reinoso, como Mestre de Prima que era, teria sido apenas o encarregado de receber os cadáveres e entrega-los ao anatomista, que daria as suas primeiras aulas em Outubro dêsse ano.

Ora, o enigma acaba de ser resolvido com a publicação do volume III dos *Documentos de D. João III* do infatigável Prof. da Faculdade de Letras, Dr. Mário Mendes dos Remédios Brandão.

Eis os alvarás descobertos pelo Prof. Mário Brandão:

16 de Outubro de 1546.

Alvará Mandando entregar ao lente de prima de Medicina os cadáveres dos justicados.

Eu El-Rey, Mando a Vos Corregedor da Comarca, de Coimbra que das pessoas, que morrerem & padecerem nessa Cidade por Justiça façaes dar ao Doctor Rodrigo de Reinoso, meu phisico Lente Catadratico, de prima de Medicina na Universidade da dita Cidade, aquelas que Vos elle requerer p.^a se fazer anathomia os quais serão estrangeiros & pessoas de que por isso não sigua escandallo algũ, o q̄ assi compri posto que este não seja passado pela chr.^a sem embargo da ordenação em Contr.^o João de Seixas o fez em Santarem a dezasseis de octr.^o de mil quinhentos quarenta, & seis.

Manoel da Costa o fez escrever.

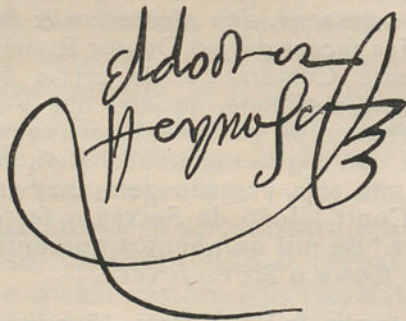
(Arquivo da Universidade — *Privilégios da Universidade*, fls. 52-52 v.^o).

Alvará mandando entregar ao lente de prima de Medicina os cadáveres dos doentes estrangeiros que falecessem no hospital de Coimbra.

Eu El Rey mando a vos provedor do hospital da Cidade de Coimbra, q̄ das pessoas q̄ morrerem no ditto hospital, deis & façais dar ao Doctor Rodrigo de Reinoso, meu Fizico, Lente Catadratico de prima de Medicina, na Universidade dessa Cidade, aquelas, q̄ vos elle pedir, p.^a em seus corpos faser anathomia, & serão pessoas estrangeiras de q̄ por isso se não sigua escandalo algũ porq̄ assi o hey por bem, & este não passara pela chr.^a João de Seixas o fez em Sanctarem a dezasseis de octr.^o de mil quinhentos quarenta, & seis. Manoel da Costa o fez escrever.

(Arquivo da Universidade — *Privilégios da Universidade*, fl. 40).

E tudo se esclarece. O Dr. Mário Brandão prestou um bom serviço à nossa curiosidade e à de quantos se interessam por estas coisas agradáveis e inofensivas, publicando êstes notáveis alvarás. Regia então a cadeira de prima, em substituição de Henrique de Coelhar, falecido dois anos antes, o Dr. Rodrigo de Reinoso, espanhol que o monarca português fôra buscar à Cátedra de Salamanca.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rodrigo de Reinoso'. The signature is highly stylized and cursive, with a large, sweeping flourish at the bottom that loops back to the left.

Nessa cadeira pertencia-lhe ler e comentar os livros de Galeno, entre os quais naturalmente o *De Usu Partium*. Médico de el-rei, é plausível, possível e provável que, em conversa ou por escrito, lhe tenha feito sentir a necessidade de ao lado do ensino teórico fazer-se o ensino prático da Anatomia. Seja como fôr, os alvarás vieram mostrar da parte de D. João III uma larga compreensão pedagógica e o seu propósito de progresso na Universidade, recém-fundada em Coimbra, pois não eram ainda passados nove anos sôbre a sua definitiva transferência para a mesma cidade, com a qual coincidira uma verdadeira renovação no ensino.

Dez anos antes, portanto, de vir Guevara para a nossa Faculdade ensinar Anatomia em 1556 e Cirurgia em 1557, o Dr. Rodrigo de Reinoso já podia dis-

secar cadáveres humanos, provenientes quer do Hospital de el-rei, quer de indivíduos condenados à pena última.

Felício
de Albuquerque

Previdentemente, para evitar o escândalo e os... pedidos, como ainda hoje acontece, determinava o monarca que só fôsem dissecados os de criaturas estranhas à terra.

A mais antiga disposição referente à dissecação humana na nossa Faculdade deve-se, por consequente, a D. João III e não a Filipe II; é mais uma sábia medida pedagógica a atribuir ao grande monarca, a quem tanto deve a nossa Universidade.

Que a interessante legislação foi posta em prática parece prová-lo a sua confirmação em vários alvarás e cartas régias como se pode ler no volume IV dos *Documentos de D. João III*, recentemente publicados pelo já citado Prof. Mário Brandão:

«C D L VIII — Esta provisão foi confirmada em 23 de setembro de 1596 por alvará de Felipe II; em 12 de julho de 1640, por parte de Felipe IV; e em 10 de janeiro de 1644 por carta de D. João IV. (Vid. *Privilégios da Universidade*, fls. 39 v.º-40 v.º)».

«C D L IX — Esta provisão foi confirmada em 23 de setembro de 1596 por alvará de Felipe II; em 10 de julho

de 1640 por carta de Felipe IV; e em 10 de janeiro de 1644 por carta de D. João IV. (Vid. *Privilégios da Universidade*, fls. 52 e 53)».

(In *Documentos de D. João III*, vol. IV, pág. 496):

Estas cartas de confirmação não são reproduzidas pelo Prof. Mário Brandão no seu volume, nem admira, porque já não são de D. João III, mas eu tive curiosidade de as ir ver e como são interessantes ao assunto que temos em vista, vou transcrever as primeiras, relativas aos doentes mortos no Hospital, porquanto, as outras respeitantes aos justicados são análogas, *mutatis mutandis*.

CARTA DA ANATHOMIA

Dom João ¹ Per graça de Ds Rey de Portugal e dos Algarves daquem e dallem mar em Africa snor de Guine eda conquista navegação comercio de Ethiopia Arabia Persia e da India ett. Faço saber aos que esta minha carta de confirmação virem que por parte do Reitor lentes deputados conselheiros estudantes e officiais da Universidade de Coimbra me foi apresentada hua carta delRey de Castella por elle assinada da qual o treslado he o seguinte + Dom Phillipe per Graça de Ds Rey de Portugal... Faço saber aos que esta minha carta de confirmação virem que por parte do Reitor lentes deputados conselheiros estudantes e officiais da Universidade da cidade de Coimbra me foi appresentado hum alvara delRey meu snor e avô que santa Gloria haja por elle assinado e passado pela chancelaria do qual o treslado he o seguinte + Eu ElRey faço saber aos que este meu alvara de confirmação virem que por parte do Reitor lentes deputados conselheiros estudantes e officiais da Universidade da cidade de Coimbra me foi appresentado hum alvara delRey Dom João meu snor que santa Gloria haja por elle assinado de que o treslado he o seguinte + Eu ElRey mandovos pro-

¹ D. João IV.

vedor do hospital da cidade de Coimbra que das pessoas que morrerem no ditto hospital deis e façais dar ao Doctor Rodrigo de Reinoso meu Fizico, lente catadratico de prima de medicina na Universidade e dessa cidade aquellas que vos elle pedir para em seus corpos fazer anathomia e serão pessoas estrangeiras de que por isso se não sigua escandalo algum porque assi o hey por bem e este não passará pela chancelaria João de Seixas o fez em Santarem a dezasseis doctubro de mil quinhentas quarenta e seis Manoel da Costa o fez escrever + Pedindome o Reitor lentes deputados conselheiros estudantes e officiais da Universidade da cidade de Coimbra que lhes confirmasse este alvara e visto seu Requerimento, querendo lhe fazer graça e merce tenho por bem e lho confirmo e hey por confirmado para uzar do contheudo nelle o lente de medicina que o Reitor da ditta Universidade com o concelho della nomearem e este quero que valha tenha força e vigor como se fosse carta feita em meu nome por mym assinada e sellada com o meu sello pendente sem embargo da ordenação do 2º Lº titulo que dis que as cousas cujo effeito ouver de durar mais de hum anno passem per cartas e passando per alvaras não o valhão Duarte Caldeira o fez em Lixª aos vinte tres dias do mes de sep^{bro} de mil quinhentos noventa e seis Eu Ruy Diaz de Meneses o fiz escrever + Pedindo me os sobredittos por merce que lhes confirmasse este alvara em carta e visto seu Requerimento querendo lhes fazer graça e merce tenho por bem e lho confirmo e hey por confirmado nesta carta e mando que se cumpra e guarde inteiramente assi e da maneira que se nella contem e pagarão de mea annata da merce desta confirmação ao thezoureiro geral dellas tresentos e sessenta \bar{r} s que lhe ficão carregados no livro de seu Recebimento a pag 140 como se vio per certidão do escrivão de sua receita e per firmeza disso lhe mandey dar esta Carta por mym assinada e sellada com o meu sello pendente Antonio Marques a fez em Lixª a dose de Julho de mil seiscentos e corenta Eu Duarte Diaz de Meneses a fiz escrever + Pedindo me os sobredittos per merce que lhes confirmasse e reformasse esta carta e visto seu Requerimento querendolhes fazer graça e merce tenho por bem e lha confirmo e hey por bem confirmala e reformala e mando que se cumpra e guarde inteiramente assi e da maneira que se nella conthem e per firmeza disso lhes mandei dar esta minha carta por mym assinada e sellada com o meu sello pendente Antonio Marques a fez em Lixª a nove de Janeiro de anno do nascimento de nosso sñor

Jhus Christo de mil seiscentos quarenta e quatro e pagarão o direito novo se o deverem Eu Damião diaz de meneses a fiz escrever e não dis mais a ditta carta que fica em meu poder e a que me reporto

Damião diaz de mns de f.^a

Temos agora tôda a explicação do êrro de Teófilo Braga. É que êle leu, ou alguém por êle, a confirmação de Filipe II de 23 de Setembro de 1596 e não o alvará original de D. João III, a quem se deve inludivelmente a primeira legislação portugueza sôbre a dissecação de cadáveres humanos. O rei espanhol não fez senão referendá-la. Mais um título de glória para o monarca Português, que com o Marquês de Pombal, foram os maiores e mais bem inspirados reformadores da Universidade.

Onde é que se faziam estas *anatomias* ou disseccções? Melhor do que eu, vai dizer-vos o Conselho da Universidade reunido em 25 de Junho de 1560, que escapou à minuciosa investigação do saúdoso Quim Martins:

«ONDE SE FARÃO AS ANATOMIAS»

«Asentou se q̄ as anathomias se fação nas escolas na casa donde esta o sino por ser crara e boa e q̄ o sôr Reytor mande fazer hũa mesa Redonda e bancos necesarios e q̄ lopo Roiz tenha carguo de ter a dita casa limpa e dee a agua necesarea p^a limpeza da mesa e casa e para lavar as mãos o lête della e q̄ os animaes brutos s. s. os carneiros e porcos q̄ p^a isso se cõprarem acusta da Universidade fiquẽ p^a ele lopo Roiz e nesta casa se farão estas anathomias danimaes brutos e serão aora da propia lição danathomia cõforme aos estatutos + quando se ouver de fazer algũa anathomia em algum corpo humano se fara no lugar q̄ ao cõselho pareçer»¹.

¹ Tõmo 3.^o dos *Conselhos*, pág. 443 (Arquivo da Universidade).

Nesta memorável congregação presidida pelo reitor, D. Jorge de Almeida e com assistência dos conselheiros, António de Barros, António de Castilho, Daniel da Costa e o Mestre Francisco Lopez, resolveu-se dar execução aos últimos estatutos, que devem ser os que trouxe ao claustro pleno de 27 de Dezembro de 1559 o Reformador D. Baltazar de Faria, na parte respeitante ao ensino da Anatomia. A ata da sessão, embora resumida, chegou até nós e diz-nos o bastante para ficarmos sabendo que o primeiro e rudimentar... teatro anatómico da Universidade data do ano de 1560.

Fôra instalado no Paço das Escolas na casa do sino por ser clara e boa, constando duma mesa redonda e de bancos para os alunos. O pessoal reduzia-se a um servente, cujo nome queremos registar—Lopo Rodrigues—encarregado de lavar e ter limpas a mesa e a casa, bem como dar a água para o lente se lavar: ao tempo, era ainda o Doutor Afonso de Guevara. O seu ordenado eram os restos dos animais que serviram para as demonstrações anatómicas. O precioso documento reserva-nos uma surprêsa bem curiosa: é que, além de carneiros, como era geralmente sabido já, também os porcos eram dissecados, facto êste que desconhecíamos entre nós. Chamou-nos a atenção o Prof. Maximino Correia para o livro de Vesálio: lá vem o porco na gravura da portada entre os «animais brutos» empregados então nas demonstrações anatómicas. Por isso é que ainda hoje o nosso povo, que é muito esperto e bom observador, afirma: «se queres ver o teu corpo, mata o teu porco». Também nalgumas portadas dos livros de Galeno, tão lidos pelos nossos quinhentistas, lá vem figurando em lindas gravuras o saboroso bicho que Afonso Lopes Vieira se esqueceu de incluir nos «Animais nossos amigos», não só

pela sua carne deliciosa, mas ainda pelos serviços prestados à Ciência.

O mesmo documento ainda nos ensina que as disseccções em cadáveres humanos não se fariam na *casa do sino*, mas em lugar que fôsse indicado pelo Conselho.

Onde seriam? Os seguintes documentos talvez nos esclareçam:

D. Jorge d'Almeida eu elRei vos envio muito saudar. Por se moverem alguns inconvenientes e duvidas ácêrca dos Estatutos dessa Universidade que mandam fazer pratica e exercicio de medicina no Hospital dessa cidade como sabeis, mandei de novo ver os ditos estatutos e duvidas, e ouve por bem que a dita prática e exercicio se fizessem no dito Hospital, do primeiro dia de outubro deste ano presente de 562 em deante, na ordem e maneira que se contem em um alvará que vos com esta mando, o qual se ajuntará aos ditos Estatutos e se registará no livro do dito Hospital e assim ouve por bem que se fizesse nele uma casa á custa das rendas da Universidade no lugar e da maneira, que a vós e ao Reitor do dito Hospital melhor e mais conveniente parecesse, para se nela averem de fazer as anatomias como tudo mais largamente se contem no dito alvará. Encomendo-vos que o façais inteiramente cumprir e dar á execução as cousas nele declaradas por serem em proveito do dito Hospital e da Faculdade de medicina. Receberei disto muito contentamento. Jorge da Costa a fez em Lisboa a 6 dias de fevereiro de 1562. Manuel da Costa a fez escrever.

«Raynha»

Queria, pois, a Rainha D. Catarina, viúva de D. João III e regente do reino na menoridade de D. Sebastião, que as disseccções se fizessem no próprio Hospital, segundo um regulamento enviado e que infelizmente não encontro, para avaliarmos a técnica e outras condições que deviam seguir-se.

Em resposta a quaisquer sugestões enviadas pela Universidade, a Rainha ordena:

Reitor e lentes da Faculdade de medicina. Eu elRei vos envio muito saudar. Vi a carta que me escrevestes e as lembranças que me fizestes sobre algumas cousas, que tocam á dita Faculdade. Vos agradeço. E quanto á casa que pedís para a prática e anatomia, mando ao Corregedôr dessa Comarca que a faça logo avaliar e vola dê. E ao que dizeis ácerca do tempo em que se ha-de fazer a dita prática hei por bem pelas razões que daes que se faça pela manhã antes da lição de prima e começar-se-ha no inverno ás 6 horas e meia e no verão ás 5 e meia hora, e depois da lição de véspera uma hora. E, porém, da lição de prima se não perderá tempo algum. Eu terei lembrança do mais que apontaes. Jorge da Costa a fez em Lisboa a quinze dias de dezembro de 1562.

Manuel da Costa a fez escrever.

Raynha

Êste documento ensina-nos já qualquer coisa mais. A Regente concorda em que se adquira uma casa para a Prática (isto é, a clínica) e para a Anatomia, depois de convenientemente avaliada, como se diz no documento seguinte, ao mesmo tempo que vai-nos dizendo a duração e horas dessa prática. De inverno começará às 6 e 30 e no verão às 5 e 30 da manhã, antes, portanto da aula de Prima, durando meia hora. De tarde durará uma hora e far-se-á depois da aula de Véspera.

Eis o teor da carta dirigida ao Corregedor da Comarca, o licenciado Gaspar Tenreiro que nos informa como se devia fazer a avaliação da casa, que ficava junto do Hospital.

Licenciado Gaspar Tenreiro. Eu elRei vos envio muito saudar. Mando-vos que façaes logo avaliar do que valer de compra uma casa junto do Hospital dessa cidade de Coimbra, qual o Reitor da Universidade com o parecer dos Doutores

da Faculdade de Medicina, que ouverem de faser a pratica e a anatomia, que tenho ordenado que se faça, vir que é mais conveniente para o dito efeito, a qual avaliação se fará por duas pessoas ajuramentadas sem suspeita, que o bem entendam, como em que se o dono de tal casa e sua mulher, sendo casado, louvarão e serão para isto requeridos, e outra em que se a Universidade louvará. E havendo entre os ditos louvadores desvairo, tomareis um terceiro e, mais a praser das partes que poder ser, a que outro sim será dado juramento. E feita adita avaliação e sendo a parte da quantia dela paga e entregue á custa da Universidade, fareis logo entregar a dita casa ao Reitor e deputado para se concertar e fazer ao modo que tenho mandado no Regimento da dita prática e como melhor e mais necessário parecer ao dito Reitor e aos Doutores da dita Faculdade de Medicina. De tudo fareis fazer autos públicos, aos quais se ajuntará esta minha ata para se por ela em todo o tempo saber como se fez por meu mandado. Jorge da Costa a fez em Lisboa a quinze dias de dezembro de 1562. Manuel da Costa a fez escrever. E, se alguma das partes se não quizer louvar, vos louvareis por elas.

Para o Corregedor da Comarca de Coimbra sobre a casa junto do Hospital da dita Cidade, que tem de fazer avaliar e dar á Universidade para se nela fazer a prática e anatomia da Faculdade de Medicina.

As coisas, nesses tempos, andavam muito devagar e ainda em 1566, o Cardial Infante, fazia diligências, talvez as últimas e definitivas, para as disseccções se realizarem em casa própria, ao lado do Hospital:

Aires da Silva, Eu elRei vos envio muito saudar. Fui informado que para se fazer no Hospital dessa cidade de Coimbra a pratica comodamente e como convem a proveito dos estudantes medicos é necessaria uma casa que está pegada com o dito Hospital: a qual pelo dito respeito ha já dias que se assentou que se comprasse á custa das rendas dessa Universidade. E, portanto vos encomendo que deis ordem com que logo se compre e sirva para o dito efeito e agora com mais razão, porque conforme a lei que ora ordenei sobre o exame e suficiencia dos que hão de curar pelo reino fica mais jurisdicção e autoridade á dita Universidade e

por isso tambem mais obrigação a procurardes com muita deligencia o proveito dos ditos médicos e assi o confio de vós, que o faças valer.

Lopo Fernandes a fez a XIII dias de julho de 1566.

O Cardeal Infante.

Nos estatutos de D. João IV editados em Coimbra na «Officina de Thome Carvalho. Impressor da Universidade. Anno 1654» e que são a reprodução dos de 1593, vem a Reformação de D. Francisco de Bragança, contendo as modificações de 1612, onde se lê no título 103:

Hei por bem e mando que do Hospital da Cidade de Coimbra, se dé em cada hũ anno hum sujeito humano, ou dous para se fazer anatomia, como se uza em Salamanca; porque as que se fazem em outros sujeitos, não são de consideração. E estas anatomias se farão publicas, e geraes no Inverno, porque ao menos hão de durar trez dias.

Estes *sujeitos*, não humanos, a que se refere a Reformação, são os celebérrimos *carneiros*, que serviam e serviram durante muitos e muitos anos para o ensino prático da Anatomia.

E serviram ainda até muito tarde, como atestam vários documentos, que tenho publicado e êstes, bem curiosos, que ora vêm a luz pela primeira vez:

«Diz o Dr. Antonio Pacheco de Fabião, lente de Anathomia, que elle tem feito seis anathomias particulares e tres geraes, conforme manda o estatuto, todas em sujeitos particulares, mui diferentes dos antepassados, com mais curiosidade e gosto, como consta da certidam do Bedel de Medicina, que apresenta, e porque elle as fez á sua custa, sendo homem pobre.

Pede lhe mandar passar mendado p.^a
lhe pagarem os sujeitos como sempre se
costumou em esta mesa.

E. R. M.

N 4

Ao requerimento do colega Fabião, que por sinal não deixa os créditos por mãos alheias, a Mesa da Fazenda deu êste despacho:

Provejam-se os livros e torne em mesa.

2 de julho de 634 (1634)

Simão Teixeira informou assim:

Provi o livro da Receita e Despesa, que servio de 626 p^a 627, a folhas 11 verso: se passou mandado a Dr. Francisco de Mendo Trigoso para o prebendeiro lhe dar doze mil reis que lhe mandaram pagar pelas *nothomyas* que constou por fé do bedel, por elle ler a cadeira de *nothomya*. As fizera em diversas partes do anno, conforme ao estatuto; e não consta mais do dito livro, ao qual me reporto. Simão Teixeira o escrevi. Gratis.

Segunda informação.

E declaro que provendo mais o livro que serviu de 632 p^a 633 (1633) a folhas 66 se passou mandado a Dtor. Sebastião Jorge para o prioste Gregorio Dias Ramalho lhe dar doze mil reis que lhe mandaram dar pelas *nothomias* que fes aquele ano. Item no dito livro folhas 67, se passou outro mandado aodito Sebastião Jorge para o dito prioste lhe dar mil e duzentos rs para os sogeitos que se despenderam nas *nothomias* ao qual livro me reporto. Simão Teixeira o escrevi. Gratis.

Vistas as provas, o Reitor despachou:

Passe mandado de trese mil e duzentos rs. Em mesa, 28 de julho de 634 (1634) O Ror.

Dom Alvaro da Costa, do Conselho de sua Magestade, Reitor da Universidade de Coimbra, mando a vós Gregorio Dias Ramalho, prioste dela, deis treze mil e dusetos rs ao Doutor Antonio Pacheco Fabião que em mesa lhe se mandaram pagar, a saber, doze que tem pelo estatuto como lente da cadeira de anathomia que é e os mil e duzentos rs do custo dos sujeitos e por fé passará conhecimento como os

recebeu e certidão do escrivão da Receita e Despesa como ficam registados vos serão levados em conta.

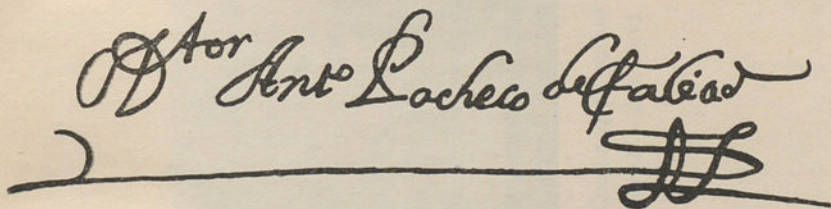
Dado em Coimbra sob meu sinal aos vinte e nove dias do mes de julho, Andre Tavares escrivão da Fazenda o fez de 1634 anos.

(Assinatura do Reitor)

Finalmente, o recibo do Dr. Fabião:

No livro da Receita e Despesa da Universidade que serve de 633 para 634, a folhas 67, ficam registados os 13200 rs do modo atraz, que do prioste Gregorio Dias Ramalho recebeu o Dr. Antonio Pacheco Fabião e assinou aqui. Simão Teixeira o escrevi. Gratis.

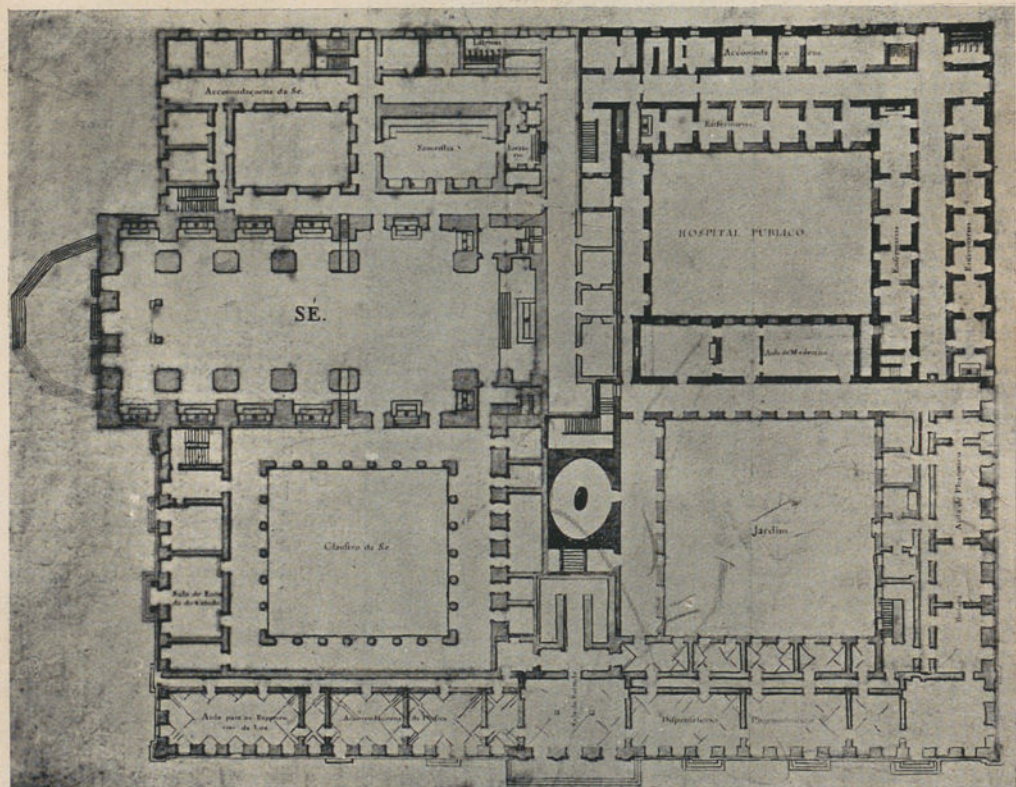
Dr. Ant. Pacheco Fabião



A-pesar-de tôda esta legislação e esforços, as disseccões em cadáveres humanos devem ter sido raras, pois, ainda no ano de 1746, lá diz o barbadi-nho na sua duodécima carta, entre outras coisas sôbre a reforma do ensino médico:

«... e muito menos nesta Universidade, onde de anatomia não sabem senão o nome. Na Universidade ainda que haja uma cadeira de anatomia, não tem exercício: pois só duas vezes no ano fazem tal anatomia, em um carneiro, cujas partes se mostram na escola. Não sei se V. P. poderá ler isto sem riso: eu certamente estou-me rindo, quando o escrevo. Querer saber a anatomia do homem pela do carneiro é ideia nova... esta anatomia que é «*oculus dexter Medicinae*» (Galeno). «*A Medicina não se estuda no Gabinete, mas no Hospital e no Teatro Anatómico*».

De tudo isto deu conta e resolveu sàbiamente a Reforma Pombalina, mudando em 1779 o Hospital da Praça Velha para o Colégio dos Jesuítas na Alta. As disseccões e operações no cadáver faziam-se numa sala entre o Hospital e o Museu. Por fim passaram a fazer-se numas dependências do Dispensário Farmacêutico, sito no mesmo Colégio e ali se construiu um anfiteatro anatómico, com mêsas e um armário bem acabado, de boa madeira brasileira, conforme a afirmação do Prof. Mirabeau, illustre ornamento que foi da nossa Faculdade.



Estampa existente no Museu Machado de Castro e descoberta pelo Prof. Vergilio Correia. Representa um projecto (século XVIII) de adaptação do Colégio dos Jesuitas a Hospital e Museu de História Natural. Ai se vê a casa destinada a *Teatro Anatómico*, de forma elíptica e com a respectiva mesa ao centro. Segundo o Prof. Alberto Pessoa nunca passou de projecto. Ao tempo do Marquês o Teatro Anatómico e dependências ficaram nas duas casas do Dispensatório no ângulo direito, onde ainda nos meus saudosos tempos de estudante se ensinava Anatomia, então regida pelo Prof. Basilio Freire, casas hoje muito engrandecidas e melhoradas pelo nosso eminente Vice-Reitor, Prof. Maximino Correia.



EDITADO POR
MACHADO DE CASTRO

F O L I A A N A T O M I C A
V 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 du Laboratoire d'Anatomie et de l'Institut d'Histologie et d'Embryologie)

EDITEUR: PROF. MAXIMINO CORREIA

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

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

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

Les communications concernant la rédaction et l'administration des FOLIA ANATOMICA doivent être adressées à M. le Prof. Maximino Correia, Laboratoire d'Anatomie, Largo Marquez de Pombal, Coïmbre, Portugal.